

Fragen an den Wundmanagement Fachberater - DGKP Gerhard Kammerlander

Zertifizierter Wundmanager nach §64 GuKG, freier klinisch dermatologischer Wundmanagement & Hautpflege Fachberater

Welchen Stellenwert hat die feuchte Wundversorgung im Wundmanagement von heute?

Kammerlander: Sie ist eine wichtige Ergänzung zu den chirurgischen Therapieverfahren und verhilft, phasengerecht eingesetzt, zu mehr Lebensqualität und oft auch zur Reduzierung von Therapiekosten an Wundpatienten (wenn eine Abheilung möglich ist - kurativ; bei lindernden Verfahren - palliativ - ohne Heilungschancen können die Therapiekosten meistens nicht gesenkt werden, da die Erhöhung der Lebensqualität das oberste Ziel darstellt).

Seit wann wird die feuchte Wundversorgung praktiziert?

Sehr aktiv wird die feuchte Wundbehandlung seit ca. 1960 (George Winter, William Eaglestein...) untersucht und wissenschaftlich permanent aktualisiert. Seit ca. 1985 erlebt sie auch einen "Durchbruch" im deutschsprachigen Raum.

Seit wann arbeiten Sie mit dieser Methode?

Ich selbst kenne seit 1978 die "klassische, konservative, oft auch als trockene Wundbehandlung bezeichnete Ära" und seit Beginn der "feuchten Wundbehandlung - 1985 in der Schweiz" die Entwicklungen auf diesem Sektor. In diesem Zusammenhang kommt mir seit 1989 vor allem meine Beratungs- und Schulungstätigkeit in Österreich, der Schweiz und Deutschland zugute. Durch diese Aktivitäten kommen unheimlich viele Zusatzaspekte in mein Repertoire. Bisher konnte ich über 80.000 Fachpersonen zu diesem Themen schulen bzw. instruieren.

Was ist - knapp zusammengefasst - das Charakteristikum von chronischen Wunden?

Chronische Wunden entstehen klassischerweise zumeist auf der Basis chronischer Krankheitsprozesse, wie Venenstauungen, Lymphstauungen, arteriellen Gefäßerkrankungen etc. Wenn aufgrund dieser Prozesse nun Zellen absterben, entstehen - für uns sichtbar - Wunden. Da diese Wunden auf schlecht ernährtem, kranken Gewebegrund entstehen, sind sie oft sehr langsam in der Abheilung (Monate bis Jahre). Deshalb ist hier besonders die enge Zusammenarbeit aller Betroffenen (Patient, Angehörige, Pflegefachkräfte, Ärzte...) grundlegend entscheidend für Erfolg oder Misserfolg der Therapie. Eine zentrale Rolle spielt dabei der betroffene Wundpatient selbst. Seine Zusammenarbeit - Compliance - ist meist der wichtigste Schlüssel zum Erfolg.

Wie beurteilen Sie das autolytische Debridement im Vergleich zum chirurgischen?

Das autolytische Debridement - das eigenständige Auflösen der Fibrin- und Nekrosebeläge durch körpereigene Vorgänge und Ressourcen - ist bei der großen Masse von chronischen Wundpatienten eine sehr wichtige Maßnahme. Sie kann jedoch in vielen Fällen das chirurgische Debridement nicht ersetzen, sondern sinnvoll ergänzen. Entscheidend ist der Einsatz der jeweiligen Methode in der entsprechenden Wundphase, nach dem Motto - die Wunde so schnell wie möglich, so sanft wie möglich und so sauber wie möglich zu reinigen, damit sie möglichst rasch zuheilen kann.

Wie schaffen Sie einen für den Patienten verständlichen Zugang zu seiner chronischen Wundkrankheit?

Das regelmäßige Gespräch während der Therapie, das Aufklären des Patienten in einer für ihn verständlichen Sprache, das Hinterfragen, wie der Betroffene die Therapiemaßnahmen empfindet, das Ernstnehmen von Aussagen seitens des Betroffenen mit Einflechtung in das laufende Therapiekonzept, sind ganz entscheidende Faktoren für den Erfolg der Therapiemaßnahme(n) beim chronischen Wundpatienten.

Kann ein Betroffener durch Eigeninitiative zur Heilung beitragen?

Selbstverständlich - in vielen Fällen, aber nicht in jedem Fall (z.B. nicht bei genetisch bedingten Ulcera, Tumorulcera etc.).

Welche Begleitumstände sind für eine erfolgreiche Heilung Ihrer Ansicht nach maßgeblich?

In Stichworten aufgezählt, halte ich folgende Faktoren für ausschlaggebend:

- Diagnostik,
- Miteinbeziehen des Betroffenen (eventuell auch der nächsten Angehörigen),
- Mitarbeit des Betroffenen, der Angehörigen
- Ernährung,
- Mobilität,

- Psychische Verfassung,
- soziale Struktur und Perspektive

Was sollte der Patient bei der feuchten Wundversorgung zusätzlich beachten?

Im Prinzip den Aufforderungen der betreuenden Fachpersonen Folge leisten und seine erlebten Erfahrungen von Verbandwechsel zu Verbandwechsel offen und transparent darstellen.

Was war das erfreulichste und das ernüchterndste Erlebnis Ihrer jahrelangen Pfl egetätigkeit?

Jeder Wundpatient und jede neue Wunde ist eine erneute Herausforderung. Oft "funktioniert" die Wunde nicht nach den herkömmlichen Gedankenmustern und logischen Erklärungen. Deshalb ist für mich neben einer breiten Kenntnis von Basiswissen, Therapiekennntnis etc. vor allem die jahrelange Erfahrung ein wichtiger, oft entscheidender Faktor zum Erfolg und damit auch die Intuition. In unserem Schulungskonzept zum „Zertifizierten Wundmanager®“ nach §64 GuKG konnten wir bisher über 160 Fachpersonen aus der Pflege und dem Arztbereich trainieren, einheitliche Richtlinien in Ihrer Praxis anzuwenden. Die erste Validierung im Januar 2002 ergab sehr positive Resonanzen.

Nun zum Kostenaspekt: Die synthetischen Wundverbände sind teurer als die der herkömmlichen trockenen Therapie, dennoch demonstrieren einige Fälle, dass unter Berücksichtigung diverser Zusatz- und Nebenkosten und vor allem bedingt durch eine wesentlich kürzere und zudem erfolgreiche Behandlungszeit die feuchte Wundversorgung Kostenvorteile gegenüber der konservativen Behandlung bringt. Wie ist Ihre Erfahrung zur Wirtschaftlichkeit?

Hierzu kann man sagen, dass synthetische Wundverbände, phasengerecht eingesetzt, günstigere Therapiekosten erzeugen als konventionelle. Bei falscher Anwendung allerdings können sie die Therapiekosten massiv nach oben drücken. Der korrekte, phasengerechte, geplante, kritische Einsatz bei heilbaren Wunden wird in der Regel die Therapiekosten senken und die Lebensqualität erhöhen.

Was ist für Sie aus verwaltungstechnischer Sicht noch zu berücksichtigen?

Eine "Wundstandardisierung" wird eine Institution an die optimalen Wunschparameter - Therapiekosten senken, Lebensqualität erhöhen und Arbeitszeit einsparen - heranführen. Ich selbst führe seit 1997 derartige „Wundstandardisierungsprojekte an klinischen und ambulanten Institutionen unter dem dem Begriff „Pellegrinus“ durch. Bisher wurden 17 Institutionen auf einen vergleichsweise einheitlichen Standard (Leitlinie, Guideline) adaptiert (A, CH, D).

Wie sehen Sie die Zukunft der feuchten Wundversorgung bzw. wo gibt es in Österreich Defizite - z.B. struktur- oder traditionsbedingt?

Für Österreich sehe ich sehr gute Perspektiven. Hier ist man im klinischen wie im ambulanten Bereich insgesamt gesehen (und im Vergleich mit der Schweiz und Deutschland) seit Jahren bereits sehr aufgeschlossen. Wenn ich hierbei an die Wundprojekte an der Steiermärkischen GKK in Graz seit 1997 denke und an die nun laufende Weiterbildung zum "Zertifizierten Wundmanager-/in" am ÖKV-Schulungszentrum in Graz, welches von mir konzipiert wurde, sind hier bereits wegweisende Konzepte in praktischer Umsetzung. Die Weiterbildung zum "Zertifizierten Wundmanager-/in" beinhaltet mindestens 260 Stunden (Theorie und Praxis) und ist europaweit (EU und CH) anerkannt - nach §64 GuKG. Das erste Projekt dieser Art im deutschsprachigen Europa.

DGKP Gerhard Kammerlander, freier klinisch dermatologischer und Wundmanagement & Hautpflege Fachberater, Embrach, Schweiz,; Wund Kompetenz Zentrum – Wilhering/Linz – A.

E-Mail: kammerlander@wfi.ch