

Ein innovativer Weg zu Konsensus – Exsudatmanagement neu gedacht

C. Münter für die Konsensusgruppe

Einleitung

Die Behandlung chronischer Wunden stellt in allen Gesundheitssystemen der Welt ein ständig größer werdendes Problem dar. Sind es in den sogenannten entwickelten Staaten die demographischen Verhältnisse, die zu einer stetig steigenden Zahl von Patienten führen, so sind Krankheiten, Unterernährung und Armut in vielen Ländern Afrikas, Südamerikas oder Asiens die treibenden Faktoren.

In den reicheren Ländern der Erde kann man sich aus einem breiten Angebot von Methoden und Produkten zur Behandlung von Wunden bedienen. In den ärmeren Staaten ist der Einsatz dieser kostspieligen Therapien bei weitem nicht immer möglich. Aber auch die Gesundheitssysteme der Industriestaaten geraten finanziell wie personell an ihre Grenzen. Die derzeitige Pandemie zeigt diese Grenzen schonungslos auf und die zur Zeit in die deren Behandlung fließenden Gelder werden in der Zukunft fehlen.

Worauf es überall ankommt, sind somit zielgerichtete, Zeit und Ressourcen sparende Therapieansätze.

Behandler und Institutionen neigen dazu, im Verlauf ihrer Tätigkeit individuelle Methoden zu entwickeln, mit denen sie sich wohlfühlen und die sie nicht weiter hinterfragen. Das ist schon auf kommunaler Ebene zu beobachten, wird auf nationaler und erst recht auf internationaler Ebene aber noch deutlicher. Dabei unterliegen chronische Wunden, als medizinisches Problem, natürlich auch allgemein gültigen Prinzipien, über die unter den Behandlern Einigkeit erzielt werden kann. Hierzu gibt es verschiedene Möglichkeiten. Über einen innovativen Ansatz zur Erzielung eines Konsensus soll berichtet werden.

Methode

Die Firma Coloplast hat 85 Experten aus 19 verschiedenen Ländern ausgesucht, die zu dem Konsensusprozess beitragen konnten (Abb. 1). Es handelte

sich bei 29 % um Ärzte, bei 61 % um auf Wundbehandlung spezialisiertes Pflegefachpersonal und bei 10 % um Angehörige anderer Heilberufe. 45 % der Teilnehmer hatten mehr als 20 Jahre Erfahrung auf dem Gebiet der Wundheilung, insgesamt 86 % mehr als 10 Jahre. 18 % gaben an, sich im beruflichen Alltag ausschließlich mit Wunden zu beschäftigen.

Die Durchführung und Auswertung des Konsensus-Prozesses wurde einer kanadischen Agentur (BainGroup Consulting Canada) übertragen. In einem ersten Schritt wurden im September und Oktober 2019 zwei Fragebögen (beide in Englisch und Chinesisch) an die Teilnehmer versandt. Die Rücklaufquote lag bei insgesamt 70 % (82 % für den ersten und 61 % für den zweiten Fragebogen). 93 % der Teilnehmer bezeichneten die Flüssigkeitsregulation in der Wunde als kritischen Punkt für ein wundheilungsförderndes Milieu, das effektive Exsudatmanagement wurde von 88 % der Teilnehmer als besonders wichtig hierfür genannt.

Exsudat ist von der Wunde produzierte Flüssigkeit [1]. Sie resultiert aus inflammatorischen Prozessen, ist in der Regel klar oder leicht gelblich, und enthält Proteine, Enzyme, Leukozyten, Zucker, Gewebszellen und Bakterien. In akuten Wunden stimuliert das Exsudat die Proliferation von Keratinozyten, Fibroblasten und Epithelzellen. In chro-

nischen Wunden wird das Zellwachstum gehemmt, die Verfügbarkeit von Wachstumsfaktoren wird eingeschränkt, entzündliche Mediatoren und Proteasen werden hingegen vermehrt gefunden. [2].

Eine systematische Literaturreview wurde insbesondere zum Problem des Exsudatpooling im Raum zwischen Wundbett und Verband durchgeführt [3–6]. Dieser Raum, der unbeabsichtigt bei schlecht an das Wundbett angepassten Verbänden entsteht, wird als günstig für das Wachstum von Bakterien und als ungünstig für die Wundheilung angesehen [7, 8].

Effektives Exsudatmanagement soll das feuchte Wundheilungsmilieu sichern, aber die Mazeration der Wundumgebung vermeiden. Ein mit Exsudat gefüllter Raum zwischen Verband und Wundoberfläche ist zu verhindern [9, 10].

Im nächsten Schritt trafen sich 84 der befragten Wundexperten im November 2019 in Dänemark, um in einem moderierten Prozess Empfehlungen hierzu zu beraten. Die Teilnehmer wurden in Gruppen von 8–9 Personen aufgeteilt. Die Gruppenmitglieder kamen von unterschiedlichen Kontinenten und aus unterschiedlichen Berufsgruppen. Die Gruppen durchliefen 8 Stationen, an denen jeweils ein Thema behandelt wurde. Zur Information war relevante Literatur an den Stationen verfügbar.

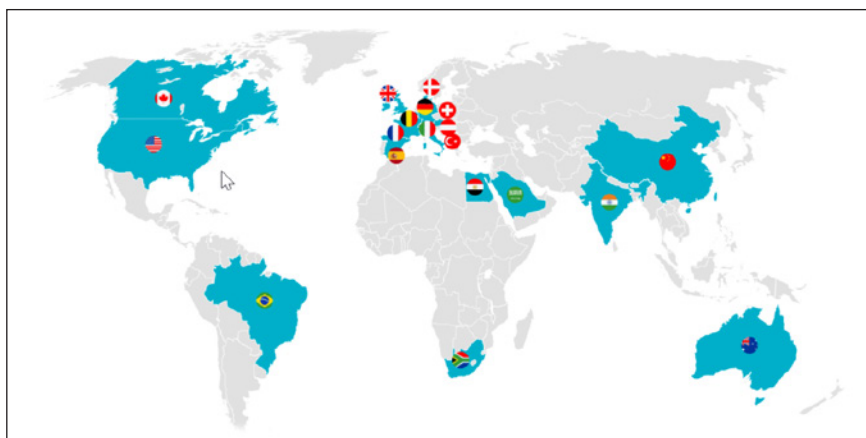


Abb. 1 Aus 19 Ländern von sechs Kontinenten kamen 85 Wundspezialisten zusammen

Lizenziert zum privaten Gebrauch für den Autor. Weitergabe, Nachdruck oder elektronische Veröffentlichung nur mit Genehmigung des Verlages.
© mhp Verlag 2020



Abb. 2 Teilnehmer aus vier Kontinenten in einer Arbeitsgruppe

Hier wurden offene Fragen diskutiert und beantwortet. Die Antworten gaben die Gruppenmitglieder einzeln oder nach Diskussion mit ihren Kollegen auf Post-it-Notizzetteln, die dann auch für die nachfolgenden Gruppen einsehbar waren (Abb. 2). Der Parcours wurde mehrfach von allen Gruppen durchlaufen. So konnten die Notizen der anderen Gruppen gelesen, diskutiert und kommentiert werden. Die Post-its wurden im Anschluss eingesammelt, teilweise übersetzt, nach Themen geordnet und auf gemeinsame Aussagen hin untersucht.

Ergebnisse

98 % der Teilnehmer sahen Exsudatmanagement als wichtigstes Problem in der Wundheilung an, wobei der Raum zwischen Wundbett und Verband eine wichtige Rolle spielt. Die Minimierung dieses Raums hat nach Ansicht der Teilnehmer zur Folge:

- das angesammelte Exsudat wird vom Wundbett entfernt
- dadurch wird das Infektionsrisiko der Wunde vermindert
- ebenso wird die Mazeration der Wundumgebung verhindert
- die Entwicklung von Biofilm wird vermieden
- ein feuchtes Wundheilungsmilieu wird gesichert

Besonderen Wert legten die Teilnehmer auch auf regelmäßige Wundkontrollen. Hierbei sollte geachtet werden:

- auf das Wundbett, Qualität des Gewebes, Tiefe, eventuelle Fisteln, unterminierte Wundränder
- auf das Wundexsudat mit Menge, Farbe, Geruch

- auf Zeichen einer beginnenden Infektion
 - auf die Entwicklung der Wunde (Vergrößerung, Verkleinerung)
 - auf den allgemeinen Gesundheitsstatus des Patienten
- Bei der Auswahl eines Verbandes sollte darauf geachtet werden, dass er sich:
- dem Wundbett gut anpasst
 - dass er antimikrobielle Eigenschaften hat.

Diskussion

Exsudatmanagement ist ein häufig in der Literatur diskutiertes Thema. Es finden sich klinische Studien hierzu, die sowohl als RCTs als auch als Real-world-Studien vorliegen. Den Blick auf den besonderen Aspekt des Raumes unter dem Verband zu lenken ist ein neuer Zugang zu diesem Problem. Während sich im Englischen bereits der Begriff „the gap“ einbürgert, gibt es im Deutschen bislang kaum eine Entsprechung („Totraum“ klingt etwas morbide und ist in der Medizin schon in der Pulmologie verwendet, um den Raum des Atmungssystems, der nicht am pulmonalen Gasaustausch beteiligt ist, zu beschreiben).

Der hier genutzte Prozess zur Konsensusfindung verdient Beachtung. Die einzelnen Mitglieder einer so großen Gruppe, die aus unterschiedlichen Kulturkreisen kamen und durchaus nicht alle daran gewöhnt waren, sich öffentlich in einer Fremdsprache zu äußern, dazu zu bringen, engagiert an einem Thema zu arbeiten und eigene Beiträge ohne Scheu zu leisten, ist ein Kunststück, von dem andere Gruppen, z. B. Fachgesellschaften, lernen können. Da

die Beiträge anonymisiert waren, musste niemand fürchten, sich zu blamieren (und niemand konnte durch herausragende Beiträge glänzen). Nach eigenen Beobachtungen äußerten sich wirklich alle Teilnehmer, teilweise in ihren Muttersprachen, zu den vorgelegten Fragen. So konnten die Gedanken von Praktikern gewonnen werden – die sonst häufig in Konsensusrunden wortgewaltig auftretenden „Experten“ kamen nicht zum Zug.

Eine Untersuchung wie diese ist nur mit erheblichem Sponsoring möglich. Dass dieses selbstlos erfolgt, ist nicht zu erwarten. Es kann sich aber eine klassische Win-win-Situation ergeben, wenn der Sponsor sich inhaltlich zurücknimmt und die Teilnehmer die berechtigten Interessen des Sponsors respektieren. Das war hier der Fall.

Literatur

1. **Davies P:** Exudate assessment and management. Br J Community Nurs Suppl 2012; 18–24.
2. **Cutting KF, White RJ:** Maceration of the skin and wound bed 1: its nature and causes. J Wound Care 2002; 11(7): 275–8.
3. **Keast D, Swanson T, Carville K et al.:** Ten top tips: Understanding and managing wound biofilm. Wounds International 2014;5(2): 20–4.
4. **Braunwarth H, Forster J, Schmitt M et al.:** Wound Depth and the Need of a Wound Filler in Chronic Wounds. Poster presentation at Wounds UK Conference, Harrogate, 13–15 th November 2017.
5. **Dowsett C, Swanson T, Karlsmark T:** Focus on the Triangle of Wound Assessment – addressing the gap challenge and identifying suspected biofilm in clinical practice. Wounds International 2019; 10(3): 16–21.
6. **Dowsett C, von Hallern B, Ruettimann Liberato de Moura M:** Meeting report: The gap challenge in clinical practice – how do you manage it? Wounds International 2018; 9(3): 60–5.
7. **Ousey K, Cook L:** Wound assessment made easy. Wounds UK 2012; 8(2): 1–4.
8. **Swanson T, Keast D, Cooper R et al.:** Ten top tips: identification of wound infection in a chronic wound. Wound International 2015; 6(2): 22–7.
9. **Adderly UJ:** Managing wound exudate and promoting healing. Br J Community Nurs 2010; 15(3): 15–20.
10. **Romanelli M, Weir D:** Exudate management made easy. Wounds International 2010; 1(2): 1–6.

Dr. med. Karl-Christian Münter

Bramfelder Chaussee 200

22177 Hamburg

E-Mail: C.Muenter@t-online.de