



Stefanie Hellmann | Rosa Rößlein

100 Fragen zum pflegepraktischen Umgang mit Dekubitus und chronischen Wunden

2., aktualisierte Auflage

- **Der kompakte Ratgeber**
- **Aktuell und praxisnah**
- **Sofort umsetzbar**



BRIGITTE KUNZ
VERLAG

P F L E G E
L E I C H T



Stefanie Hellmann | Rosa Rößlein

100 Fragen zum pflegepraktischen Umgang mit Dekubitus und chronischen Wunden

- Der kompakte Ratgeber
- Aktuell und praxisnah
- Sofort umsetzbar

2., aktualisierte Auflage



BRIGITTE KUNZ
VERLAG

Die Autorinnen:

Stefanie Hellmann ist Diplom-Pflegewirtin (FH), Dozentin, Heimleiterin und Altenpflegerin.

Rosa Rößlein, M. sc. Gerontologie, ist Diplom-Pflegewirtin (FH), TQM-Auditorin, Mitarbeiterin beim MDK sowie Altenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpflegerin.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-89993-796-1 (Print)

ISBN 978-3-8426-8470-6 (PDF)

© 2013 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,

Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Autors und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden. Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Reihengestaltung: Groothuis, Lohfert, Consorten | glcons.de

Satz: PER Medien+Marketing GmbH, Braunschweig

Druck: Druck Thiebes GmbH, Hagen

INHALT

Vorwort	10
1 Theoretische Grundlagen	11
1. Frage: Was versteht man unter Anatomie und Physiologie?	11
2. Frage: Wie ist die Haut aufgebaut, welche Aufgaben erfüllt sie?	11
3. Frage: Wie verändert sich die Haut im Alter?	12
4. Frage: Was ist ein Dekubitus?	13
5. Frage: Welche Schweregradeinteilung von chronischen Wunden gibt es?	13
6. Frage: Wie entsteht ein Dekubitus?	17
7. Frage: Welche Folgen hat anhaltender Druck auf ein bestimmtes Hautgebiet?	18
8. Frage: Wie verhält sich der Auflagedruck, der auf die Haut einwirkt?	19
9. Frage: Welche Konsequenzen hat der Auflagedruck für die Dekubitus- prophylaxe und Behandlung?	20
10. Frage: Welchen Einfluss hat die Zeitdauer einer Druckeinwirkung auf die Haut?	20
11. Frage: Wie wirken sich Scherkräfte auf die Haut aus?	20
Testen Sie Ihr Wissen	21
2 Dekubitus-Risikofaktoren	23
12. Frage: Was versteht man unter Einschränkungen der Aktivität?	23
13. Frage: Welche Einschränkungen in der Aktivität gibt es?	23
14. Frage: Was versteht man unter Einschränkungen in der Mobilität? ...	23
15. Frage: Welche Einschränkungen in der Mobilität gibt es?	23
16. Frage: Welche extrinsisch bzw. iatrogen bedingte Expositionen gegenüber Druck und/oder Scherkräften gibt es?	24
Testen Sie Ihr Wissen	24
3 Basiswissen zur Wundheilung	26
17. Frage: Welche Phasen der Wundheilung gibt es?	26
18. Frage: Was geschieht bei der Reinigungsphase?	26
19. Frage: Was geschieht bei der Granulationsphase?	26
20. Frage: Was geschieht bei der Epithelisierungsphase?	27

21. Frage: Was kennzeichnet die primäre Wundheilung?	27
22. Frage: Wann kommt es zu einer sekundären Wundheilung?	28
Testen Sie Ihr Wissen	28
4	
Rechtliche Aspekte	30
23. Frage: Welche Gesetze regeln die Pflegedokumentation?	30
Testen Sie Ihr Wissen	38
5	
Nationaler Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege	39
24. Frage: Wie ist der Aufbau des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe?	39
25. Frage: Welche grundlegenden Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe sollten die Pflegefachkräfte kennen und ausführen können? ...	40
Fragen zur 1. Ebene des Expertenstandards	41
26. Frage: Wie gestaltet sich die Risikobeurteilung?	41
27. Frage: Welche Grundsätze bestimmen das pflegerische Handeln bei Risikobewohnern?	45
28. Frage: Welche Ziele hat die Dekubitusrisikoeinschätzung?	45
29. Frage: Wann erfolgt der Erstkontakt mit dem Patienten/Bewohner in der Einrichtung?	45
30. Frage: Was ist bei der Inspektion der Haut zu beachten?	47
31. Frage: Welche Hautareale sind besonders dekubitusgefährdet?	47
32. Frage: Welche Hautveränderungen können ein Frühsymptom der Gefährdung darstellen oder auf einen Dekubitus hinweisen?	47
33. Frage: Wann und wie wird der Fingertest durchgeführt?	48
34. Frage: Wie oft sollte die Risikobeurteilung wiederholt werden?	48
Fragen zur 2. Ebene des Expertenstandards	49
35. Frage: Was ist zu tun, wenn ein Patient/Bewohner als gefährdet identifiziert wurde?	49
36. Frage: Was muss die Pflegekraft tun, bevor sie gewebeschonende Bewegungs-, Lagerungs- und Transfertechniken einsetzen kann?	50
37. Frage: Welche Auswirkungen kann eine herabgesetzte oder nicht mehr vorhandene Beweglichkeit haben?	52
38. Frage: Welche Maßnahmen können zur Bewegungsförderung durchgeführt werden?	52

39. Frage: Welche gewebeschonenden Bewegungs-, Lagerungs- und Transfer- techniken können zur Dekubitusprophylaxe eingesetzt werden?	53
40. Frage: Welche Grundprinzipien der Lagerung sind zu beachten?	54
41. Frage: Welche Parameter sollte ein Bewegungs-/Mobilisationsplan einbeziehen?	55
Fragen zur 3. Ebene des Expertenstandards	56
42. Frage: Was ist im Zusammenhang mit dem Hilfsmiteleinsetz zu beachten?	57
43. Frage: Welche drei Antidekubitus-Hilfsmittelarten lassen sich grundsätzlich unterscheiden?	57
44. Frage: Welche Kriterien sind bei der Auswahl von druckverteilenden Hilfsmitteln zu beachten?	59
45. Frage: Welche Hilfsmittel werden zur Druckverteilung nicht mehr empfohlen?	59
46. Frage: Welche Aspekte sollten beim Einsatz von Lagerungshilfsmitteln beachtet werden?	60
Fragen zur 4. Ebene des Expertenstandards	60
47. Frage: Welche Ziele der Dekubitusprophylaxe sollten bei der Anleitung und Schulung des Patienten/Bewohners und seiner Angehörigen beachtet werden?	60
Fragen zur 5. Ebene des Expertenstandards	61
48. Frage: Über welche Kompetenzen muss die Pflegefachkraft verfügen, damit sie Patienten/Bewohner im Kontext der Dekubitus- prophylaxe schulen und informieren kann?	61
49. Frage: Wie kann die Einrichtung eine kontinuierliche Dekubitus- prophylaxe sicherstellen?	62
Fragen zur 6. Ebene des Expertenstandards	63
50. Frage: Wie erfolgt die Evaluation der Dekubitusprophylaxe?	63
51. Frage: Gibt es Fälle, bei denen das Ziel der Dekubitusprophylaxe nur schwer erreicht werden kann?	63
Testen Sie Ihr Wissen	64

6	Nationaler Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	66
52. Frage:	Wie ist der Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden aufgebaut?	66
53. Frage:	Welche zwei besonderen Blickwinkel bezieht dieser Expertenstandard mit ein?	67
54. Frage:	Auf welche Wundarten bezieht sich dieser Expertenstandard?..	67
	Fragen zur 1. Ebene des Expertenstandards	68
55. Frage:	Über welche Fachkenntnisse muss die Pflegefachkraft verfügen, um die Behandlung von chronischen Wunden adäquat durchzuführen?	69
56. Frage:	An welche Zielgruppe richtet sich dieser Expertenstandard? ...	69
57. Frage:	Welche zentralen Einschränkungen der Lebensqualität werden thematisiert?	70
58. Frage:	Mit welchen Instrumenten schätzt die Pflegefachkraft die wund- und therapiebedingten Einschränkungen der Bewohner/Patienten und deren Möglichkeiten zum gesundheitsbezogenen Selbstmanagements ein?	70
59. Frage:	Wie kann die Einrichtung die Versorgung von chronischen Wunden sicherstellen?	74
60. Frage:	Über welche besonderen Kompetenzen sollte die pflegerische Fachexpertin verfügen?	76
61. Frage:	Welche Kriterien gelten für ein wundspezifisches Assessment?	77
62. Frage:	Welche differenzierten Aussagen muss laut Expertenstandard die Dokumentation im Zusammenhang mit der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden enthalten?	79
	Fragen zur 2. Ebene des Expertenstandards	79
63. Frage:	Über welche Kompetenzen bzw. welches aktuelles Fachwissen muss die Pflegefachkraft im Zusammenhang mit der Behandlung von chronischen Wunden verfügen?	80
64. Frage:	Welche grundsätzlichen Maßnahmen muss die Pflegefachkraft mit allen Beteiligten in den Bereichen »wund- und therapiebedingte Beeinträchtigungen« planen?	81

65. Frage: Wie sehen die Maßnahmen zum Umgang und zur Vermeidung von wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen konkret aus?	82
66. Frage: Wie sehen krankheits- und wundspezifische Maßnahmen zur Wundheilung bei Dekubitus, diabetischem Fußsyndrom und Ulcus cruris konkret aus?	83
67. Frage: Welche konkreten Maßnahmen zur Ernährung sind empfehlenswert?	85
68. Frage: Wie sehen die konkreten Maßnahmen zur Wundversorgung aus?	85
69. Frage: Welche Maßnahmen können zur Rezidivprophylaxe bei Dekubitus, diabetischem Fußsyndrom sowie Ulcus cruris empfohlen werden?	86
70. Frage: Welche Maßnahmen sollten im Rahmen des Hautschutzes beachtet werden?	87
71. Frage: Welche Aspekte sollte ein individueller Maßnahmenplan umfassen, der die Selbstkompetenz der Patienten/Bewohner und ihrer Angehörigen mit berücksichtigt?	87
Fragen zur 3. Ebene des Expertenstandards	88
72. Frage: Warum soll die Pflegefachkraft bei der Pflege von chronischen Wunden die Verantwortung für den Versorgungsprozess übernehmen?	89
73. Frage: Warum muss die Pflegefachkraft bei der Pflege von chronischen Wunden Steuerungs- und Umsetzungskompetenz besitzen? ...	89
74. Frage: Welche Strukturen hat der Einrichtungsträger zu beachten, damit die Versorgung von chronischen Wunden adäquat gewährleistet wird?	89
75. Frage: Welche Aspekte hat die Pflegefachkraft bei der Koordination der inter- und intraprofessionellen Versorgung von chronischen Wunden zu berücksichtigen?	90
76. Frage: Wie kann die Pflegefachkraft gewährleisten, dass die Versorgung der chronischen Wunden sach- und fachgerecht durchgeführt wird?	90
77. Frage: Welche Vorgehensweise wird beim Verbandwechsel empfohlen?	91
78. Frage: Für welchen Bereich ist die Pflegefachkraft im Rahmen ihrer Durchführungsverantwortung bei Versorgung der chronischen Wunden verantwortlich?	92

79. Frage: Welche Aspekte muss die Pflegefachkraft hinsichtlich der Förderung der gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen von Patienten/Bewohnern und ihren Angehörigen beachten? ..	92
80. Frage: Welche Aspekte sollten beachtet werden, damit die koordinierten und aufeinander abgestimmten Maßnahmen bei der Versorgung der chronischen Wunden fachgerecht umgesetzt werden?	93
Fragen zur 4. Ebene des Expertenstandards	94
81. Frage: Über welche Kompetenzen muss die Pflegefachkraft verfügen, wenn sie Patienten/Bewohner und deren Angehörige adäquat über den Bereich der chronischen Wunden beraten und schulen soll?	95
82. Frage: Was sind die häufigsten Themen, die im Rahmen der Patientenedukation durch die Pflegefachkraft geschult werden sollten, und was ist dabei zu beachten?	95
83. Frage: Welche Ziele sollen im Rahmen der durchgeführten Patientenedukation beim Patienten/Bewohner und ihren Angehörigen erreicht werden?	97
Fragen zur 5. Ebene des Expertenstandards	98
84. Frage: Über welche Fähigkeiten muss die Pflegefachkraft verfügen, um den Heilungsverlauf und die Wirksamkeit der angewandten Maßnahmen beurteilen zu können?	99
85. Frage: In welchem Rhythmus soll die Pflegefachkraft gemäß dem Expertenstandard die lokale Wundsituation und die Wirksamkeit der angewendeten Maßnahmen beurteilen? ..	99
86. Frage: In welchem Rhythmus soll die Pflegefachkraft gemäß dem Expertenstandard die Wirksamkeit der gesamten Maßnahmen überprüfen?	100
87. Frage: Wann kann eine Änderung des Maßnahmenplans bei der Wundversorgung erforderlich werden?	100
88. Frage: Wie sehen Anzeichen für eine Verbesserung der Wundsituation und der Lebensqualität aus?	101
Testen Sie Ihr Wissen	101

7	Wunddokumentation	103
	89. Frage: Welche Funktion erfüllt die Wunddokumentation und welche Gründe sprechen für eine schriftliche Wunddokumentation? ..	103
	90. Frage: Welche Aspekte sollte die Wunddokumentation enthalten?	104
	91. Frage: Welche rechtlichen Aspekte sind bei der Fotodokumentation von Wunden zu beachten?	104
	92. Frage: Welche Vorteile hat die Fotodokumentation und welche Kriterien sind bei der Fotografie von Wunden zu beachten?	105
	93. Frage: Wie können Wundarten unterteilt werden?	106
	94. Frage: Was ist ein Wundassessment und welche Parameter sollte es enthalten?	107
	Testen Sie Ihr Wissen	112
8	Wundversorgung	114
	95. Frage: Welche Anforderungen werden an moderne Wundauflagen gestellt?	114
	96. Frage: Was ist bei der Wundspülung zu beachten?	115
	97. Frage: Was versteht man unter Wundreinigung (Débridement) und welche Möglichkeiten gibt es zur Wundreinigung?	116
	98. Frage: Warum sollen Wundverbände phasengerecht eingesetzt werden?	119
	99. Frage: Warum sind hygienische Aspekte bei der Durchführung des Verbandwechsels zu beachten?	122
	Testen Sie Ihr Wissen	125
9	MDK-Richtlinien zur Prüfung der Qualität stationär/ambulant	126
	100. Frage: Welche Fragen stellt der MDK in der Prüfanleitung zur Prüfung der Qualität im Kontext mit der Dekubitusprophylaxe und chronischen Wunden?	126
	Literatur	137
	Register	141

VORWORT

In Deutschland leben schätzungsweise vier Millionen Menschen, die unter einer chronischen Wunde leiden. Kennzeichnend für chronische Wunden ist die Tatsache, dass sie nicht innerhalb von etwa acht Wochen abheilen. Für die Betroffenen bedeutet dies oft ein Leben mit einer Wunde, die über Monate und manchmal auch über Jahre behandelt werden muss. Daraus können Einschränkungen der Selbstständigkeit, des sozialen Lebens und körperliches Leid entstehen. Oftmals wird dies von den Betroffenen und deren Angehörigen als Verminderung der Lebensqualität empfunden.

Was muss getan werden, um einen Dekubitus zu verhindern? Welche Aspekte sind bei der Dekubitusprophylaxe zu beachten? Wie muss die pflegerische Versorgung eines Patienten/Bewohners mit einer chronischen Wunde konkret aussehen, damit er in seiner Lebensqualität gefördert wird, die Wundheilung unterstützt wird und Rezidivbildungen vermieden werden?

In diesem Buch werden die wichtigsten 100 Fragen zur Dekubitusprophylaxe und den Umgang bei der Pflege von Menschen mit chronischen Wunden gestellt und beantwortet. Außerdem sind in jedem Kapitel Wissensfragen zur eigenen Lernzielkontrolle beigelegt.

Forchheim, im September 2013

Stefanie Hellmann & Rosa Rößlein

1 THEORETISCHE GRUNDLAGEN

Die Haut ist das größte Sinnesorgan des Menschen. Über die Haut erhalten wir vielfältige Sinneseindrücke, wie Druck, Berührung, Vibration, Temperatur und Schmerz. In diesem Kapitel erhalten Sie Grundkenntnisse über den Aufbau und die Funktion der Haut.

1. Frage: Was versteht man unter Anatomie und Physiologie?

Unter Anatomie versteht man die Wissenschaft und Lehre vom Körperaufbau der Lebewesen. Das schließt den Aufbau des menschlichen Körpers mit ein (vgl. Wahrig-Burfeind 2001, 58).

Physiologie ist die Lehre von den Lebensvorgängen im gesunden Lebewesen (vgl. Wahrig-Burfeind 2001, 719).

2. Frage: Wie ist die Haut aufgebaut, welche Aufgaben erfüllt sie?

Die Haut ist mit einer Fläche von ca. 1,5 bis 1,8 m² das größte Sinnes- und Kontaktorgan des Menschen. Sie ist von außen nach innen in drei Schichten aufgebaut. Die Haut ist Grenzschicht zur Umwelt und Barriere zur Außenwelt und dient als Verbindung zwischen der Außenwelt und den inneren Organen (vgl. IGAP 2002, 4).

Tabelle 1: Aufbau der Haut (vgl. IGAP 2002, 5)

Oberhaut = Epidermis	<ul style="list-style-type: none"> • Grenzschicht des Körpers zur Außenwelt, • ist gefäßlos und erneuert sich innerhalb von 30 Tagen
Lederhaut = Dermis oder Korium	<ul style="list-style-type: none"> • gibt der Haut Elastizität und Dehnungsfähigkeit, • enthält viele Nerven und Gefäße, • stülpt sich in die Oberhaut ein.
Unterhaut = Subcutis	<ul style="list-style-type: none"> • besteht aus lockerem Bindegewebe, • in das Bindegewebe sind Fettzellverbände eingelagert, die formgebende, isolierende und speichernde Aufgaben erfüllen.

Tabelle 2: Aufgaben der Haut

Sinnesorgan	<ul style="list-style-type: none"> • Durch freie Nervenverbindungen und spezielle Rezeptoren erfolgt die Wahrnehmung und Lokalisation von Reizen wie Druck, Berührung, Vibration, Lage (Tiefensensibilität), Schmerz und Temperatur (Wärme/Kälte).
Schutzfunktion	<ul style="list-style-type: none"> • Schutz der inneren Organe vor Schädigung. • Schutz vor schädlichen thermischen, mechanischen und chemischen Einflüssen. • Schutz vor dem Eindringen von Mikroorganismen.
Säureschutzmantel	<ul style="list-style-type: none"> • Der Säureschutzmantel der Haut vermeidet das Eindringen von vielen Krankheitserregern.
Temperaturregulation	<ul style="list-style-type: none"> • Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Körpertemperatur durch die Fähigkeit zur Wasserabgabe und Verdunstung (Schweißdrüsen). • Isolierungsfunktion durch das Fett im Unterhautbindegewebe. • Wechselnde Durchblutung durch Weitstellung und Engstellung der Gefäße.
Wasserhaushalt	<ul style="list-style-type: none"> • Die Haut verhindert den Verlust von Körperflüssigkeiten (Exsikkose = Austrocknung). • Regulation des Wasserhaushaltes durch Abgabe von Flüssigkeit und Salzen.
Einlagerungsort für Nährstoffreserven	<ul style="list-style-type: none"> • Einlagerung im Unterbindegewebe der Haut.
Bildung von Vitamin D	<ul style="list-style-type: none"> • Unter dem Einfluss von Sonnenlicht wird Vitamin D gebildet.

3. Frage: Wie verändert sich die Haut im Alter?

Im Laufe des Lebens verändert sich die Struktur aller Hautschichten. So verlieren elastische und kollagene Fasern ihre Funktion, was zu einer Verdünnung der Hautschichten führt. Aus der Reduzierung des Unterhautfettgewebes folgt als Konsequenz die Faltenbildung der darüber liegenden Haut. Die abnehmende Wasserbindungsfähigkeit des Gewebes führt zur Herabsetzung des Hautturgors (Hautspannung). Häufig wird dieser Effekt

durch mangelnde Flüssigkeitsaufnahme verstärkt, bedingt durch geringeres Durstgefühl im Alter.

Überdies verringern sich in der Altersphase Schweiß- und Talkproduktion, sodass die Haut austrocknet, was wiederum den Juckreiz (Pruritis) fördert. Ebenso lässt die Sinnesfunktion, insbesondere die Druckwahrnehmung der Haut nach, sodass ältere Menschen, vor allem im Schlaf, weniger Spontanbewegungen zur Druckentlastung ausführen als jüngere. Dementsprechend erhöht sich das Dekubitusrisiko.

Außerdem kann es durch Nachlassen der Gehirnfunktion oder der Schließmuskelfunktion zur Inkontinenz kommen. Die Haut wird durch die Ausscheidungen zusätzlich belastet, der Säureschutzmantel wird angegriffen. Der Alterungsprozess der Haut ist demnach ein physiologischer Vorgang, den das Pflegepersonal sorgfältig beobachten muss (vgl. Seel 1999, 630).

4. Frage: Was ist ein Dekubitus?

Früher wurden Druckgeschwüre zunächst als Gangraena zusammengefasst und gemäß ihrer Ursache Gangraena per decubitum genannt. Der Begriff Dekubitus leitet sich vom lateinischen Wort decubare ab, was so viel bedeutet wie darniederliegen. Gangraena per decubitum weist auf eine faulige Wunde hin, die durch Liegen verursacht wurde.

Von der Bezeichnung Gangraena per decubitum ist im heutigen Sprachgebrauch allein das Wort Dekubitus übrig geblieben (vgl. Schröder 1997, 5).

5. Frage: Welche Schweregradeinteilung von chronischen Wunden gibt es?

Die Schweregradeinteilung von chronischen Wunden, z.B. Dekubitusgeschwüren, kann unterschiedlich geschehen. Einige gängige Klassifikationen stellen wir Ihnen in tabellarischer Übersicht vor:

Tabelle 3: Schweregradeinteilung nach Westerhoff et al. (vgl. Lang, Röthel 2002, 13)

Reinigungsphase	Granulationsphase		Epithelisierungsphase
Farbe: schwarz-gelb Die Unterstützung der körpereigenen Reinigung von außen ist dringend notwendig z. B. durch: <ul style="list-style-type: none"> • chirurgisches Abtragen der Nekrosen • Aufweichen der Beläge durch Feuchtverbände 	Farbe: frischrot Die Bildung von Granulationsgewebe wird gefördert durch: <ul style="list-style-type: none"> • Wundverband • Aufrechterhaltung des feuchten Wundmilieus <ul style="list-style-type: none"> › Schutz der Wunde vor dem Austrocknen › Sekundärinfektionen 	Farbe: gelblich-rot Die Bildung von Granulationsgewebe; stagniert sind: <ul style="list-style-type: none"> • die Behandlung und mögliche Störfaktoren wie mangelnde Durchblutung, Druckeinwirkung, Malnutrition sind zu überprüfen. 	Farbe: rosa Die Spontanepithelisierung findet von den Wundrändern her statt, sodass die feuchte Wundbehandlung fortgesetzt werden muss.

Als Anhaltspunkt für die Beurteilung des Wundstatus und der möglichen Therapien dient bei Westerhoff der geschätzte Farbanteil in der Wunde. Wenn beispielsweise die Farben schwarz-gelb in der Wunde überwiegen, so dominieren die Abbau-Prozesse, die körpereigene Reinigung der Wunde stagniert. Folglich ist die Wundreinigung, das sogenannte Débridement (chirurgisches, autolytisches, biologisches) zu forcieren, um nekrotisches oder infiziertes Gewebe und schmierige Beläge zu entfernen. Demgegenüber signalisiert eine zunehmende rote und rosa Färbung der Wunde den Fortgang der Heilung (vgl. Lang, Röthel 2002, 12 f.).