

Hochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

Deutsches Netzwerk für
Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.)

Anlage

zur Literaturstudie zum
**Expertenstandard „Pflege von Menschen
mit chronischen Wunden“,**
1. Aktualisierung 2015

Eva-Maria Panfil
Christine Halbig

Dank

Ein Dank gilt folgenden Personen und Experten, die in verschiedenen Phasen der Literaturstudie für fachliche oder technische Fragen zur Verfügung standen: Prof. Dr. Augustin, Gabriele Bartoszek MScN, Prof. Dr. Debus, PD Dr. Jan Kottner, Ralph Möhler MScN, Christian Schwab M.Sc.

Inhaltsverzeichnis

Anhang 1:	Suchstrategien	7
Anhang 2:	Flowchart	22
Anhang 3:	Ausgeschlossene Quellen (Außer Leitlinien)	23
Anhang 4:	Evidenzklassen und Empfehlungsgrade	26
Anhang 5:	Wundklassifikationen	32
Anhang 6:	Analysen und Bewertungen Leitlinien.....	38
Anhang 7:	Analysen und Bewertungen Reviews/HTA.....	48
Anhang 8:	Analysen und Bewertungen RCT.....	111
Anhang 9:	Analysen und Bewertungen Diagnostikstudien.....	121
Anhang 10:	Analysen und Bewertungen qualitative Studien.....	136

Tabellenverzeichnis

Tabelle 8:	Ausgeschlossen Quellen (außer Leitlinien) nach Volltextsichtung.....	23
Tabelle 9:	Ausgeschlossene Leitlinien nach Volltextsichtung und -bewertung	25
Tabelle 10:	Evidenzklassen der Australian Wound Management Association (AWMA 2012)	26
Tabelle 11:	Empfehlungsgrade der Australian Wound Management Association (AWMA 2012).....	26
Tabelle 12:	Evidenzklassen des Belgian Healthcare Knowledge Centre (KCE 2013)	27
Tabelle 13:	Empfehlungsgrade des Belgian Healthcare Knowledge Centre (KCE 2013)	28
Tabelle 14:	Evidenzklassen der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW, 2012).....	28
Tabelle 15:	Empfehlungsgrade der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW, 2012).....	28
Tabelle 16:	Evidenzklassen der National Pressure Ulcer Advisory Panel/European Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP/EPUAP 2009).....	28
Tabelle 17:	Empfehlungsgrade der National Pressure Ulcer Advisory Panel/European Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP/EPUAP 2009).....	29
Tabelle 18:	Evidenzklassen der Nationalen Versorgungsleitlinie Diabetes mellitus (NVL 2013).....	29
Tabelle 19:	Empfehlungsgrade der Nationalen Versorgungsleitlinie Diabetes mellitus (NVL 2013).....	29
Tabelle 20:	Evidenzklassen des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2012)(pAVK)	29
Tabelle 21:	Empfehlungsgrade des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2012)(pAVK)	29
Tabelle 22:	Evidenzklassen des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2012)(DFS)	30
Tabelle 23:	Empfehlungsgrade des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2012)(DFS)	30
Tabelle 24:	Evidenzklassen des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2014)	30
Tabelle 25:	Empfehlungsgrade des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2014)	30
Tabelle 26:	Evidenzklassen der Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2010).....	31
Tabelle 27:	Empfehlungsgrade der Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2010).....	31
Tabelle 28:	Verlaufsstadien der diabetischen Neuroosteoarthropathie (n. Levin) (NVL Typ-2-Diabetes Fußkomplikationen, 2008)	33
Tabelle 29:	Klinische Klassifikation der Fußinfektionen (DGfW, 2012)	34
Tabelle 30:	Klassifikation Dekubitus nach NPUAP/EPUAP, 2009 (siehe DNQP, 2010).....	35
Tabelle 31:	Stadieneinteilung nach Fontaine (DGfW, 2012)	36

Tabelle 32:	Stadieneinteilung nach Rutherford.....	36
Tabelle 33:	Studienmerkmale von Leitlinien	38
Tabelle 34:	Analyse der Qualität von Leitlinien DFS, Domäne 3 DELBI	45
Tabelle 35:	Analyse der Qualität von Leitlinien Dekubitus, Domäne 3 DELBI	46
Tabelle 36:	Analyse der Qualität von Leitlinien Ulcus cruris, Domäne 3 DELBI.....	47
Tabelle 37:	Deskriptive Analyse Review Briggs et al. 2012	48
Tabelle 38:	Deskriptive Analyse Review Brown et al., 2012.....	51
Tabelle 39:	Deskriptive Analyse Review Dorresteijn et al. 2010.....	52
Tabelle 40:	Deskriptive Analyse Review Dorresteijn et al. 2012.....	54
Tabelle 41:	Deskriptive Analyse Review Dumville et al. 2013 (Hydrogele).....	56
Tabelle 42:	Deskriptive Analyse Review Dumville et al. 2013 (Schaumstoff).....	59
Tabelle 43:	Deskriptive Analyse Review Dumville et al. 2013 (Hydrokolloide).....	61
Tabelle 44:	Deskriptive Analyse Review Dumville et al. 2013 (Alginate)	63
Tabelle 45:	Deskriptive Analyse Review Edwards et al., 2010.....	65
Tabelle 46:	Deskriptive Analyse Review Egbert et al., 2013.....	67
Tabelle 47:	Deskriptive Analyse Review Fernandez et al. 2012.....	69
Tabelle 48:	Deskriptive Analyse Heyer et al., 2013.....	72
Tabelle 49:	Deskriptive Analyse Review Jull et al., 2013	74
Tabelle 50:	Deskriptive Analyse Review Lewis et al.,2013.....	76
Tabelle 51:	Deskriptive Analyse Little et al., 2009	78
Tabelle 52:	Deskriptive Analyse Review McGinnis et al., 2011	79
Tabelle 53:	Deskriptive Analyse Review McInnes et al., 2011	81
Tabelle 54:	Deskriptive Analyse Review Medical Advisory Secretariat, 2009.....	83
Tabelle 55:	Deskriptive Analyse Review Menon et al., 2012.....	85
Tabelle 56:	Deskriptive Analyse Review Moore & Cowman, 2012	86
Tabelle 57:	Deskriptive Analyse Review Moore & Cowman, 2013	88
Tabelle 58:	Deskriptive Analyse Review Nelson et al. 2012.....	90
Tabelle 59:	Deskriptive Analyse Review O’Meara et al. 2012.....	92
Tabelle 60:	Deskriptive Analyse Review O’Meara et al. 2012 (Wundgröße Dekubitus)	96
Tabelle 61:	Deskriptive Analyse Review O’Meara et al. 2013 (Schaumstoff).....	98
Tabelle 62:	Deskriptive Analyse Review O’Meara et al. 2013 (Alginate)	100
Tabelle 63:	Deskriptive Analyse Review O’Meara et al. 2014.....	102
Tabelle 64:	Deskriptive Analyse Review Solowiej et al., 2012.....	105
Tabelle 65:	Deskriptive Analyse Review Weller et al. 2014	107
Tabelle 66:	Bewertung der methodischen Qualität von Reviews und HTAs (NICE, 2012)	109
Tabelle 67:	Deskriptive Analyse RCT von Meagher et al., 2012.....	111

Tabelle 68:	Deskriptive Analyse von Protz et al., 2013	113
Tabelle 69:	Deskriptive Analyse von Stern et al., 2014	115
Tabelle 70:	Deskriptive Analyse von Van Hecke e al., 2011	117
Tabelle 71:	Bewertung der methodischen Qualität von RCT's (NICE, 2012)	119
Tabelle 72:	Deskriptive Analyse von Augustin et al., 2010	121
Tabelle 73:	Deskriptive Analyse von Augustin et al., 2014; Blome et al., 2014	123
Tabelle 74:	Deskriptive Analyse von Chin et al., 2013	125
Tabelle 75:	Deskriptive Analyse von Gorecki et al. 2013	126
Tabelle 76:	Deskriptive Analyse von Harrendran et al., 2007	128
Tabelle 77:	Deskriptive Analyse von Lincoln et al., 2007	130
Tabelle 78:	Deskriptive Analyse von Halbig et al., 2009	131
Tabelle 79:	Deskriptive Analyse von Jaksa et al., 2010	132
Tabelle 80:	Deskriptive Analyse von Von Siebenthal, 2010	133
Tabelle 81:	Bewertung der methodischen Qualität von Diagnostik-Studien (NICE, 2012; QUADAS 2)	134
Tabelle 82:	Deskriptive Analyse Herber et al., 2008	136
Tabelle 83:	Deskriptive Analyse Van Hecke et al., 2011	138
Tabelle 84:	Bewertung der methodischen Qualität von qualitativen Studien (NICE, 2012)	139

Anhang 1: Suchstrategien

Syntax CINAHL

- S1: LEG-ULCER.MJX,MNX.
- S2: DIABETIC-FOOT.MJX,MNX.
- S3: PRESSURE-ULCER.MJX,MNX
- S4: NUTRITION.MJX,MNX.
- S5: LEG-ULCER.MJX,MNX. AND NUTRITION.MJX,MNX.
- S6: DIABETIC-FOOT.MJX,MNX. AND NUTRITION.MJX,MNX.
- S7: PRESSURE-ULCER.MJX,MNX. AND NUTRITION.MJX,MNX.
- S8: LEG-ULCER.MJX,MNX. AND
- S9: DIABETIC-FOOT.MJX,MNX.
- S10: PRESSURE-ULCER.MJX,MNX.
- S11: PAIN.MJX,MNX.
- S12: LEG-ULCER.MJX,MNX.
- S13: PAIN.MJX,MNX. AND DIABETIC-FOOT.MJX,MNX.
- S14: PAIN.MJX,MNX. AND PRESSURE-ULCER.MJX,MNX.
- S15: QUALITY-OF-LIFE.MJX,MNX.
- S16: QUALITY-OF-LIFE.MJX,MNX. AND LEG-ULCER.MJX,MNX.
- S17: QUALITY-OF-LIFE.MJX,MNX. AND DIABETIC-FOOT.MJX,MNX.
- S18: QUALITY-OF-LIFE.MJX,MNX. AND PRESSURE-ULCER.MJX,MNX.
- S19: SELF-CARE.MJX,MNX.
- S20: SELF-CARE.MJX,MNX.AND LEG-ULCER.MJX,MNX.
- S21: SELF-CARE.MJX,MNX.AND DIABETIC-FOOT.MJX,MNX.
- S22: SELF-CARE.MJX,MNX.AND PRESSURE-ULCER.MJX,MNX.
- S23: PATIENT-EDUCATION.MJX,MNX.
- S24: PATIENT-EDUCATION.MJX,MNX. AND LEG-ULCER.MJX,MNX.
- S25: PATIENT-EDUCATION.MJX,MNX. AND DIABETIC-FOOT.MJX,MNX.
- S26: PATIENT-EDUCATION.MJX,MNX. AND PRESSURE-ULCER.MJX,MNX.
- S27: LIFE-EXPERIENCES.MJX,MNX.
- S28: S27 AND LEG-ULCER.MJX,MNX.
- S29: S27 AND DIABETIC-FOOT.MJX,MNX.
- S30: S27 AND PRESSURE-ULCER.MJX,MNX.
- S31: PHENOMENOLOGY.MJX,MNX.
- S33: GROUNDED-THEORY.MJX,MNX.
- S34: PHENOMENOLOGY.MJX,MNX. AND LEG-ULCER.MJX,MNX.
- S35: PHENOMENOLOGY.MJX,MNX. AND DIABETIC-FOOT.MJX,MNX. S36: PHENOMENOLOGY.MJX,MNX. AND PRESSURE-ULCER.MJX,MNX. S37: ETHNOGRAPHY.MJX,MNX. AND LEG-ULCER.MJX,MNX. AND (@UP >= 20011001)
- S38: ETHNOGRAPHY.MJX,MNX. AND DIABETIC-FOOT.MJX,MNX. S39: ETHNOGRAPHY.MJX,MNX. AND PRESSURE-ULCER.MJX,MNX. S40: GROUNDED-THEORY.MJX,MNX. AND LEG-ULCER.MJX,MNX. S41: GROUNDED-THEORY.MJX,MNX. AND DIABETIC-FOOT.MJX,MNX.
- S42: GROUNDED-THEORY.MJX,MNX. AND PRESSURE-ULCER.MJX,MNX.
- S43: WOUND-ASSESSMENT.MJX,MNX.
- S44: WOUND-MEASUREMENT.MJX,MNX.
- S45: WOUNDS-CHRONIC.MJX,MNX.
- S46: WOUND-MEASUREMENT.MJX,MNX. AND WOUNDS-CHRONIC.MJX,MNX.
- S47: SKIN-MACERATION.MJX,MNX.
- S48: SKIN-MACERATION.MJX,MNX. AND WOUNDS-CHRONIC.MJX,MNX.
- S49: ODORS.MJX,MNX.
- S50: ODORS.MJX,MNX. AND WOUNDS-CHRONIC.MJX,MNX.

Syntax Cochrane Database of Systematic Reviews / Cochrane Central Register of Clinical Trials

- #1 MeSH descriptor Leg Ulcer explode all trees
- #2 MeSH descriptor Foot Ulcer explode tree 2
- #3 MeSH descriptor Diabetic Foot explode all trees
- #4 MeSH descriptor Health Education, this term only
- #5 (#4 AND #3)
- #6 (#4 AND #1)
- #7 (#4 AND #2)
- #8 MeSH descriptor Patient Education, this term only
- #9 (#8 AND #3)
- #10 (#8 AND #2)
- #11 MeSH descriptor Nutritional Status explode tree 1
- #12 (nutrition AND #3)
- #13 (nutrition AND #2)
- #14 (nutrition AND #1)
- #15 MeSH descriptor Self Care, this term only
- #16 (#17 OR (self AND management))
- #17 MeSH descriptor Pressure Ulcer, this term only
- #18 (#19 AND #18)
- #19 (#18 AND #1)
- #20 (#19 AND #4)
- #21 (#19 AND #8)
- #22 (#19 AND nutrition)
- #23 (#18 AND #2)
- #24 (#18 AND #3)
- #25 MeSH descriptor Quality of Life explode tree 2
- #26 (#27 AND #1)
- #27 (#27 AND #2)
- #28 (#27 AND #3)
- #29 (#27 AND #19)
- #30 MeSH descriptor Pain Measurement explode all trees
- #31 (#32 AND #1)
- #32 (#32 AND #2)
- #33 (#32 AND #3)
- #34 (#32 AND #19)
- #35 (lived AND experience AND #1)
- #36 (lived AND experience AND #2)
- #37 (lived AND experience AND #3)
- #38 (lived AND experience AND #19)

Cochrane library

ID	Search
#1	MeSH descriptor Leg Ulcer explode all trees
#2	MeSH descriptor Foot Ulcer explode tree 2
#3	MeSH descriptor Diabetic Foot explode all trees
#4	MeSH descriptor Health Education , this term only
#5	(#4 AND #3)
#6	(#4 AND #1)
#7	(#4 AND #2)
#8	MeSH descriptor Patient Education , this term only
#9	(#8 AND #3)
#10	(#8 AND #2)
#11	MeSH descriptor Nutritional Status explode tree 1
#12	(#11 AND #3)
#13	(nutrition AND #3)
#14	(nutrition AND #2)
#15	((nutrition AND #2) OR #1)
#16	(nutrition AND #1)
#17	MeSH descriptor Self Care , this term only
#18	(#17 OR (self AND management))
#19	MeSH descriptor Pressure Ulcer , this term only
#20	(#19 AND #18)
#21	(#18 AND #1)
#22	(#19 AND #4)
#23	(#19 AND #8)
#24	(#19 AND nutrition)
#25	(#18 AND #2)
#26	(#18 AND #3)
#27	MeSH descriptor Quality of Life explode tree 2
#28	(#27 AND #1)
#29	(#27 AND #2)
#30	(#27 AND #3)
#31	(#27 AND #19)
#32	MeSH descriptor Pain Measurement explode all trees
#33	(#32 AND #1)
#34	(#32 AND #2)
#35	(#32 AND #3)
#36	(#32 AND #19)
#37	(lived AND experience AND #1)
#38	(lived AND experience AND #2)
#39	(lived AND experience AND #3)
#40	(lived AND experience AND #19)

Wunddokumentation

- #48 Search wound maceration Limits: Publication Date from 2007/01/01
- #45 Search exsudate Limits: Publication Date from 2007/01/01
- #44 Search wound exsudate Limits: Publication Date from 2007/01/01
- #39 Search wound appearance Limits: Publication Date from 2007/01/01
- #42 Search wound consciousness Limits: Publication Date from 2007/01/01
- #40 Search wound sensory impairment Limits: Publication Date from 2007/01/01
- #38 Search wound undermining Limits: Publication Date from 2007/01/01
- #36 Search wound edge Limits: Publication Date from 2007/01/01
- #35 Search wound severity Limits: Publication Date from 2007/01/01
- #34 Search wound depth measurements Limits: Publication Date from 2007/01/01
- #32 Search wound odour Limits: Publication Date from 2007/01/01
- #30 Search wound volume measurements Limits: Publication Date from 2007/01/01
- #28 Search wound size measurements Limits: Publication Date from 2007/01/01
- #27 Search wound size Limits: Publication Date from 2007/01/01
- #26 Search measurement AND wound bed Limits:
- #25 Search measurement AND wound bed size Limits: Publication Date from 2007/01/01
- #23 Search assessment AND ("Wound Infection"[MeSH] OR "Wound Healing"[MeSH]) AND "Leg Ulcer"[MeSH] Limits: Publication Date from 2007/01/01
- #21 Search assessment AND ("Wound Infection"[MeSH] OR "Wound Healing"[MeSH]) AND "Pressure Ulcer"[MeSH] Limits: Publication Date from 2007/01/01
- #20 Search assessment AND ("Wound Infection"[MeSH] OR "Wound Healing"[MeSH]) AND "Diabetic Foot"[MeSH] Limits: Publication Date from 2007/01/01
- #18 Search "Outcome Assessment (Health Care)"[MeSH] AND ("Wound Infection"[MeSH] OR "Wound Healing"[MeSH]) AND "Diabetic Foot"[MeSH] Limits: Publication Date from 2007/01/01
- #17 Search "Outcome Assessment (Health Care)"[MeSH] AND ("Wound Infection"[MeSH] OR "Wound Healing"[MeSH]) AND "Pressure Ulcer"[MeSH] Limits: Publication Date from 2007/01/01
- #10 Search ("Wound Infection"[MeSH] OR "Wound Healing"[MeSH]) AND documentation Limits: Publication Date from 2007/01/01
- #6 Search documentation Limits: Publication Date from 2007/01/01
- #5 Search ("Wound Infection"[MeSH] OR "Wound Healing"[MeSH]) Limits: Publication Date from 2007/01/01

Syntax Cochrane

- #1 (pressure ulcer) or (pressure sore) or (bed sore) or (skin ulcer)
- #2 (diabetic foot) or (skin ulcer) or (leg ulcer) or (foot ulcer) or (varicose ulcer)
- #3 (outcome assessment) or (pain measurement) or (risk assessment) or (outcome and process assessment) or (nutrition assessment)
- #4 (quality of life)
- #5 (treatment) or (life support care) or (treatment outcome)
- #6 (skin care)
- #7 (nursing care) or (home nursing) or (geriatric nursing) or (long-term care)
- #8 (wound healing)
- #9 (nutrition) or (nutritional status)
- #10 (pain) or (neuralgia) or (facial pain)
- #11 (smell) or (taste) or (sense)
- #12 (patient discharge) or (patient transfer) or (readmission)
- #13 (#1 AND #3)
- #14 (#1 AND #4)
- #15 (#1 AND #5)
- #16 (#1 AND #6)
- #17 (#1 AND #7)
- #18 (#1 AND #8)
- #19 (#1 AND #9)
- #20 (#1 AND #10)
- #21 (#1 AND #11)
- #22 (#1 AND #12)
- #23 (#2 AND #3)
- #24 (#2 AND #4)
- #25 (#2 AND #5)
- #26 (#2 AND #6)
- #27 (#2 AND #7)
- #28 (#2 AND #8)
- #29 (#2 AND #9)
- #30 (#2 AND #10)
- #31 (#2 AND #11)
- #31 (#2 AND #12)

Medline

- #141 Search "Diabetic Foot"[MeSH] AND "Patient Transfer"[MeSH]
- #140 Search "Diabetic Foot"[MeSH] AND "Patient Discharge"[MeSH]
- #139 Search "Diabetic Foot"[MeSH] AND "Smell"[MeSH]
- #138 Search "Diabetic Foot"[MeSH] AND "Smell"[MeSH] AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading])
- #137 Search "Diabetic Foot"[MeSH] AND ("Pain"[MeSH] OR "Pain Measurement"[MeSH]) AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading])
- #136 Search "Diabetic Foot"[MeSH] AND ("Nutrition"[MeSH] OR "Nutrition Therapy"[MeSH] OR "Nutrition Assessment"[MeSH]) AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading])
- #135 Search "Diabetic Foot"[MeSH] AND ("Nutrition"[MeSH] OR "Nutrition Therapy"[MeSH] OR "Nutrition Assessment"[MeSH]) AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial
- #134 Search "Diabetic Foot"[MeSH] AND "Wound Healing"[MeSH] AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial
- #133 Search "Diabetic Foot"[MeSH] AND "Wound Healing"[MeSH] AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading])
- #132 Search "Diabetic Foot"[MeSH] AND "Skin Care"[MeSH] AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading])
- #131 Search "Diabetic Foot"[MeSH] AND "Nursing Care"[MeSH] AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading])
- #130 Search "Diabetic Foot"[MeSH] AND "Nursing Care"[MeSH] AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review

- #129 Search "Diabetic Foot"[MeSH] AND ("Outcome Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Needs Assessment"[MeSH] OR "Risk Assessment"[MeSH] OR "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Nutrition Assessment"[MeSH] OR "Nursing Assessment"[MeSH] OR "Pain Measurement"[MeSH] OR "Outcome Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Needs Assessment"[MeSH] OR "Risk Assessment"[MeSH] OR "Process Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Nutrition Assessment"[MeSH] OR "Nursing Assessment"[MeSH] OR "Pain Measurement"[MeSH]) AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review
- #128 Search "Diabetic Foot"[MeSH] AND ("Outcome Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Needs Assessment"[MeSH] OR "Risk Assessment"[MeSH] OR "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Nutrition Assessment"[MeSH] OR "Nursing Assessment"[MeSH] OR "Pain Measurement"[MeSH] OR "Outcome Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Needs Assessment"[MeSH] OR "Risk Assessment"[MeSH] OR "Process Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Nutrition Assessment"[MeSH] OR "Nursing Assessment"[MeSH] OR "Pain Measurement"[MeSH]) AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial
- #127 Search "Diabetic Foot"[MeSH] AND ("Outcome Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Needs Assessment"[MeSH] OR "Risk Assessment"[MeSH] OR "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Nutrition Assessment"[MeSH] OR "Nursing Assessment"[MeSH] OR "Pain Measurement"[MeSH] OR "Outcome Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Needs Assessment"[MeSH] OR "Risk Assessment"[MeSH] OR "Process Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Nutrition Assessment"[MeSH] OR "Nursing Assessment"[MeSH] OR "Pain Measurement"[MeSH]) AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading])
- #126 Search "Diabetic Foot"[MeSH] AND "Quality of Life"[MeSH] AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading])
- #125 Search "Diabetic Foot"[MeSH] AND "Quality of Life"[MeSH] AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial
- #124 Search "Diabetic Foot"[MeSH] AND ("therapy"[Subheading] OR "Treatment Outcome"[MeSH] OR "Treatment Failure"[MeSH] OR "Life Support Care"[MeSH] OR "Therapeutics"[MeSH] OR "therapy"[Subheading] OR "Treatment Outcome"[MeSH] OR "Treatment Failure"[MeSH]) AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial

- #123 Search "Diabetic Foot"[MeSH] AND # ("therapy"[Subheading] OR "Treatment Outcome"[MeSH] OR "Treatment Failure"[MeSH] OR "Life Support Care"[MeSH] OR "Therapeutics"[MeSH] OR "therapy"[Subheading] OR "Treatment Outcome"[MeSH] OR "Treatment Failure"[MeSH])AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial
- #122 Search "Diabetic Foot"[MeSH] AND # ("therapy"[Subheading] OR "Treatment Outcome"[MeSH] OR "Treatment Failure"[MeSH] OR "Life Support Care"[MeSH] OR "Therapeutics"[MeSH] OR "therapy"[Subheading] OR "Treatment Outcome"[MeSH] OR "Treatment Failure"[MeSH])AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading])
- #121 Search "Diabetic Foot"[MeSH] AND #21 AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading])
- #120 Search "Diabetic Foot"[MeSH] AND #21
- #119 Search ("Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH]) AND "Patient Transfer"[MeSH]
- #118 Search ("Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH]) AND "Patient Discharge"[MeSH]
- #117 Search ("Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH]) AND #46 AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading])
- #116 Search ("Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH]) AND "Lymphedema"[MeSH] AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading])
- #115 Search ("Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH]) AND "Smell"[MeSH] AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading])
- #114 Search ("Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH]) AND "Smell"[MeSH] AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial
- #113 Search ("Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH]) AND ("Pain"[MeSH] OR "Pain Measurement"[MeSH]) AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial
- #112 Search ("Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH]) AND #35 AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review

- #111 Search ("Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH]) AND ("Nutrition"[MeSH] OR "Nutrition Therapy"[MeSH] OR "Nutrition Assessment"[MeSH]) AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review
- #110 Search ("Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH]) AND ("Nutrition"[MeSH] OR "Nutrition Therapy"[MeSH] OR "Nutrition Assessment"[MeSH]) AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review
- #109 Search ("Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH]) AND ("Nutrition"[MeSH] OR "Nutrition Therapy"[MeSH] OR "Nutrition Assessment"[MeSH]) AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial
- #108 Search ("Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH]) AND "Wound Healing"[MeSH] AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial
- #107 Search ("Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH]) AND "Wound Healing"[MeSH] AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial
- #106 Search ("Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH]) AND "Skin Care"[MeSH] AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial
- #105 Search ("Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH]) AND "Skin Care"[MeSH] AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading])
- #104 Search #4 AND #29 AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading])
- #103 Search("Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH]) AND "Nursing Care"[MeSH] AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading])
- #102 Search #4 AND #27 AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Meta-Analysis

- #101 Search ("Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH]) AND ("therapy"[Subheading] OR "Treatment Outcome"[MeSH] OR "Treatment Failure"[MeSH] OR "Life Support Care"[MeSH] OR "Therapeutics"[MeSH] OR "therapy"[Subheading] OR "Treatment Outcome"[MeSH] OR "Treatment Failure"[MeSH]) AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Meta-Analysis
- #100 Search #4 AND #21 AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial
- #99 Search ("Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH]) AND "Quality of Life"[MeSH] AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial
- #98 Search ("Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH]) AND "Quality of Life"[MeSH] Limits: English, German, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial
- #97 Search ("Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH]) AND ("Outcome Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Needs Assessment"[MeSH] OR "Risk Assessment"[MeSH] OR "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Nutrition Assessment"[MeSH] OR "Nursing Assessment"[MeSH] OR "Pain Measurement"[MeSH] OR "Outcome Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Needs Assessment"[MeSH] OR "Risk Assessment"[MeSH] OR "Process Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Nutrition Assessment"[MeSH] OR "Nursing Assessment"[MeSH] OR "Pain Measurement"[MeSH]) Limits: English, German, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial
- #96 Search #4 AND #17 Limits: English, German, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review
- #95 Search #4 AND #17
- #94 Search ("Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH]) AND ("Outcome Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Needs Assessment"[MeSH] OR "Risk Assessment"[MeSH] OR "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Nutrition Assessment"[MeSH] OR "Nursing Assessment"[MeSH] OR "Pain Measurement"[MeSH] OR "Outcome Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Needs Assessment"[MeSH] OR "Risk Assessment"[MeSH] OR "Process Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Nutrition Assessment"[MeSH] OR "Nursing Assessment"[MeSH] OR "Pain Measurement"[MeSH]) Limits: English, German, Meta-Analysis
- #93 Search ("Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH]) OR "Varicose Ulcer"[MeSH] AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Meta-Analysis
- #92 Search #4 OR #7 AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial

- #91 Search #4 OR #7 AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial
- #90 Search #4 OR #7 AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review
- #89 Search #4 OR #7 Limits: English, German, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review
- #88 Search "Hygiene"[MeSH] AND ("Wound Infection"[MeSH] OR "Wound Healing"[MeSH]) ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review
- #87 Search #61 AND ("Wound Infection"[MeSH] OR "Wound Healing"[MeSH]) ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading])
- #86 Search #61 AND #AND ("Wound Infection"[MeSH] OR "Wound Healing"[MeSH]) ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading])
- #85 Search #61 AND #54 AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading])
- #84 Search #61 AND #54
- #83 Search "Pressure Ulcer"[MeSH] AND "Patient Transfer"[MeSH]
- #82 Search "Pressure Ulcer"[MeSH] AND "Patient Discharge"[MeSH]
- #81 Search #2 AND #37
- #80 Search #2 AND #37 AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review
- #79 Search "Pressure Ulcer"[MeSH] AND ("Pain"[MeSH] OR "Pain Measurement"[MeSH]) AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review
- #78 Search "Pressure Ulcer"[MeSH] AND "Wound Healing"[MeSH] AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review
- #77 Search "Pressure Ulcer"[MeSH] AND ("Nutrition"[MeSH] OR "Nutrition Therapy"[MeSH] OR "Nutrition Assessment"[MeSH]) AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review

- #76 Search "Pressure Ulcer"[MeSH] AND "Skin Care"[MeSH] AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review
- #75 Search "Pressure Ulcer"[MeSH] AND "Skin Care"[MeSH] Limits: English, German, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review
- #74 Search "Pressure Ulcer"[MeSH] AND "Nursing Care"[MeSH] Limits: English, German, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review
- #73 Search #2 AND #27 Limits: English, German
- #72 Search "Pressure Ulcer"[MeSH] AND "Nursing Care"[MeSH] Limits: English, German, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial
- #71 Search ("Pressure Ulcer"[MeSH] AND ("Pressure Ulcer"[MeSH] OR "Skin Care"[MeSH])) AND ("therapy"[Subheading] OR "Treatment Outcome"[MeSH] OR "Treatment Failure"[MeSH] OR "Life Support Care"[MeSH] OR "Therapeutics"[MeSH] OR "therapy"[Subheading] OR "Treatment Outcome"[MeSH] OR "Treatment Failure"[MeSH]) AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial
- #70 Search #62 AND #21 AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review
- #69 Search #62 AND #21 AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German
- #68 Search #62 AND #21 Limits: English, German
- #67 Search ("Pressure Ulcer"[MeSH] AND ("Pressure Ulcer"[MeSH] OR "Skin Care"[MeSH])) AND "Quality of Life"[MeSH] Limits: English, German
- #66 Search ("Pressure Ulcer"[MeSH] AND ("Pressure Ulcer"[MeSH] OR "Skin Care"[MeSH])) AND ("Outcome Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Needs Assessment"[MeSH] OR "Risk Assessment"[MeSH] OR "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Nutrition Assessment"[MeSH] OR "Nursing Assessment"[MeSH] OR "Pain Measurement"[MeSH] OR "Outcome Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Needs Assessment"[MeSH] OR "Risk Assessment"[MeSH] OR "Process Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Nutrition Assessment"[MeSH] OR "Nursing Assessment"[MeSH] OR "Pain Measurement"[MeSH]) AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading]) Limits: English, German
- #65 Search #62 AND #17 Limits: English, German
- #64 Search #62 AND #17
- #63 Search #65 AND #17
- #62 Search #2 AND #15
- #61 Search "Hygiene"[MeSH]
- #54 Search ("Wounds and Injuries"[MeSH] OR "Wound Infection"[MeSH] OR "Wound Healing"[MeSH])
- #49 Search "Patient Transfer"[MeSH]

- #46 Search "Patient Discharge"[MeSH]
- #40 Search "Lymphedema"[MeSH]
- #37 Search "Smell"[MeSH]
- #35 Search ("Pain"[MeSH] OR "Pain Measurement"[MeSH])
- #33 Search ("Nutrition"[MeSH] OR "Nutrition Therapy"[MeSH] OR "Nutrition Assessment"[MeSH])
- #32 Search "Wound Healing"[MeSH]
- #29 Search "Skin Care"[MeSH]
- #27 Search "Nursing Care"[MeSH]
- #23 Search (("Pressure Ulcer"[MeSH] OR "Skin Care"[MeSH]) OR "Skin Ulcer"[MeSH] OR "Diabetic Foot"[MeSH] OR "Varicose Ulcer"[MeSH] OR ("Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH]) OR "Pressure Ulcer"[MeSH]) AND ((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading])
- #22 Search ("Pressure Ulcer"[MeSH] OR "Skin Care"[MeSH]) OR "Skin Ulcer"[MeSH] OR "Diabetic Foot"[MeSH] OR "Varicose Ulcer"[MeSH] OR ("Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH]) OR "Pressure Ulcer"[MeSH]
- #21 Search ("therapy"[Subheading] OR "Treatment Outcome"[MeSH] OR "Treatment Failure"[MeSH] OR "Life Support Care"[MeSH] OR "Therapeutics"[MeSH] OR "therapy"[Subheading] OR "Treatment Outcome"[MeSH] OR "Treatment Failure"[MeSH])
- #19 Search "Quality of Life"[MeSH]
- #17 Search ("Outcome Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Needs Assessment"[MeSH] OR "Risk Assessment"[MeSH] OR "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Nutrition Assessment"[MeSH] OR "Nursing Assessment"[MeSH] OR "Pain Measurement"[MeSH] OR "Outcome Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Needs Assessment"[MeSH] OR "Risk Assessment"[MeSH] OR "Process Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Nutrition Assessment"[MeSH] OR "Nursing Assessment"[MeSH] OR "Pain Measurement"[MeSH])
- #15 Search ("Pressure Ulcer"[MeSH] OR "Skin Care"[MeSH])
- #13 Search "Skin Ulcer"[MeSH]
- #10 Search "Diabetic Foot"[MeSH]
- #7 Search "Varicose Ulcer"[MeSH]
- #4 Search ("Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH])
- #2 Search "Pressure Ulcer"[MeSH]

Patientenedukation

Medline

"Varicose Ulcer"[MeSH] OR "Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH] OR "Pressure Ulcer"[MeSH] AND "Patient Education"[MeSH]

"Varicose Ulcer"[MeSH] OR "Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH] OR "Pressure Ulcer"[MeSH] NOT prevention AND "Patient Education"[MeSH]

"Varicose Ulcer"[MeSH] OR "Ulcer"[MeSH] OR "Foot Ulcer"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH] OR "Pressure Ulcer"[MeSH] AND "Patient Information"

Cinahl

Education AND (foot ulcer OR pressure ulcer OR leg ulcer OR chronic wounds)

Information access AND (foot ulcer OR pressure ulcer OR leg ulcer OR chronic wounds)

Information-Management AND (foot ulcer OR pressure ulcer OR leg ulcer OR chronic wounds)

Cochrane Library

Leg ulcer OR foot ulcer OR pressure ulcer OR varicose ulcer AND education

Leg ulcer OR foot ulcer OR pressure ulcer OR varicose ulcer Or chronic wounds AND information

Entlassung

Medline

"Patient Care Management"[MeSH] AND nurse AND ("Pressure Ulcer"[MeSH] OR "Diabetic Foot"[MeSH] OR "Diabetic Foot"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH] OR "Varicose Ulcer"[MeSH]) "Patient Care Management"[MeSH] AND ("Pressure Ulcer"[MeSH] OR "Diabetic Foot"[MeSH] OR "Diabetic Foot"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH] OR "Varicose Ulcer"[MeSH])

"Patient Discharge"[MeSH] AND ("Foot Ulcer"[MeSH] OR "Diabetic Foot"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH] OR "Varicose Ulcer"[MeSH] OR "Pressure Ulcer"[MeSH])

"Managed Care Programs"[MeSH] AND ("Pressure Ulcer"[MeSH] OR "Diabetic Foot"[MeSH] OR "Diabetic Foot"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH] OR "Varicose Ulcer"[MeSH])

transition AND ("Pressure Ulcer"[MeSH] OR "Diabetic Foot"[MeSH] OR "Diabetic Foot"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH] OR "Varicose Ulcer

Cinahl

Patient discharge And diabetic foot ulcer

Patient discharge AND chronic wounds

Patient discharge AND leg ulcer

patient discharge AND foot ulcer

patient discharge AND ulcer pressure

Managed care program AND leg ulcer

Managed care program AND pressure Ulcer

Managed care program AND venous ulcer

Managed care program AND foot ulcer

Managed care program AND chronic wounds

Cochrane Library

Leg ulcer OR foot ulcer OR pressure ulcer OR varicose ulcer AND discharge

Leg ulcer OR foot ulcer OR pressure ulcer OR varicose ulcer Or chronic wounds AND information

Wundmanagement durch spezielle Zentren und spezialisierte Pflegekräfte, Organisation

Medline

"Patient Care Management"[MeSH] AND ("Pressure Ulcer"[MeSH] OR "Diabetic Foot"[MeSH] OR "Diabetic Foot"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH] OR "Varicose Ulcer"[MeSH])
"Patient Care Management"[MeSH] AND nurse AND ("Pressure Ulcer"[MeSH] OR "Diabetic Foot"[MeSH] OR "Diabetic Foot"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH] OR "Varicose Ulcer"[MeSH]) "wound healing center" OR "wound center") AND ("Pressure Ulcer"[MeSH] OR "Diabetic Foot"[MeSH] OR "Diabetic Foot"[MeSH] OR "Leg Ulcer"[MeSH] OR "Varicose Ulcer"[MeSH])
wound healing center AND Quality of patient care

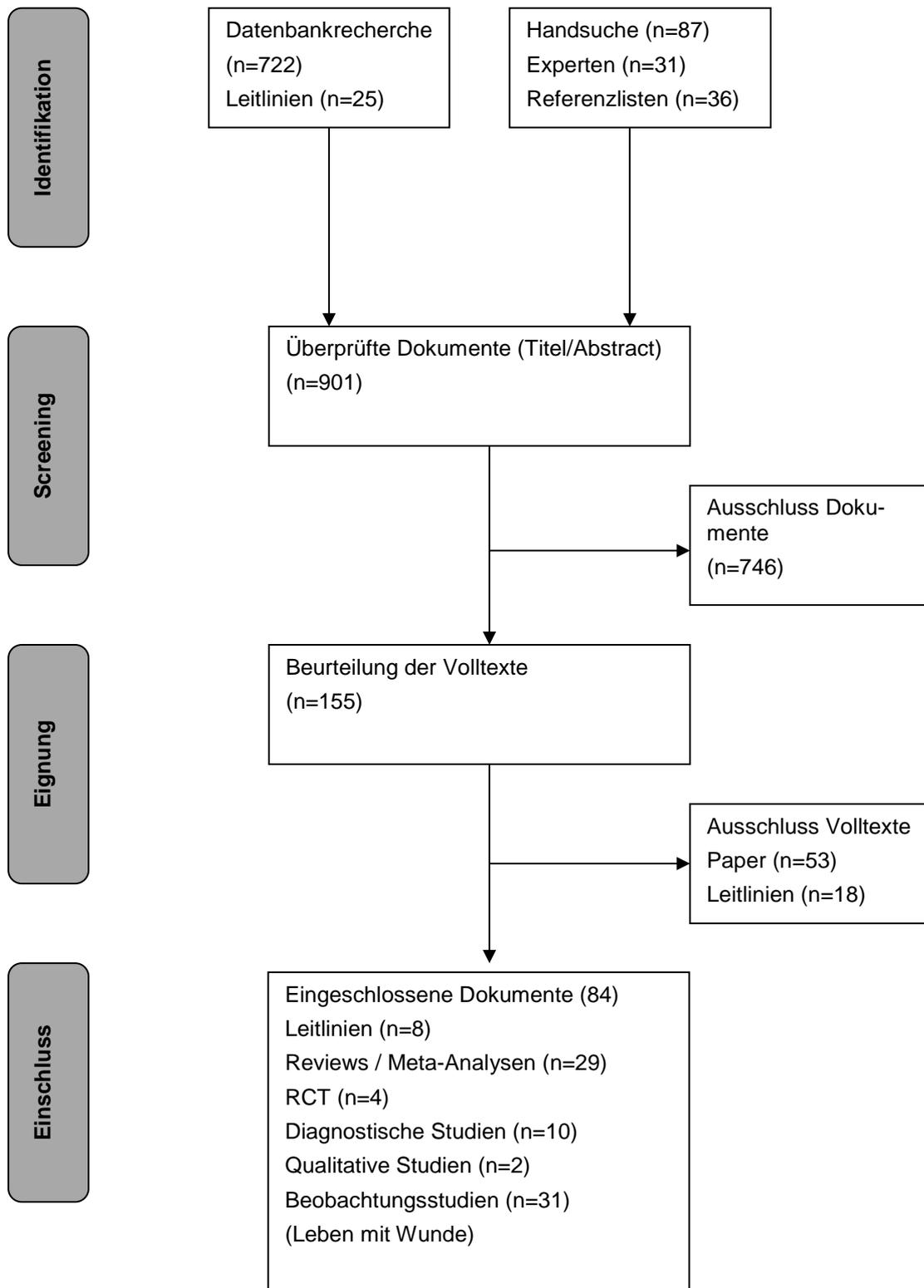
Cinahl

Nurse practitioners AND (foot ulcer OR pressure ulcer OR leg ulcer OR chronic wounds)
Clinical Nurse specialists AND (foot ulcer OR pressure ulcer OR leg ulcer OR chronic wounds)

Cochrane Library

Leg ulcer OR foot ulcer OR pressure ulcer OR varicose ulcer AND nurse practitioners
Leg ulcer OR foot ulcer OR pressure ulcer OR varicose ulcer Or chronic wounds AND wound center
Leg ulcer OR foot ulcer OR pressure ulcer OR varicose ulcer Or chronic wounds AND clinical nurse specialist
Leg ulcer OR foot ulcer OR pressure ulcer OR varicose ulcer Or chronic wounds AND information
Leg ulcer OR foot ulcer OR pressure ulcer OR varicose ulcer OR chronic wounds AND nurse specialist
Leg ulcer OR foot ulcer OR pressure ulcer OR varicose ulcer OR chronic wounds AND nurse

Anhang 2: Flowchart



Anhang 3: Ausgeschlossene Quellen (Außer Leitlinien)

Tabelle 8: Ausgeschlossen Quellen (außer Leitlinien) nach Volltextsichtung

Anderson (2012)	Narrative Übersicht
Bainbridge and P (2013)	Narrative Übersicht
Benbow (2008)	Narrative Übersicht
Bentley and Foster (2008)	Narrative Übersicht
Blockley, Large, Spencer, and Rashid (2011)	Nicht Fragestellung
Boldt & Pschichholz, 2008	Nicht Fragestellung
Brambilla et al. (2013)	Nicht Fragestellung
Brown (2010a)	Narrative Übersicht
Cereda, Gini, Pedrolli, and Vanotti (2009)	Primärstudie
Coull (2013)	Fallstudie
Cruel & Hübner, 2012	Nicht Fragestellung
Dos Santos Gomides, D, Gomes Villas-Boas, Martins Coelho, and Pace (2013)	Nicht Fragestellung
Edwards et al., 2013	Beobachtungsstudie
Edwards et al., 2009	In Weller et al., 2013
Fette, 2006	In Little et al., 2009
Fischer, 2008	Narrative Übersicht
Finlayson, Edwards, & Courtney, 2009	Nicht Fragestellung
Finlayson, Edwards, & Courtney, 2011	Nicht Fragestellung
Friedrich and Collins (2013)	Narrative Übersicht
Gethin and Cowman (2007)	Narrative Übersicht
Gethin (2011)	Nicht Fragestellung
Hanft, Suprenant, and Buttita (2012)	Narrative Übersicht
Heinen et al., 2012	In Weller et al., 2013
Hjerppe, Saarinen, Venermo, Huhtala, and Vaalasti (2010)	Nicht Fragestellung
Holt (2013)	Narrative Übersicht
Hoppe & Babadagi-Hardt, 2013	Narrative Übersicht
Hübner, Flemming, & Schulz-Gödker, 2009	Nicht Fragestellung
Ingenerf (2009)	Narrative Übersicht
Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, 2010	Nicht Fragestellung
LagerinA, Nilsson, and Törnkvist (2007)	Nicht Fragestellung
Leykum, Frorito, Zhubrak, and Armstrong (2011)	Narrative Übersicht
Livingstone, van de Mortel, TF, and Taylor (2011)	Nicht Fragestellung
Lunnon (2013)	Narrative Übersicht
Moore and Cowman (2009a)	Studien auch in Gorecki et al., 2009
Radünz, Henning, & Niebel, 2009	Narrative Übersicht
Riepe & Bültemann, 2011	Narrative Übersicht
Rerkasem et al. (2008)	In NICE (2012)
Partsch et al., 2008	Konsensuspapier
Partsch, 2013	Narrative Übersicht
Röhrich et al., 2005	Konsensuspapier
Romanelli, Dini, Bertone, and Brillì (2007)	Narrative Übersicht
Seppänen (2007)	Nicht Fragestellung
Smith, Harrison, Graham, and Lamb (2010)	Pilotstudie
Storm-Versloot, Vos, Ubbink, and Vermeulen (2010)	In DGfW (2012)
Strupeit & Bauernfeind, 2013	Keine Studie

Szewczyk et al., 2010	Nicht Fragestellung
Tobòn (2010)	Narrative Übersicht
Upton, Richardson, Andrews, and Rippon (2013)	Nicht Fragestellung (Wundtyp)
van Hecke, Goeman, Beeckman, Heinen, and Defloor (2011)	Nicht Fragestellung
Vermeulen, van Hattem, J M, Storm-Versloot, and Ubbink (2007)	In DGfW (2012)
Wells (2011)	kein Zugang
Wild et al., 2009	Narrative Übersicht
Yarwood-Ross and Haigh (2012) Yarwood-Ross L, Haigh C (2012)	Einzelfallstudie

Ausgeschlossene Leitlinien

Tabelle 9: Ausgeschlossene Leitlinien nach Volltextsichtung und -bewertung

Allgemein (1)	
Arbeitskreis "Krankenhaus- & Praxishygiene" der AWMF (in Planung). Chronische Wunden: Hygiene bei chronischen Wunden	Mangelnde Methodische Qualität (DELBI, Domäne 3)
Diabetisches Fußsyndrom (6)	
Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2010. Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes: Präventions- und Behandlungsstrategien für Fußkomplikationen	Nicht mehr gültig
Wounds International, 2013. International Best Practice Guidelines: Wound Management in Diabetic Foot Ulcers	Mangelnde Methodische Qualität (DELBI, Domäne 3)
Ministry of Health Malaysia, 2010. Management of Type 2 Diabetes Mellitus	Fragestellungen nicht thematisiert
Registered Nursing Association of Ontario, 2013. Assessment and Management of Foot Ulcers for People with Diabetes	Mangelnde Methodische Qualität (DELBI, Domäne 3)
Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010. Management of Diabetes. A National Clinical Guideline.	Fragestellungen nicht thematisiert
Wound Ostomy and Continence Nursing Society, 2012. Guideline for management of wounds in patients with lower-extremity neuropathic disease	Mangelnde Methodische Qualität (DELBI, Domäne 3)
Dekubitus (4)	
Austrian Wound Association, o.J. Dekubitus – Prophylaxe und Therapie	Mangelnde Methodische Qualität (DELBI, Domäne 3)
Consortium Spinal Cord Medicine, 2013. Pressure Ulcer Prevention and Treatment Following Spinal Cord Injury	Keine Fragestellung
Joanna Briggs Institute, 2008. Pressure ulcers – management of pressure related tissue damage (Best Practice)	Mangelnde Methodische Qualität (DELBI, Domäne 3)
Wound Ostomy and Continence Nursing Society, 2010. Guideline for prevention and management of pressure ulcer	Mangelnde Methodische Qualität (DELBI, Domäne 3)
Ulcus cruris (6)	
Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin, 2009. Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK)	Nicht mehr gültig
Deutsche Gesellschaft für Phlebologie, 2008. Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum	Nicht mehr gültig
Deutsche Gesellschaft für Phlebologie, 2009. Phlebologischer Kompressionsverband (PKV)	Nicht mehr gültig
University of Texas at Austin, School of Nursing, Family Nurse Practitioner Program, 2011. Screening for lower extremity peripheral artery disease (PAD) in primary care.	Nicht Fragestellung
Wound Ostomy and Continence Nursing Society, 2008. Guideline for management of wounds in patients with lower-extremity arterial disease	Mangelnde Methodische Qualität (DELBI, Domäne 3)
Wound Ostomy and Continence Nursing Society, 2011. Guideline for management of wounds in patients with lower-extremity venous disease	Mangelnde Methodische Qualität (DELBI, Domäne 3)

Anhang 4: Evidenzklassen und Empfehlungsgrade

Tabelle 10: Evidenzklassen der Australian Wound Management Association (AWMA 2012)

Evidenzklassen der Australian Wound Management Association (AWMA 2012)		
Klasse	Intervention	Diagnose
I	Systematische Übersichtsarbeit aller relevanten RCT's	Systematische Übersichtsarbeit aller Level II Studien
II	Wenigstens eine RCT mit ordnungsgemäßem Design	Eine Studie zur Testgenauigkeit mit unabhängigem, verblindetem Vergleich einer validen Standardreferenz anhand fortlaufender Studienteilnehmer mit definierten Einschlusskriterien
III-1	Eine gut entwickelten pseudo-randomisierte, kontrollierte Studie (z.B. wechselnde Zuordnung oder ähnliche Methoden)	Eine Studie zur Testgenauigkeit mit unabhängigem, verblindetem Vergleich einer Standardreferenz anhand nicht-fortlaufender Studienteilnehmern mit definierten Einschlusskriterien
III-2	Komparative Studien mit gleichzeitigen Kontrollen und fehlender Randomisierung (Kohortenstudien), Fall-Kontrollstudien oder unterbrochenen Zeitreihen mit Kontrollgruppe	Vergleich mit einer Standardreferenz, die nicht Level II oder Level III-1 Kriterien entsprechen
III-3	Komparative Studien mit vergangener Kontrolle, zwei- oder mehr einarmige Studien oder unterbrochene Zeitreihen ohne parallele Kontrollgruppe	Diagnostische Fall-Kontroll-Studie
IV	Fallserien oder Posttests oder Prä- und Posttest	Studie zu diagnostischen Erträgen (keine Standardreferenz)

Tabelle 11: Empfehlungsgrade der Australian Wound Management Association (AWMA 2012)

Empfehlungsgrade der Australian Wound Management Association (AWMA 2012)	
A	Exzellente Evidenz – die Evidenzlage kann vertrauenswürdig die Praxis leiten
B	Gute Evidenz – die Evidenzlage kann vertrauenswürdig die meisten Situationen der Praxis leiten
C	Einige Evidenz – die Evidenzlage bietet Unterstützung für Empfehlungen, die Anwendung sollte hinreichend überprüft werden
E	Schwache Evidenz – die Evidenz ist schwach und Empfehlungen dürfen nur mit Vorsicht angewendet werden
CBR	Konsensus Evidenz – eine gestufte Empfehlung kann nicht erfolgen, wenn die Evidenz von Systematischen Übersichtsarbeiten fehlt. Konsensusempfehlungen werden von allen Mitgliedern des Steuerungskomitees getroffen und basieren auf generellen Empfehlungen internationaler Leitlinien zum Thema Dekubitus

Tabelle 12: Evidenzklassen des Belgian Healthcare Knowledge Centre (KCE 2013)

Evidenzklassen des Belgian Healthcare Knowledge Centre (KCE 2013) → GRADE				
Studiendesign	Anfängliche Studienqualität	Herabstufen falls	Heraufstufen falls	Abschließende Studienqualität
Randomisierte kontrollierte Studie →	Hoch	Risiko eine Bias: -1 schwerwiegend -2 sehr schwerwiegend	Effekt: +1 groß +2 sehr groß	Hoch ⊕⊕⊕⊕
		Inkonsistenz: -1 schwerwiegend -2 sehr schwerwiegend	Dosis-Wirkungs-Beziehung: -1 Nachweis eines Gradienten	Mäßig ⊕⊕⊕
Beobachtungsstudie →	Niedrig	Indirektheit: -1 schwerwiegend -2 sehr schwerwiegend	Jedes plausible Confounding: +1 würde einen gezeigten Effekt reduzieren	Niedrig ⊕⊕
		Fehlende Präzision: -1 schwerwiegend -2 sehr schwerwiegend	+1 würde einen falschen Effekt nahelegen, wenn die Ergebnisse keinen Effekt zeigen	Sehr niedrig ⊕
		Publikationsbias: -1 schwerwiegend -2 sehr schwerwiegend		

Quelle: Langer et al., 2012:360 (eigene Darstellung)

Bedeutung der vier Stufen von Evidenz		
Qualitätsstufe	Aktuelle Definition	Bisherige (und alternative) Definition
Hoch	Wir sind sehr sicher, dass der wahre Effekt nahe bei dem Effektschätzer liegt.	Es ist sehr unwahrscheinlich, dass weitere Forschung unser Vertrauen in den Effektschätzer verändert.
Moderat	Wir haben mäßig viel Vertrauen in den Effektschätzer: Der wahre Effekt ist wahrscheinlich nahe bei dem Effektschätzer, aber es besteht die Möglichkeit, dass er relevant verschieden ist.	Es ist wahrscheinlich, dass weitere Forschung einen wichtigen Einfluss auf unser Vertrauen in den Effektschätzer hat und den Schätzer ändern kann.
Niedrig	Unser Vertrauen in den Effektschätzer ist begrenzt: Der wahre Effekt kann durchaus relevant verschieden vom Effektschätzer sein.	Es ist sehr wahrscheinlich, dass weitere Forschung einen wichtigen Einfluss auf unser Vertrauen in den Effektschätzer hat und diesen wahrscheinlich ändert.
Sehr niedrig	Wir haben nur sehr wenig Vertrauen in den Effektschätzer: Der wahre Effekt ist wahrscheinlich relevant verschieden vom Effektschätzer.	Jegliche Effektschätzung ist sehr unsicher.

Quelle: Meerpohl et al., 2012:453 (eigene Darstellung)

Tabelle 13: Empfehlungsgrade des Belgian Healthcare Knowledge Centre (KCE 2013)

Empfehlungsgrade des Belgian Healthcare Knowledge Centre (KCE 2013) → GRADE	
Stark	Die erwünschten Wirkungen einer Intervention überwiegen deutlich die unerwünschten Wirkungen (die Intervention soll in die Praxis umgesetzt werden), oder die unerwünschten Wirkungen einer Intervention überwiegen deutlich die erwünschten Effekte (die Intervention soll nicht in die Praxis umgesetzt werden)
Schwach	Die erwünschten Wirkungen einer Intervention überwiegen deutlich die unerwünschten Wirkungen (die Intervention soll wahrscheinlich in die Praxis umgesetzt werden), oder die unerwünschten Wirkungen einer Intervention überwiegen deutlich die erwünschten Effekte (die Intervention soll wahrscheinlich nicht in die Praxis umgesetzt werden)

Quelle: KCE (2013): 21 (eigene Übersetzung)

Tabelle 14: Evidenzklassen der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW, 2012)

Evidenzklassen der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW, 2012) → GRADE
Siehe Tabelle 12

Tabelle 15: Empfehlungsgrade der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW, 2012)

Empfehlungsgrade der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW, 2012) → GRADE				
Studienqualität	Qualitätsstufe in GRADE	Empfehlung	Beschreibung	Symbol
Systematische Übersichtsarbeit (Meta-Analyse) oder RCT	High	A	„Soll“	↑↑
RCT mit mittlerem Risiko für systematische Fehler	Moderate	B	„Sollte“	↑
RCT mit hohem Risiko für systematische Fehler	Low	0	„Kann“	↔

Quelle: DGfW, 2012:29 (eigene Darstellung)

Tabelle 16: Evidenzklassen der National Pressure Ulcer Advisory Panel/European Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP/EPUAP 2009)

Evidenzklassen der National Pressure Ulcer Advisory Panel/European Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP/EPUAP 2009)	
1	Große randomisierte, kontrollierte Studien mit eindeutigen Ergebnissen (und geringem Risiko für systematische Fehler)
2	Kleine randomisierte, kontrollierte Studien mit unsicheren Ergebnissen (und moderatem bis hohem Risiko für systematische Fehler)
3	Nicht randomisierte, kontrollierte Studien mit zeitgleichen Kontrollen
4	Nicht randomisierte, kontrollierte Studien mit früheren (zurückliegenden) Kontrollen
5	Fallstudien ohne Kontrollen. Gewisse Anzahl von Teilnehmern

Tabelle 17: Empfehlungsgrade der National Pressure Ulcer Advisory Panel/European Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP/EPUAP 2009)

Empfehlungsgrade der National Pressure Ulcer Advisory Panel/European Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP/EPUAP 2009)	
A	Evidenzklasse 1 Die Empfehlung wird gestützt durch die vorhandene Evidenz regelhafter kontrollierter Studien (zu Dekubitus oder Dekubitusrisiko) mit beständigen statistischen Ergebnissen
B	Evidenzklassen 2-5 Die Empfehlung wird gestützt durch die vorhandene Evidenz regelhafter klinischer Studien (zu Dekubitus oder Dekubitusrisiko) mit beständigen statistischen Ergebnissen
C	Die Empfehlung begründet sich in Studien mit indirekter Evidenz (Studien mit anderer Population, Vorliegen anderer chronischer Wunden, Tierversuche) und/oder Expertenmeinungen

Tabelle 18: Evidenzklassen der Nationalen Versorgungsleitlinie Diabetes mellitus (NVL 2013)

Evidenzklassen der Nationalen Versorgungsleitlinie Diabetes mellitus (NVL 2013) → GRADE
Siehe Tabelle 12

Tabelle 19: Empfehlungsgrade der Nationalen Versorgungsleitlinie Diabetes mellitus (NVL 2013)

Empfehlungsgrade der Nationalen Versorgungsleitlinie Diabetes mellitus (NVL 2013) → GRADE			
Empfehlungsgrade	Beschreibung	Formulierung	Symbol
A	Starke Empfehlung	Soll	↑↑
B	Empfehlung	Sollte	↑
C	Offen	Kann	↔

Quelle: NVL (2013): 14 (Eigene Darstellung)

Tabelle 20: Evidenzklassen des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2012)(pAVK)

Evidenzklassen des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2012) → GRADE
Siehe Tabelle 12

Tabelle 21: Empfehlungsgrade des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2012)(pAVK)

Empfehlungsgrade des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2012) → GRADE
Keine speziellen Aussagen dazu

Tabelle 22: Evidenzklassen des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2012)(DFS)

Evidenzklassen des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2012) → GRADE

Siehe **Tabelle 12**

Tabelle 23: Empfehlungsgrade des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2012)(DFS)

Empfehlungsgrade des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2012) → GRADE

Keine speziellen Aussagen dazu

Tabelle 24: Evidenzklassen des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2014)

Evidenzklassen des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2014)

Siehe **Tabelle 12**

Tabelle 25: Empfehlungsgrade des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2014)

Empfehlungsgrade des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2014)

- Interventionen, die (nicht) angewendet werden müssen (must)
 - Begriff „muss“ (must), oder „darf nicht“ (must not)
 - Legale Basis für die Empfehlung oder
 - Konsequenzen des Nichtbefolgens könnte ernste oder potentielle lebensbedrohliche Folgen haben
- Interventionen, die (nicht) angewendet werden sollten (should) – eine „starke“ Empfehlung
 - Begriff „anbieten“, „raten“ oder ähnliche Worte (offer, refer, advise) bzw. „nicht anbieten“, „nicht raten“ (do not)
 - Vertrauen (confident), dass eine Interventionen den meisten Patienten mehr nützen als schaden kann sowie kosteneffektiv ist
 - Vertrauen (confident), dass eine Intervention nicht von Nutzen für die meisten Patienten ist
- Interventionen, die angewendet werden können (could)
 - Erwägen, wenn das Vertrauen besteht, dass eine Intervention den meisten Patienten mehr nützen als schaden kann sowie kosteneffektiv ist, aber andere Optionen ähnlich kosteneffektiv sind. Die Entscheidung für oder gegen eine Intervention hängt eher von den Werten und Präferenzen des Patienten ab. Health Professionals sollten sich deswegen Zeit nehmen, die Optionen mit dem Patienten zu besprechen und zu diskutieren.

Tabelle 26: Evidenzklassen der Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2010)

Evidenzklassen der Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2010)	
1++	Metaanalysen von hoher Qualität, Systematische Übersichtsarbeiten von RCT's oder RCT's mit einem sehr geringen Risiko für systematische Fehler
1+	Sehr gut durchgeführte Metaanalysen, Systematische Übersichtsarbeiten oder RCT's mit einem geringen Risiko für systematische Fehler
1-	Metaanalysen, Systematische Übersichtsarbeiten oder RCT's mit einem hohen Risiko für systematische Fehler
2++	Systematische Übersichtsarbeiten von Fall-Kontrollstudien mit hoher Qualität, Fall-Kontrollstudien mit hoher Qualität und sehr geringem Risiko für Störgrößen (Confounder) und systematischen Fehlern (hohe Wahrscheinlichkeit für kausale Zusammenhänge)
2+	Sehr gute Fall-Kontrollstudien oder Kohortenstudien mit geringen Risiko für Störgrößen (Confounder) und systematischen Fehlern (moderate Wahrscheinlichkeit für kausale Zusammenhänge)
2-	Fall-Kontrollstudien oder Kohortenstudien mit hohem Risiko für Störgrößen (Confounder) und systematische Fehler (hohes Risiko für fehlende kausale Zusammenhänge)
3	Keine analytischen Studien, Fallbeschreibungen, Fallserien
4	Expertenmeinungen

Tabelle 27: Empfehlungsgrade der Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2010)

Empfehlungsgrade der Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2010)	
A	Mindestens eine Metaanalyse, Systematische Übersichtsarbeit oder RCT mit 1++ bewertet und direkt auf die Zielpopulation anwendbar ist, oder Eine Evidenzlage, die prinzipiell aus 1+ Studien besteht, direkt auf die Zielpopulation anwendbar ist und insgesamt beständige Ergebnisse aufweist
B	Eine Evidenzlage, die Level 2++ Studien beinhaltet, direkt auf die Zielpopulation anwendbar ist und insgesamt beständige Ergebnisse aufweist, oder hochgerechnete Evidenz von Level 1++ und Level 1+ Studien
C	Eine Evidenzlage, die Level 2+ Studien beinhaltet, direkt auf die Zielpopulation anwendbar ist und insgesamt beständige Ergebnisse aufweist, oder hochgerechnete Evidenz von Level 2++ Studien
D	Evidenzlevel 3 oder 4, oder hochgerechnete Evidenz von Level 2+ Studien

Anhang 5: Wundklassifikationen

Allgemeine Klassifikationen

Grad	Beschreibung
Grad 1	Ein Ulkus, dessen Tiefenausdehnung die Epidermis und Dermis nicht überschreitet
Grad 2	Ein Ulkus, dessen Ausdehnung die Subkutis erreicht
Grad 3	Ein Ulkus, dessen Tiefenausdehnung eine Sehne, einen Knochen oder ein Ligament oder ein Gelenk erreicht
Grad 4	Ein Ulkus mit Tiefenausdehnung bis zur Sehne, Knochen, Ligament oder Gelenk und zusätzlicher Abszess und/oder Osteomyelitis
Grad 5	Ein Ulkus mit Tiefenausdehnung bis zur Sehne, Knochen, Ligament oder Gelenk und nekrotischem Gewebe/Gangrän in der Wunde
Grad 6	Ein Ulkus mit Tiefenausdehnung bis zur Sehne, Knochen, Ligament oder Gelenk und einer Gangrän der Wunde und des umgebenden Gewebes

Schwerefrageinteilung von Ulzera (Knigthon et al. 1990)

Grad	Beschreibung
Grad 1	Erythem, scharf begrenzt, schmerzlos, reversibel umschriebene Hautrötung bei intakter Epidermis (Oberhaut)
Grad 2	Blasenbildung der Haut (Cutis), oberflächliche Ulcerationen der Epidermis (Oberhaut) bis zur Dermis (Lederhaut)
Grad 3	Ulcerationen bis in die Subcutis (Unterhaut)
Grad 4	Ulcerationen bis auf die Faszie auch Mitbefall der Muskulatur möglich
Grad 5	Mitbefall von Knochen, Gelenken oder Beckenorganen (Rectum, Vagina usw.)

Chirurgische Einteilung nach Daniel (Daniel et al. 1979)

Klassifikationen DFS

Grad	Merkmale
0	Keine Läsion, evtl. Fußdeformation oder Cellulitis
1	Oberflächliches Ulkus
2	Tiefes Ulkus bis zur Gelenkkapsel
3	Tiefes Ulkus mit Abszedierung, Osteomyelitis, Infektion der Gelenkkapsel
4	Begrenzte Vorfuß- oder Fersennekrose
5	Nekrose des gesamten Fußes

Stadieneinteilung diabetischer Fußläsionen nach Wagner (Wagner 1981)

Wagner-Grad ▶	0	1	2	3	4	5
Armstrong-Einteilung ▼						
A	Prä- oder postulcerative Läsion	Oberflächliche Wunde	Wunde bis zur Ebene von Sehne oder Kapsel	Wunde bis zur Ebene von Knochen oder Gelenk	Nekrose von Fußteilen	Nekrose des gesamten Fußes
B	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion
C	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie
D	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie

Klassifikation nach Wagner/Armstrong (Wagner 1981; Armstrong et al. 1998)

Tabelle 28: Verlaufsstadien der diabetischen Neuroosteoarthropathie (n. Levin)(NVL Typ-2-Diabetes Fußkomplikationen, 2008)

Stadium	Beschreibung
I	Akutes Stadium: Fuß gerötet, geschwollen, überwärmt (Rötung ggf. noch normal)
II	Knochen- und Gelenkveränderungen; Frakturen
III	Fußdeformität: ggf. Plattfuß, später Wiegefuß durch Frakturen und Gelenkerstörungen
IV	Zusätzliche plantare Fußläsion

Tabelle 29: Klinische Klassifikation der Fußinfektionen (DGfW, 2012)

Klinische Klassifikation der Fußinfektionen	Infektions- schwere	PEDIS Grad*
Wunde ohne Eiterung oder Anzeichen von Entzündung.	nicht infiziert	1
Vorhandensein von ≥ 2 Entzündungszeichen (Eiterung, Rötung, (Druck-) Schmerz, Überwärmung oder Verhärtung), aber jedes Entzündungszeichen ≤ 2 cm um das Ulkus, Infektion ist auf die Haut oder das oberflächliche subkutane Gewebe beschränkt; keine anderen örtlichen Komplikationen oder systemische Erkrankung.	leicht	2
Infektion (wie oben) bei einem Patienten, der systemisch gesund und Stoffwechselstabil ist, aber ≥ 1 der folgenden Charakteristiken aufweist: Entzündungszeichen erstrecken sich > 2 cm um das Ulkus, Lymphangitis, Ausbreitung unter die oberflächliche Faszie, Abszess im tiefen Gewebe, Gangrän und Betroffensein von Muskel, Sehne, Gelenk oder Knochen.	moderat	3
Infektion bei einem Patienten mit systemischen Infektionszeichen oder instabilem Kreislauf (z. B. Fieber, Schüttelfrost, Tachykardie, Hypotonie, Verwirrtheit, Erbrechen, Leukozytose, Azidose, schwere Hyperglykämie oder Azotämie).	schwer	4
* Anmerkung. Das Vorhandensein einer kritischen Ischämie verschiebt den Schweregrad der Infektion (im Hinblick auf die Prognose) in Richtung „schwer“, kann jedoch die klinischen Zeichen der Infektion abmildern. PEDIS, „Perfusion“ (Perfusion), „Extent/Size“ (Ausmaß/Größe), „Depth/tissue loss“ (Tiefe/Gewebeverlust), „Infection“ (Infektion) und „Sensation“ (Sinnesempfindung).		

Eigene Darstellung in Anlehnung an DGfW 2012:62

Klassifikation Dekubitus

Tabelle 30: Klassifikation Dekubitus nach NPUAP/EPUAP, 2014

Grad	Beschreibung
Kategorie/Stadium I: Nicht wegdrückbare Erythem	<p>Intakte Haut mit nicht wegdrückbarer Rötung eines lokalen Bereichs gewöhnlich über einem knöchernen Vorsprung. Bei dunkel pigmentierter Haut ist ein Abbläsen möglicherweise nicht sichtbar, die Farbe kann sich aber von der umgebenden Haut unterscheiden.</p> <p>Der Bereich kann schmerzhaft, härter, weicher, wärmer oder kälter im Vergleich zu dem umgebenden Gewebe sein. Es kann schwierig sein, Kategorie/Stadium I bei Personen mit dunkler Hautfarbe zu entdecken. Kann auf „gefährdete“ Personen hinweisen (Hinweis auf ein mögliches Risiko).</p>
Kategorie/Stadium II: Teilverlust der Haut	<p>Teilerstörung der Haut (bis in die Dermis/Lederhaut), die als flaches, offenes Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/ruptierte, serumgefüllte Blase darstellen.</p> <p>Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes, flaches Ulcus ohne Beläge oder Bluterguss*. Diese Kategorie/dieses Stadium sollte nicht benutzt werden um Skin Tears (Gewebezerreibungen), verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, perineale Dermatitis, Mazerationen oder Exkoriation zu beschreiben.</p> <p><i>* Ein livide Verfärbung weist auf eine tiefe Gewebeschädigung hin.</i></p>
Kategorie/Stadium III: Vollständiger Verlust der Haut	<p>Vollständiger Gewebeverlust. Subkutanen Fett kann sichtbar sein, aber Knochen, Sehne oder Muskel liegen nicht offen. Beläge können vorhanden sein, die aber nicht die Tiefe des Gewebeverlustes verdecken. Es können Taschenbildungen oder Unterminierungen vorliegen.</p> <p>Die Tiefe eines Dekubitus der Kategorie/des Stadium III kann je nach anatomischer Lokalisation variieren. Der Nasenrücken, das Ohr, das Hinterhaupt und der Knöchel haben kein subkutanen Gewebe und Ulcera der Kategorie/des Stadiums III können dort oberflächlich sein. Im Gegensatz dazu können besonders adipöse Bereiche einen extrem tiefen Dekubitus der Kategorie /des Stadiums III entwickeln. Knochen/Sehnen sind nicht sichtbar oder direkt tastbar.</p>
Kategorie/Stadium IV: Vollständiger Gewebeverlust	<p>Vollständiger Gewebeverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Beläge oder Schorf können an einigen Teilen des Wundbettes vorhanden sein. Es können Taschenbildungen oder Unterminierungen vorliegen.</p> <p>Die Tiefe eines Dekubitus der Kategorie/des Stadiums IV variiert je nach anatomischer Lokalisation. Der Nasenrücken, das Ohr, das Hinterhaupt und der Knöchel haben kein subkutanen Gewebe und diese Ulcera können oberflächlich sein. Ulcera der Kategorie/des Stadiums IV können sich in Muskeln und/oder unterstützenden Strukturen ausbreiten (z.B. Faszie, Sehne oder Gelenkkapsel) und eine Osteomyelitis verursachen. Offenliegende Knochen/Sehnen sind sichtbar oder direkt tastbar.</p>
Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt	<p>Ein vollständiger Gewebeverlust, bei dem die Basis des Ulcus von Belägen (gelb, hellbraun, grau, grün oder braun) und/oder Schorf im Wundbett bedeckt ist.</p> <p>Bis genügend Beläge und/oder Schorf entfernt ist, um den Grund der Wunde offenzulegen, kann die wirkliche Tiefe – und daher die Kategorie/das Stadium – nicht festgestellt werden. Stabiler Schorf (trocken, festhaftend, intakt ohne Erythem und Flüssigkeit) an den Fersen dient als „natürlicher (biologischer) Schutz des Körpers“ und sollte nicht entfernt werden.</p>
Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt	<p>Livid oder rötlichbrauner, lokalisierter Bereich von verfärbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunterliegenden Weichgewebes durch Druck und/oder Scherkräfte. Diesem Bereich vorausgehen kann Gewebe, das schmerzhaft, fest, breiig, matschig, im Vergleich zu dem umliegenden Gewebe wärmer oder kälter ist.</p> <p>Es kann schwierig sein, tiefe Gewebeschädigungen bei Personen mit dunkler Hautfarbe zu entdecken. Bei der Entstehung kann es zu einer dünnen Blase über einem dunklen Wundbett kommen. Die Wunde kann sich weiter verändern und von einem dünnen Schorf bedeckt sein. Auch unter optimaler Behandlung kann es zu einem rasanten Verlauf unter Freilegung weiterer Gewebeschichten kommen.</p>

Klassifikationen Ulcus cruris arteriosum

Tabelle 31: Stadieneinteilung nach Fontaine (DGfW, 2012)

Stadium	Beschreibung
Stadium I	Asymptomatisch
Stadium IIa	Gehstrecke > 200m
Stadium IIb	Gehstrecke < 200m
Stadium III	Ischämischer Ruheschmerz
Stadium IV	Ulcus Gangrän

Tabelle 32: Stadieneinteilung nach Rutherford

Grad	Kategorie	Beschreibung
0	0	Asymptomatisch
I	1	Leichte Claudicatio intermittens
	2	Mäßige Claudicatio intermittens
	3	Schwere Claudicatio intermittens
II	4	Ischämischer Ruheschmerz
III	5	Kleinfächige Nekrose
	6	Großflächige Nekrose

Klassifikationen Ulcus cruris venosum

Grad	Beschreibung
1	Corona phlebectatica paraplantaris
2	Pigmentverschiebungen (Dermite ocre), Ekzem („stasis dermatitis“)
3	Unterschenkelgeschwür oder Ulkusnarbe

Klassifikation der chronisch-venösen Insuffizienz nach Widmer (Widmer 1978)

Grad	Beschreibung
1	Corona phlebectatica paraplantaris, Phleb-Ödem
2	zusätzlich trophische Störungen mit Ausnahme des Ulcus cruris (z.B. Dermatolipo-sklerose, Pigmentveränderungen, weiße Atrophie)
3	Ulcus cruris venosum Grad 3a: abgeheiltes Ulcus cruris venosum; Grad 3b: florides Ulcus cruris venosum

Klassifikation der chronisch-venösen Insuffizienz nach Widmer, mod. nach Marshall (Marshall und Wüstenberg 1994)

Klinische Zeichen		Ätiologische Klassifikation		Anatomische Verteilung		Pathophysiologische Konturen	
*) C 0	keine sicht- oder tastbaren Zeichen einer Venenerkrankung	Ep	primär (mit unbestimmtem Grund)	AS	Defekt im superfiziellen Venensystem	PR	Reflux
C 1	Besenreiser u./o. retikuläre Varizen	Es	sekundär (mit bekanntem Grund: z.B. postthrombotisch, posttraumatisch, anderes)	AD	Defekt im tiefen (deep) Venensystem	PO	Obliteration
C 2	Varizen	Ek	kongenital	AP	Defekt der Perforansvenen	PRO	Reflux und Obliteration
C 3	Ödem	*) Kann ergänzt werden durch Präfix „A“ = asymptotische und „S“ = symptomatische Präsentation					
C 4	Zeichen der Stauungsdermatose (Pigmentierung, Induration, Ekzem)						
C 5	wie C 4 mit abgeheiltem Ulkus						
C 6	wie C 4 mit aktivem Ulkus	Beispiele: 1) aktives Ulkus bei primärer Varikose der VSM mit Klappeninsuffizienz ohne Obliteration tiefer Venen: C6, Ep, AS, PR 2) tiefe Venenthrombose mit Ausbildung eines Ulcus cruris: C6, Es, AD, PO					

CEAP-Klassifikation (Porter und Moneta 1995)

Anhang 6: Analysen und Bewertungen Leitlinien

Tabelle 33: Studienmerkmale von Leitlinien

Quelle	Autorengruppe, Gültigkeitsdauer, Finanzierung	Ziel	Patientengruppe / Setting	Anwendergruppe	Schlüsselempfehlungen
<p>Australian Wound Management Association (AWMA)(2012). Pan Pacific Clinical Practice Guideline for the Prevention and Management of Pressure Injury</p> <p>Australien, Hong Kong, Neuseeland, Singapur</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Autorengruppe: Pflegefachpersonen, Ernährungsberater, Ergotherapeut, Methodiker • Keine Angaben zu Gültigkeitsdauer • Keine Angaben zu Finanzierung 	<p>Prävention, Assessment und Behandlung von Dekubitus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikation von Patienten mit Dekubitusrisiko • Entwicklung von Strategien, um Dekubitus und relevante Entstehungsfaktoren zu erheben • Verhinderung oder Verzögerung von Komplikationen • Optimierung des Managements der Dekubitusbehandlung • Optimierung der Lebensqualität 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine näheren Angaben zu Patientengruppe und Setting 	<ul style="list-style-type: none"> • Angehörige von Gesundheitsberufen inklusive medizinischer und chirurgischer Spezialisten, Allgemeinmediziner und verwandte Fächer, examinierte Pflegekräfte und Apotheker. • Ebenso kann die Leitlinie als Informationsquelle für nicht-examinierte Pflegekräfte und Patienten (und deren Angehörige) dienen. 	<p>Schlüsselempfehlungen basierend auf klinischen Fragen für folgende Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assessment zu Risiko • Prävention • Assessment und Monitoring von Dekubitus • Schmerzen im Zusammenhang mit Dekubitus • Interventionen in der Dekubitusbehandlung • Implikationen für Kosten und Organisationen • Nicht empfohlene Interventionen • Neu entstehende Interventionen

Quelle	Autorengruppe, Gültigkeitsdauer, Finanzierung	Ziel	Patientengruppe / Setting	Anwendergruppe	Schlüsselempfehlungen
<p>Belgian Healthcare Knowledge Centre (KCE)(2013). A National Guideline for the Treatment of Pressure Ulcers.</p> <p>Belgien</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Autorengruppe: Namen genannt, keine eindeutige Zuordnung zu Berufsgruppen möglich • Keine differenzierten Angaben zur Gültigkeitsdauer der Leitlinie (Aktualisierung nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen) • Finanzierung KCE 	<ul style="list-style-type: none"> • Empfehlungen basierend auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft für die Therapie von Patienten mit Dekubitus 	<ul style="list-style-type: none"> • Erwachsene und Kinder • Akutkrankenhaus, rehabilitative Einrichtung, Alten- und Pflegeeinrichtungen, ambulanter Pflegedienst 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle Anbieter von Gesundheitsleistungen, die in die Behandlung von Menschen mit Dekubitus involviert sind (z.B. Dermatologen, Chirurgen, Pflegepraktiker, ANP, Angehörige und Betroffene). 	<p>Schlüsselempfehlungen basierend auf klinischen Fragen für folgende Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernährung, Flüssigkeitshaushalt • Druckverteilende Hilfsmittel • Debridément • Topische Mittel • Verbände • Chirurgie • Systemische Mittel • Elektrotherapie • Hyperbare Sauerstofftherapie • Negative Drucktherapie • Lichttherapie • Adjuvante Therapie • Therapie geheilter Wunden

Quelle	Autorengruppe, Gültigkeitsdauer, Finanzierung	Ziel	Patientengruppe / Setting	Anwendergruppe	Schlüsselempfehlungen
<p>Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)(2013). Nationale VersorgungsLeitlinie Diabetes – Strukturierte Schulungsprogramme</p> <p>Deutschland</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Autorengruppe: Experten aus verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften • Gültig bis 30.11.2017 • Finanzierung "Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien" 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementierung von flächendeckenden Schulungsangeboten für Patienten mit Diabetes mellitus • Erhöhung der Anzahl von geschulten Patienten im Gesamtkollektiv der an Diabetes mellitus erkrankten Personen • Definition der relevanten Inhalte eines Schulungsprogramms • Definition der Kriterien einer adäquaten Umsetzung der Schulungsinhalte 	<ul style="list-style-type: none"> • Menschen mit Diabetes mellitus sowie gegebenenfalls wichtige Bezugspersonen (z.B. Angehörige) • unmittelbar nach Diagnosestellung und regelmäßig im Verlauf der Erkrankung 	<ul style="list-style-type: none"> • Ärzte aller Versorgungsbereiche • Kooperationspartner der Ärzte, z.B. Fachberufe im Gesundheitswesen, Kostenträger • betroffene Menschen und ihr persönliches Umfeld (z.B. Eltern, Partner, Lehrer): spezielle Patienteninformationen • Öffentlichkeit zur Information über gute medizinische Vorgehensweise • Vertragsverantwortliche von „Strukturierten Behandlungsprogrammen“ und „Integrierten Versorgungsverträgen“ • medizinisch wissenschaftliche Fachgesellschaften und andere Herausgeber von Leitlinien, deren Leitlinien ihrerseits die Grundlage für NVL bilden 	<ul style="list-style-type: none"> • Struktur der Diabetes-schulung • Schulungsformen und Settings • Indikationen für Nach- bzw. Wiederholungsschulungen • Durchführung von strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen • Grundsätzliche Prinzipien der Diabetesschulung • Didaktik • Methodik • Konkrete Inhalte von strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen bei Diabetes mellitus

Quelle	Autorengruppe, Gültigkeitsdauer, Finanzierung	Ziel	Patientengruppe / Setting	Anwendergruppe	Schlüsselempfehlungen
<p>Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (2012). Lokalthherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz</p> <p>Deutschland</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. • Weitere genannte beteiligte wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften der AWMF und deren Mandatsträger, Patienten, Patienten-Organisationen und deren Vertreter • Finanzierung DGfW, Firmen medi, Lymphologic Medizinische Weiterbildungs GmbH, Venavital, Bonarius 	<ul style="list-style-type: none"> • Darstellung eines auf Evidenz und Konsens basierenden Behandlungsalgorithmus auf der Grundlage von Empfehlungen zur Optimierung der Lokalthherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Diagnosen periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK), Diabetes mellitus (DM) oder chronische venöse Insuffizienz (CVI) für alle an der Wundbehandlung beteiligten Berufsgruppen 	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit chronischen Wunden durch folgende Grunderkrankungen: periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz • Jedes Setting 	<ul style="list-style-type: none"> • alle Personen und Berufsgruppen, die an der Versorgung und/oder Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden beteiligt oder an Entscheidungen in Bezug auf diese Patienten beteiligt sind 	<p>Schlüsselempfehlungen für folgende Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnese, Diagnostik und Dokumentation • Therapieziele • Wundreinigung • Chirurgisches Débridement • Wundauflagen und topische Anwendungen • Wundrand- und Wundumgebungsschutz • Physikalische Interventionen • Modelle zur Versorgung von Menschen mit chronischen Beinulzerationen • Adjuvante Maßnahmen

Quelle	Autorengruppe, Gültigkeitsdauer, Finanzierung	Ziel	Patientengruppe / Setting	Anwendergruppe	Schlüsselempfehlungen
<p>National Pressure Ulcer Advisory Panel & European Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)(2009). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline</p> <p>USA & Europa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Autorengruppe: weltweite Stakeholder • Gültigkeitsdauer nicht ersichtlich • Finanzielle Unterstützung durch folgende Organisationen: EPUAP, NPUAP, Kinetic Concepts, Inc., American Medical Technologies, Coloplast, EHOB, Incorporated Genesis HealthCare, HCR ManorCare, Nestlé Nutrition, Smith & Nephew, ArjorHuntleigh, Europe, Hill-Rom, Europe, Kinetic Concepts, Inc, Europe, Nutricia Advanced Medical Nutrition 	<ul style="list-style-type: none"> • Darstellung von Empfehlungen zur Prävention und Behandlung von Dekubitus auf Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse • Evidenzbasierte Pflege/Behandlung für Patienten mit einem Dekubitusrisiko oder einem existierenden Dekubitus 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle Menschen mit einem Dekubitusrisiko oder Dekubitus unabhängig des Settings 	<ul style="list-style-type: none"> • Angehörige von Gesundheitsberufen, die Patienten mit einem Dekubitus betreuen • Patienten und deren Angehörige • Pflegenden 	<p>Hier nur für Therapie beschrieben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assessment und Monitoring der Heilung • Dekubitusassessment • Monitoring der Heilung • Schmerzassessment • Generelles Schmerzmanagement • Unterstützung durch Auflagen • Bewegungsförderung • Dekubitus Stadium I und II <ul style="list-style-type: none"> • Im Bett • Im Stuhl • Dekubitus der Ferse • Tiefe Gewebsverletzungen • Dekubitus Stadium III und IV (nicht klassifizierbar) • Dekubitus der Ferse • Wundreinigung •

Quelle	Autorengruppe, Gültigkeitsdauer, Finanzierung	Ziel	Patientengruppe / Setting	Anwendergruppe	Schlüsselempfehlungen
National Institute for Health and Clinical Excellence (2012) Lower limb peripheral arterial disease England	<ul style="list-style-type: none"> • Multiprofessionelle Autorengruppe incl. Patientenvertreter • regelmäßige Überprüfung, ob Updates nötig sind • Finanziert durch NICE, UK 	<ul style="list-style-type: none"> • Unsicherheit und Variation in Diagnostik und Management der pAVK bezogen auf Schlüsselthemen zu beheben 	<ul style="list-style-type: none"> • Erwachsene mit Symptomen der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsfachberufe • Patienten, um informierte Entscheidungen zu treffen 	<p>Schlüsselempfehlungen auf Basis von 18 klinischen Fragen für folgende Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedürfnis nach Informationen • Sekundärprävention • Diagnostik • Revaskularisierung • Management der Claudicatio intermittens durch Übungen, Medikamente, Angioplastie, Stent und chirurgische Behandlung • Management der kritischen Ischämie durch Angioplastie, Stent und chirurgische Behandlung • Schmerzmanagement • Amputation
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)(2012).Diabetic foot problems England	<ul style="list-style-type: none"> • Multiprofessionelle Autorengruppe incl. Patientenvertreter • regelmäßige Überprüfung, ob Updates nötig sind • Finanziert durch NICE, UK 	<ul style="list-style-type: none"> • Leitfaden für Schlüsselkomponenten der stationären Versorgung von Patienten mit DFS ab der Einweisung ins Krankenhaus 	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit DFS im Krankenhaus 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal im Krankenhaus, dass Patienten mit DFS versorgt 	<p>Schlüsselempfehlungen für folgende Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schlüsselkomponenten und Organisation der Krankenhausversorgung • Assessment, Untersuchungen und Diagnose • Debridement, Wundverbände und Druckentlastung • Antibiotika • Adjunktive Therapie • Chirurgisches Management zur Verhinderung von Amputationen

Quelle	Autorengruppe, Gültigkeitsdauer, Finanzierung	Ziel	Patientengruppe / Setting	Anwendergruppe	Schlüsselempfehlungen
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)(2014). Pressure ulcer management. The prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care. England	<ul style="list-style-type: none"> • Multiprofessionelle Autorengruppe incl. Patientenvertreter • regelmäßige Überprüfung, ob Updates nötig sind • Finanziert durch NICE, UK 	<ul style="list-style-type: none"> • Leitfaden für Schlüsselkomponenten der 	<ul style="list-style-type: none"> • Menschen jeden Alters mit Dekubitusrisiko und Dekubitus 	<ul style="list-style-type: none"> • Health Professionals in der Primär- und gemeindebasierten Versorgung, 	Schlüsselempfehlungen Dekubitustherapie für folgende Themen: <ul style="list-style-type: none"> • Wunddokumentation • Ernährung und Flüssigkeitshaushalt • Druckverteilende Hilfsmittel • Unterdrucktherapie • Hyperbare Sauerstoff- und Elektrotherapie • Debridement • Antibiotika und Antiseptika • Topische Stoffe • Verbandmaterialien

Tabellarische Analyse der Guideline-Qualität (Instrument DELBI, 2008)**Tabelle 34:** Analyse der Qualität von Leitlinien DFS, Domäne 3 DELBI

Items Domäne 3 Gutachter	NICE, 2012		NVL, 2012		RNAO, 2013		WOCN, 2012		Wound International, 2012	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
8: Bei der Suche nach der Evidenz wurden systematische Methoden angewandt	4	4	4	4	3	2	3	3	1	1
9: Die Kriterien für die Auswahl der Evidenz sind klar beschrieben	4	4	3	3	2	2	2	2	1	1
10: Die zur Formulierung der Empfehlungen verwendeten Methoden sind klar beschrieben	3	2	4	4	1	1	2	2	1	1
11: Bei der Formulierung der Empfehlungen wurden gesundheitlicher Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken berücksichtigt	2	3	2	2	2	2	1	1	1	1
12: Die Verbindung zwischen Empfehlungen und der zugrunde liegenden Evidenz ist explizit dargestellt	3	4	3	3	3	3	2	2	1	1
13: Die Leitlinie ist vor ihrer Veröffentlichung durch externe Experten begutachtet worden	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1
14: Ein Verfahren zur Aktualisierung der Leitlinie ist angegeben	2	3	4	4	1	1	1	1	1	1
Total	64%		71%		26%		33%		0%	

Tabelle 35: Analyse der Qualität von Leitlinien Dekubitus, Domäne 3 DELBI

Items Domäne 3 Gutachter	Australian WA, 2012		AWA, oJ		JBI, 2008		KCE, 2013		NICE, 2014		NPUAP/ EPUAP 2009		WOCN, 2010	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
8: Bei der Suche nach der Evidenz wurden systematische Methoden angewandt	4	4	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4	3	3
9: Die Kriterien für die Auswahl der Evidenz sind klar beschrieben	4	4	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4	2	2
10: Die zur Formulierung der Empfehlungen verwendeten Methoden sind klar beschrieben	4	3	1	1	1	1	4	4	4	4	3	4	2	2
11: Bei der Formulierung der Empfehlungen wurden gesundheitlicher Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken berücksichtigt	2	2	1	1	1	1	2	2	3	4	1	1	1	1
12: Die Verbindung zwischen Empfehlungen und der zugrunde liegenden Evidenz ist explizit dargestellt	4	4	1	1	1	1	4	4	3	4	4	4	2	2
13: Die Leitlinie ist vor ihrer Veröffentlichung durch externe Experten begutachtet worden	3	3	1	1	1	1	3	3	1	2	2	3	1	1
14: Ein Verfahren zur Aktualisierung der Leitlinie ist angegeben	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1
Total	69%		0%		0%		74%		73%		62%		24%	

Tabelle 36: Analyse der Qualität von Leitlinien Ulcus cruris, Domäne 3 DELBI

Items Domäne 3 Gutachter	NICE, 2012		WOCN, 2008		WOCN, 2011		AK Krankenhaus & Praxis-hygiene, 2014	
	A	B	A	B	A	B	A	B
8: Bei der Suche nach der Evidenz wurden systematische Methoden angewandt	4	4	3	3	3	3	1	1
9: Die Kriterien für die Auswahl der Evidenz sind klar beschrieben	4	4	2	2	2	2	1	1
10: Die zur Formulierung der Empfehlungen verwendeten Methoden sind klar beschrieben	3	3	2	2	2	2	1	1
11: Bei der Formulierung der Empfehlungen wurden gesundheitlicher Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken berücksichtigt	4	4	1	1	1	1	1	1
12: Die Verbindung zwischen Empfehlungen und der zugrunde liegenden Evidenz ist explizit dargestellt	4	4	2	2	2	2	1	1
13: Die Leitlinie ist vor ihrer Veröffentlichung durch externe Experten begutachtet worden	4	4	1	1	1	1	1	1
14: Ein Verfahren zur Aktualisierung der Leitlinie ist angegeben	4	4	1	1	1	1	1	1
Total	95%		24%		24%		0%	

Anhang 7: Analysen und Bewertungen Reviews/HTA

Tabelle 37: Deskriptive Analyse Review Briggs et al. 2012

Autor	Frage/Ziel/Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
Briggs et al., 2012 Evidenzstufe 1++	Wie effektiv sind topische Analgetika, lokale Anästhetika und Verbandstoffe zum Umgang mit Schmerzen bei Ulcus cruris venosum? 3. Update	<u>Einschlusskriterien:</u> -RCT, Cross-over-design -Pat. mit Ucv jeden Settings <u>Ausschlusskriterien:</u> -Schmerz nicht primärer Endpunkt -Schmerz gemessen als Nebeneffekt eines Verbandes, z.B. beim Verbandwechsel -Pat. mit DFS, neuropathischen oder arteriellen Wunde, Wunden aufgrund von rheumatoider Arthritis, Sichelzelenkrankungen, Infektionen der Wunde vor Therapiebeginn <u>Intervention und Kontrolle</u> -lokale schmerzstillende Analgetika/Anästhetika oder Wundver-	<u>Auswahl</u> -Zwei Reviewer sichteten unabh. die Titel und Abstracts der Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. den Volltext der relevanten Studien ein -Fehlende Daten wurden bei den Autoren nachgefragt -Ein Reviewer extrahierte die Daten aus den Studien, der andere Reviewer kontrollierte dies -Ein Reviewer schätzte das Risiko für Bias auf Basis des Cochrane Handbuchs ein, der andere Autor kontrollierte dies -Zuteilungsmethode, verdeckte Zu-	-95%-Konfidenzintervalle (95%-KI) -dichotome Zielkriterien Relatives Risiko (RR) -kontinuierliche Kriterien Mittelwertdifferenz -Einschätzung der klinischen und statistischen Heterogenität (I ² Test) -Je nach Vorliegen einer statist. Heterogenität random-effects model oder fixed-effect model -Sensitivitätsanalyse	-Einschluss von 8 Studien mit 343 Patienten -Vergleich ipuprofenhaltiger Verbandstoff mit widersprüchlichem Ergebnis: Vergleich mit lokaler Praxis Schmerzlindeung mit einem ibuprofenhaltigen Schaumverband innerhalb von fünf Tagen klinisch relevant (RR 1.63; 95% CI 1.24 -2.15, NNT 6 (95% CI 4-12). Die andere Studie fand keine sign. Unterschied für die Schmerzlinderung vergl. mit Schaumverbänden, gemessen in der ersten Nacht der Therapie. -EMLA®: Evidenz für	-Es besteht einige Evidenz, dass Ibuprofenhaltige Schaumverbände bei Patienten mit schmerzhaften Ucv zu einer Schmerzlinderung führen können. -EMLA® (5%) reduziert signifikant Schmerzen beim Débridement verglichen mit Placebo oder keinem Anästhetikum.	-Cochrane Review, sehr gute methodische Qualität

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
		<p>bände mit Ziel, Ucv—bez. Schmerzen zu lindern</p> <ul style="list-style-type: none"> -Topische Analgetika/ Anästhetika: Liquide, Gele, Pulver, Cremes, Schäume, Sprays - Wundverbände alle Verbände, die mit einer schmerzlindernden Intention angewendet werden, z.B. Hydrokolloide, Schaumverbände oder Alginate. <p><u>Zielkriterien</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -primär: von Pat. angegebener Schmerz, z.B. mit VAS, subj. Verbesserung des Schmerzes, Schmerzdifferenzen -sekundär: Heilungsrate, Lebensqualität, Nebeneffekte <p><u>Suchstrategie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Cochrane Wounds Group Specialised 	<p>teilung, Verblindung, Einschätzung der Zielkriterien, inkomplette Daten, selektives Reporting der Zielkriterien und andere potentielle Bedrohungen der Validität</p> <p>-Bei Uneinigkeit wurde jeweils bis zum Konsens diskutiert</p>		<p>die schmerzreduzierende Wirkung zur Anwendung bei Débridements (Mittelwertdifferenz -20.6 mm, 100 mm VAS-Skala, 95% CI 12.19-29.11).</p> <p>-Es gibt unzureichende Evidenz zu den Nebenwirkungen und Auswirkungen auf die Heilung.</p>		

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
		Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Ovid MEDLINE, Ovid EMBASE, EBSCO CINAHL, Referenzlisten, Kontakt zu Forschern -Suchbegriffe angegeben -keine Einschränkungen Sprache und Publikationszeitpunkt					

Tabelle 38: Deskriptive Analyse Review Brown et al., 2012

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
Brown, A., 2012 Evidenzstufe 1-	Welche Evidenz gibt es für Lebensstiländerungen für Patienten mit Ucv bezogen auf physische Aktivitäten und Bewegung, Hochlegen der Beine und Übungen	<u>Einschlusskriterien:</u> -Keine Angaben <u>Ausschlusskriterien:</u> -Keine Angaben <u>Suchstrategie:</u> -Datenbanken MEDLINE, CINAHL, Psychinfo, Cochrane Library -Suchzeitraum 1990-2012 -Handsuche in Referenzlisten, Wundjournalen und grauer Literatur -Suchbegriffe angegeben	<u>Auswahl</u> -Keine Angaben <u>Bewertung</u> -Keine Angaben	-Keine Angaben	-Einschluss von 16 Publikationen -Diese werden narrativ vorgestellt	-Es gibt einige Evidenz, dass steigende physische Aktivität, verbesserte Mobilität und Fußübungen positive Auswirkungen auf die Prävention von Reulcerationen haben -Die Evidenz für das Hochlegen der Beine ist unklar	-Review nur von einer Person durchgeführt -Keine Angabe für Art der einzuschließenden Studien -Fehlender Flow chart, Test auf Publikationsbias -Keine Angaben zur Datenextraktion und Bewertung der methodischen Qualität -Studien werden narrativ berichtet, fehlende tabellarische Übersicht

Tabelle 39: Deskriptive Analyse Review Dorresteijn et al. 2010

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
<p>Dorresteijn et al., 2010</p> <p>Evidenzstufe 1++</p>	<p>Welchen Effekt haben komplexe Interventionen zur Prävention eines diabetischen Fußgeschwürs bei Patienten mit Diabetes mellitus verglichen mit einfachen Interventionen?</p> <p>1. Update</p>	<p><u>Einschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - (cluster)RCT - 18 Jahre oder älter jeden Settings - Diabetes mellitus Typ 1 oder 2 - Fokus auf Fuß <p><u>Ausschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Studien mit ausschließlichem Ziel <p><u>Intervention:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - komplexe Intervention: Integrierte Versorgung die zwei oder mehr Interventionen auf mind. zwei Versorgungslevel kombiniert <p><u>Kontrolle:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Einfache Intervention, bisherige Versorgung, alternative Komplexe Interventionen <p><u>Zielkriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - primär: Inzidenz eines DFS, Rate an Amputationen 	<ul style="list-style-type: none"> - Zwei Reviewer sichteten die Titel und Abstracts der Studien - Zwei Reviewer schätzten unabh. den Volltext der relevanten Studien ein - Fehlende Daten wurden bei den Autoren nachgefragt - Zwei Reviewer extrahierten unabh. voneinander die Daten aus den Studien - Zwei Reviewer schätzten unabh. das Risiko für Bias auf Basis des Cochrane Handbuchs ein - Zuteilungsmethode, verdeckte Zuteilung, Verblindung, Einschätzung der Zielkriterien, inkomplette Daten, selektives 	<ul style="list-style-type: none"> - 95%-Konfidenzintervalle (95%-KI) - dichotome Zielkriterien Relatives Risiko (RR) - kontinuierliche Kriterien Mittelwertdifferenz - Subgruppenanalyse 	<ul style="list-style-type: none"> - Einschluss von 5 RCT in versch. Settings, mit versch. Interventionen und Zielkriterien - 3 Studien vergl. d. Effekt einer Edukationbasierten komplexen Intervention mit der bisherigen Versorgung: wenig Evidenz für Nutzen - 2 Studien vergl. den Effekt einer intensiven komplexen Intervention mit der bisherigen Pflege: Verbesserung des Selbstpflegeverhaltens in einer Studie, sign. Reduktion von Amputationen in der anderen Studie (RR0,30, 95%-KI 0,13-0,71) - Alle Studien hatten hohes Risiko auf Bias 	<p>- Es gibt unzureichende Evidenz, dass komplexe Interventionen effektiv Probleme im Rahmen des DFS reduzieren können</p>	<p>- Cochrane Review, sehr gute methodische Qualität</p>

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schluss- folgerungen der Original- Autorinnen und - Autoren	Bewertung
		<p>-sekundär: Bildung v. Hornhaut, Rückbildung von Hornhaut, , Dauer und Anzahl von Krankenhauseinweisungen aufgrund von Problemen d. DFS, Anzahl von Punkten in Bezug auf das Wissen zur Fußpflege u. auf das Verhalten von Patienten, Kosten, Nebenwirkungen</p> <p><u>Suchstrategie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Cochrane Wounds Group Specialised Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Ovid MEDLINE, Ovid EMBASE, in EBSCO CINAHL, Suche in Referenzlisten -Suchbegriffe angegeben -keine Einschränkungen hinsichtlich der Sprache, dem Publikationszeitpunkt 	<p>Reporting der Zielkriterien und andere potentielle Bedrohungen der Validität</p> <p>-Bei Uneinigkeit wurde zwischen den drei Autoren bis zum Konsens diskutiert</p>				

Tabelle 40: Deskriptive Analyse Review Dorresteijn et al. 2012

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
Dorresteijn et al., 2012 Evidenzstufe 1++	Welchen Effekt haben Edukationsprogramme zur Prävention eines diabetischen Fußgeschwürs bei Patienten mit Diabetes mellitus? 3. Update	<u>Einschlusskriterien:</u> -RCT -18 Jahre oder älter -Diabetes mellitus Typ 1 oder 2 <u>Ausschlusskriterien:</u> -Studien mit ausschließlichem Ziel Verbesserung von Blutzuckerwerten <u>Intervention:</u> -Edukationsprogramme oder Maßnahmen, die Edukation miteinschlossen, mit dem Ziel, die Inzidenz von DFS zu reduzieren <u>Kontrolle:</u> -Alle Arten von anderen Maßnahmen <u>Zielkriterien:</u> -primär: Entstehung eines DFS oder ein Rezidiv einer Wunde -sekundär: Bildung von Hornhaut, Rückbildung von	-Zwei Reviewer schätzten unabh. den Volltext der potent. relevanten Studien ein -Fehlende Daten wurden bei den Autoren nachgefragt -Zwei Reviewer extrahierten unabh. voneinander die Daten aus den Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. das Risiko für Bias auf Basis des Cochrane Handbuchs ein -Zuteilungsmethode, verdeckte Zuteilung, Verblindung, Einschätzung der Zielkriterien, inkomplette Daten, selektives Reporting der Zielkriterien und andere potentielle Bedrohungen der	-95%-Konfidenzintervalle (95%-KI) -dichotome Zielkriterien Relatives Risiko (RR) -kontinuierliche Kriterien Mittelwertdifferenz -ein Poolen der Daten mittels Meta-Analyse war nicht möglich.	-Einschluss von 12 RCT -nur eine RCT hohe Studienqualität -statistisch signifikanter Nutzen einer 1-std. Gruppen-Edukation nach einem Jahr bei Personen mit hohem Risiko für DFS (RR Amputation 0.33 (95% CI 0.15 - 0.76); RR Wunde 0.31 (95% CI 0.14 - 0.66)), niedrige Studienqualität -Eine ähnliche Studie, jedoch von methodisch besserer Qualität, bestätigte diesen Effekt nicht (RR Amputation 0.98 (95% CI 0.41 - 2.34); RR Wunde 1.00 (95% CI 0.70 - 1.44)). -Drei Studien konnten keinen Effekt	-Die meisten Studien mangelhafte bis niedrige Studienqualität -In einigen Studien scheinen Eduk.progr. einen positiven Effekt auf das Wissen zur Fußpflege sowie auf das Verhalten zur Selbstpflege zu haben. Jedoch ist dies mit Vorsicht zu betrachten. -Es besteht unzureichende Evidenz, ob die alleinige Patientenedukation effektiv sowie klinisch relevant die Inzidenz von Fußgeschwüren und Amputationen senken kann.	-Cochrane Review, sehr gute methodische Qualität

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schluss- folgerungen der Original- Autorinnen und - Autoren	Bewertung
		<p>Hornhaut, Pilzinfektion, Dauer und Anzahl von Krankenhauseinweisungen aufgrund von Problemen des DFS, Anzahl von Punkten in Bezug auf das Wissen zur Fußpflege und auf das Verhalten von Patienten</p> <p><u>Suchstrategie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Cochrane Wounds Group Specialised Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Ovid MEDLINE, Ovid EMBASE, in EBSCO CINAHL -Suchbegriffe angegeben -keine Einschränkungen hinsichtlich der Sprache, dem Publikationszeitpunkt 	<p>Validität</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bei Uneinigkeit wurde zwischen den drei Autoren bis zum Konsens diskutiert 		<p>von Edukationsprogrammen auf die Inzidenz von DFS oder Amputationen nachweisen, jedoch niedrige statistische Power.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kurzfristige Verbesserung des Wissens zur Fußpflege in 5 von 8 Studien. -Kurzfristige Verbesserung des Verhaltens zur Selbstpflege in 7 von 9 Studien. -Auswirkungen auf die Hornhaut, Nagelprobleme und Pilzinfektionen wurde in 5 Studien beschrieben, von denen nur eine vorübergehende Verbesserung nach den Edukationsprogrammen belegte. 		

Tabelle 41: Deskriptive Analyse Review Dumville et al. 2013 (Hydrogele)

Autor	Frage/Ziel/Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
<p>Dumville et al., 2013 (Hydrogele, DFS)</p> <p>Evidenzstufe 1++</p>	<p>Welche Auswirkungen haben Hydrogel-Wundverbände verglichen mit anderen Verbänden oder keine Verbände auf die Heilung von diabetischen Fußgeschwüren?</p> <p>Update</p>	<p><u>Einschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -RCT -Personen jeden Alters mit Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 und einem offenen Fußgeschwür unabhängig der Ätiologie <p><u>Ausschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Personen mit mehreren unterschiedlichen Wundätiologien zusätzlich zum DFS, außer die Ergebnisse wurden für diese Untergruppe separat aufgezeichnet oder waren bei den Autoren auf Anfrage erhältlich. <p><u>Intervention:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Hydrogel-Wundverband <p><u>Kontrolle:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Verwendung eines anderen Hydrogel-Verbands, andere Wundverbandar- 	<ul style="list-style-type: none"> -Zwei Reviewer sichteten unabh. die Titel und Abstracts der Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. den Volltext der relevanten Studien ein -Fehlende Daten wurden bei den Autoren nachgefragt -Zwei Reviewer extrahierten unabh. voneinander die Daten aus den Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. das Risiko für Bias auf Basis des Cochrane Handbuchs ein -Zuteilungsmethode, verdeckte Zuteilung, Verblindung, Einschätzung der Zielkriterien, inkomplette Daten, selektives 	<ul style="list-style-type: none"> -95%-Konfidenzintervalle (95%-KI) -dichotome Zielkriterien Relatives Risiko (RR) -kontinuierliche Kriterien Mittelwertdifferenz -Einschätzung der klinischen und statistischen Heterogenität (Chi² Test, I² Test) -Je nach Vorliegen einer statist. Heterogenität random-effects model oder fixed-effect model -Keine Durchführung einer Meta-Analyse und einer Suche nach Publikations-Bias, da nur zwei Studien gefunden wurden 	<ul style="list-style-type: none"> -Einschluss von fünf Studien mit insgesamt 446 Patienten -Hydrogel-Verbände zeigen eine signifikant höhere Heilungsrate verglichen mit herkömmlichen Wundverbänden (RR: 1,80, 95% CI: 1,27 bis 2,56) -Vergleich Hydrogel-Verbände mit Madentherapie kein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich der Anzahl der geheilten Wunden -Vergleich Hydrogel mit Wachstumsfaktoren kein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich der Heilung -Vergleich zweier unterschiedlicher Handelsmarken von Hydrogel- 	<ul style="list-style-type: none"> -Es gibt einige Hinweise, dass Hydrogel-Verbände für die Heilung von geringgradigen DFS effektiver sind als adhäsive Wundverbände. Wegen unklarem Risiko für systematische Fehler in den Originalstudien ist das Ergebnis unsicher. -Keine Forschungsergebnisse, dass Hydrogel für die Heilung DFS wirksamer als Madentherapie, Wachstumsfaktoren oder eine andere Handelsmarke von Hydrogelen ist. -Es wurden keine RCT gefunden, die Hydrogel-Verbände mit anderen modernen Verbandarten ver- 	<ul style="list-style-type: none"> -Cochrane Review, sehr gute methodische Qualität

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
		<p>ten oder andere Interventionen (z.B. topische Anwendungsmittel)</p> <p><u>Zielkriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -primär: Heilungsdauer der Wunde, Anzahl der vollständig geheilten Wunden -sekundär: Lebensqualität, Anzahl und Ausmaß von Amputationen, unerwünschten Ereignissen incl. Schmerzen, Kosten, Rezidive von Wunden, absolute oder relative Veränderungen des Wundgebietes <p><u>Suchstrategie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Spezialregister der Cochrane Wounds Group, The Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central), MEDLINE, EMBASE und CINAHL -Suchbegriffe angegeben 	<p>Reporting der Zielkriterien und andere potentielle Bedrohungen der Validität</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bei Uneinigkeit wurde jeweils bis zum Konsens diskutiert oder eine dritte Person zugezogen 		<p>Verbänden kein statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Anzahl geheilter Wunden</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alle Studien kleine Stichproben (29 – 172 Patienten), unklares Risiko für einen systematischen Fehler wegen unzureichenden Informationen 	<p>glichen.</p>	

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
		-keine Einschränkungen hinsichtlich der Sprache, dem Publikationszeitpunkt					

Tabelle 42: Deskriptive Analyse Review Dumville et al. 2013 (Schaumstoff)

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
Dumville et al., 2013 (Foam, DFS) Evidenzstufe 1++	Welchen Effekt haben Schaumverbände auf die Heilung des DFS? 1. Update	<u>Einschlusskriterien:</u> -RCT -Pat. mit Diabetes Typ I oder Typ II und einem offenen DFS -DFS jeder Ätiologie -Patienten jeden Alters <u>Ausschlusskriterien:</u> -Pat. mit zusätzlichen anderen Wunden, z.B. Dekubitus <u>Intervention:</u> -Schaumverband <u>Kontrolle:</u> -Andere Verbände oder andere Interventionen, z.B. topische Anwendungen <u>Zielkriterien:</u> -primär: Zeit bis Wundheilung, Anzahl der vollst. Wundheilungen innert eines best. Zeitraums, Veränderungen der	-Zwei Reviewer sichteten unabh. die Titel und Abstracts der Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. den Volltext der potent. relevanten Studien ein -Fehlende Daten wurden bei den Autoren nachgefragt -Zwei Reviewer extrahierten unabh. voneinander die Daten aus den Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. das Risiko für Bias auf Basis des Cochrane Handbuchs ein -Zuteilungsmethode, verdeckte Zuteilung, Verblindung, Einschätzung der Zielkriterien, inkomplette	-95%-Konfidenzintervalle (95%-KI) -dichotome Zielkriterien Relatives Risiko (RR) -kontinuierliche Kriterien Mittelwertdifferenz -Einschätzung der klinischen und statistischen Heterogenität (Chi ² Test, I ² Test) -Je nach Vorliegen einer statist. Heterogenität random-effects model oder fixed-effect model	-Einschluss von 6 Studien mit 157 Patienten -Schaumstoffe verglichen mit einfachen absorbierenden Verbänden unterstützen nicht die Wundheilung (RR 2,03, 95%-KI 0,91-4,55) -Es gab keinen sign. Unterschied in der Heilungsrate beim Vergleich Schaumstoff mit Alginaten (RR 1,50, 95%-KI 0,92-2,44) -Es gab keine sign. Unterschied hinsichtlich d. Anzahl geheilter Wunden beim Vergleich von Schaumstoffen mit Hydrokolloiden -Alle Studien waren klein und hat begrenzte Zeiten für ein Follow up	-Es gibt keine Evidenz für die Überlegenheit von Schaumstoffen über andere Verbände für die Heilung von DFS -Alle Studien haben sehr kleine Stichproben	-Cochrane Review, sehr gute methodische Qualität

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
		Wundfläche, -sekundär: Lebensqualität, Anzahl und Level von Amputationen, Nebenwirkungen wie Schmerzen, Kosten, Rezidive <u>Suchstrategie:</u> -Cochrane Wounds Group Specialised Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Ovid MEDLINE, Ovid EMBASE, EBSCO CINAHL, laufende Studien ISRCTN, Referenzlisten, Kontakt zu Forschenden und Industrie -Suchbegriffe angegeben -keine Einschränkungen hinsichtlich der Sprache und dem Publikationszeitpunkt	Daten, selektives Reporting der Zielkriterien und andere potentielle Bedrohungen der Validität -Bei Uneinigkeit wurde jeweils bis zum Konsens diskutiert oder ein dritter Reviewer hinzugezogen				

Tabelle 43: Deskriptive Analyse Review Dumville et al. 2013 (Hydrokolloide)

Autor	Frage/Ziel/Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
Dumville et al., 2013 (Hydrokolloide, DFS) Evidenzstufe 1++	Vergleich der Wirkung von Hydrokolloiden mit keinem Verband oder anderen Verbänden auf die Heilung des DFS? 1. Update	<u>Einschlusskriterien:</u> -RCT -Pat. mit Diabetes Typ I oder Typ II und einem offenen DFS -DFS jeder Ätiologie -Patienten jeden Alters <u>Ausschlusskriterien:</u> -Pat. mit zusätzlichen anderen Wunden, z.B. Dekubitus <u>Intervention:</u> -Hydrokolloide <u>Kontrolle:</u> -Andere Verbände oder andere Interventionen, z.B. topische Anwendungen <u>Zielkriterien:</u> -primär: Zeit bis Wundheilung, Anzahl der vollst. Wundheilungen innert eines best. Zeitraums -sekundär: Lebens-	-Zwei Reviewer sichteten unabh. die Titel und Abstracts der Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. den Volltext der potent. relevanten Studien ein -Fehlende Daten wurden bei den Autoren nachgefragt -Zwei Reviewer extrahierten unabh. voneinander die Daten aus den Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. das Risiko für Bias auf Basis des Cochrane Handbuchs ein -Zuteilungsmethode, verdeckte Zuteilung, Verblindung, Einschätzung der Zielkriterien, inkomplette	-95%-Konfidenzintervalle (95%-KI) -dichotome Zielkriterien Relatives Risiko (RR) -kontinuierliche Kriterien Mittelwertdifferenz -Einschätzung der klinischen und statistischen Heterogenität (Chi ² Test, I ² Test) -Je nach Vorliegen einer statist. Heterogenität random-effects model oder fixed-effect model	-Einschluss von 5 Studien mit 535 Patienten -Es gab keinen sign. Unterschied beim Vergleich von Hydrokolloiden mit einfachen absorbierenden Verbänden auf die Wundheilung (RR 1,01, 95%-KI 0,74-1,38) -Es gab keinen sign. Unterschied in der Anzahl geheilter Wunden beim Vergleich Hydrokolloide mit Schaumstoffen -Es gab keine sign. Unterschied hinsichtlich der Wundheilung bei den Vergleichen von silberbasierten Hydrokolloiden mit Alginaten, von Jodimprägnierten mit stand. Hydrokolloiden	-Es gibt keine Evidenz für die Überlegenheit von irgendeinem Typ von Hydrokolloiden über andere Verbände oder topischen Cremes mit Pflanzenextrakten für die Heilung von DFS	-Cochrane Review, sehr gute methodische Qualität

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
		qualität, Anzahl und Level von Amputationen, Nebenwirkungen wie Schmerzen und Infektionen, Kosten, Rezidive, Veränderungen der Wundfläche <u>Suchstrategie:</u> -Cochrane Wounds Group Specialised Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Ovid MEDLINE, Ovid EMBASE, EBSCO CINAHL, laufende Studien -ISRCTN -Suchbegriffe angegeben -keine Einschränkungen hinsichtlich der Sprache und dem Publikationszeitpunkt	Daten, selektives Reporting der Zielkriterien und andere potentielle Bedrohungen der Validität -Bei Uneinigkeit wurde jeweils bis zum Konsens diskutiert oder ein dritter Reviewer hinzugezogen		sowie von stand. Hydrokolloiden mit topischen Creme mit Pflanzenextrakten		

Tabelle 44: Deskriptive Analyse Review Dumville et al. 2013 (Alginate)

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
<p>Dumville et al., 2013 (Alginate, DFS)</p> <p>Evidenzstufe 1++</p>	<p>Vergleich der Wirkung von Alginaten mit keinem Verband oder anderen Verbänden auf die Heilung des DFS?</p> <p>1. Update</p>	<p><u>Einschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -RCT -Pat. mit Diabetes Typ I oder Typ II und einem offenen DFS -DFS jeder Ätiologie -Patienten jeden Alters <p><u>Ausschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Pat. mit zusätzlichen anderen Wunden, z.B. Dekubitus <p><u>Intervention:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Alginate <p><u>Kontrolle:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Andere Verbände oder andere Interventionen, z.B. topische Anwendungen <p><u>Zielkriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -primär: Zeit bis Wundheilung, Anzahl der vollst. Wundheilungen innert eines best. Zeitraums -sekundär: Lebens- 	<ul style="list-style-type: none"> -Zwei Reviewer sichteten unabh. die Titel und Abstracts der Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. den Volltext der potent. relevanten Studien ein -Fehlende Daten wurden bei den Autoren nachgefragt -Zwei Reviewer extrahierten unabh. voneinander die Daten aus den Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. das Risiko für Bias auf Basis des Cochrane Handbuchs ein -Zuteilungsmethode, verdeckte Zuteilung, Verblindung, Einschätzung der Zielkriterien, inkomplette 	<ul style="list-style-type: none"> -95%-Konfidenzintervalle (95%-KI) -dichotome Zielkriterien Relatives Risiko (RR) -kontinuierliche Kriterien Mittelwertdifferenz -Einschätzung der klinischen und statistischen Heterogenität (Chi² Test, I² Test) -Je nach Vorliegen einer statist. Heterogenität random-effects model oder fixed-effect model 	<ul style="list-style-type: none"> -Einschluss von 6 Studien mit 375 Patienten -Es gab keinen sign. Unterschied beim Vergleich von Alginaten mit einfachen absorbierenden Verbänden (RR 1,09, 95%-KI 0,66-1,80) -Es gab keinen sign. Unterschied in der Wundheilung beim Vergleich Alginate mit Schaumstoffen (RR 0,67; 95%-KI 0,41-1,08) -Es gab keine sign. Unterschied hinsichtlich der Anzahl geheilter Wunden beim Vergleich von silberbasierten Hydrokolloiden mit Alginaten (RR 1,40, 95%-KI 0,79-2,47) -Alle Studien hatten ein kurzes 	<ul style="list-style-type: none"> -Es gibt keine Evidenz für die Überlegenheit von Alginaten über andere Verbände für die Heilung von DFS -Viele Studien haben kleine Stichproben 	<p>-Cochrane Review, sehr gute methodische Qualität</p>

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
		qualität, Anzahl und Level von Amputationen, Nebenwirkungen wie Schmerzen und Infektionen, Kosten, Rezidive, Veränderungen der Wundfläche <u>Suchstrategie:</u> -Cochrane Wounds Group Specialised Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Ovid MEDLINE, Ovid EMBASE, EBSCO CINAHL, laufende Studien ISRCTN -Suchbegriffe angegeben -keine Einschränkungen hinsichtlich der Sprache und dem Publikationszeitpunkt	Daten, selektives Reporting der Zielkriterien und andere potentielle Bedrohungen der Validität -Bei Uneinigkeit wurde jeweils bis zum Konsens diskutiert oder ein dritter Reviewer hinzugezogen		Follow up (6-12 Wochen) und kleine Stichproben		

Tabelle 45: Deskriptive Analyse Review Edwards et al., 2010

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
Edwards & Stapley, 2010 Evidenzstufe 1++	Welche Effekte haben Interventionen bezgl. Dèbridement auf die Heilung eines DFS? 4. Update	<u>Einschlusskriterien:</u> -RCT -Pat. mit Diabetes Typ I oder Typ II und einem offenen DFS -DFS jeder Ätiologie -Patienten jeden Alters <u>Ausschlusskriterien:</u> -Pat. mit zusätzlichen anderen Wunden, z.B. Dekubitus <u>Intervention:</u> -Jede Methode des Dèbridement <u>Kontrolle:</u> -Andere Verfahren des Dèbridement oder kein Dèbridement <u>Zielkriterien:</u> -primär: Zeit bis kompletter Wundheilung, Anzahl der vollst. Wundheilungen innert eines best. Zeitraums, Rate	-Ein Reviewer sichtete die Titel und Abstracts der Studien -Ein Reviewer schätzte den Volltext der potentiell relevanten Studien ein. Jede ausgeschlossene Studie wurde durch die Editoren kontrolliert -Fehlende Daten wurden bei den Autoren nachgefragt -Ein Reviewer extrahierte die Daten aus den Studien, Kontrolle durch die Editoren -Zuteilungsmethode, verdeckte Zuteilung, Verblindung, Einschätzung der Zielkriterien, inkomplette Daten, selektives Reporting der Zielkriterien und	-Einschätzung der klinischen und statistischen Heterogenität (Chi ² Test, I ² Test)	-Einschluss von 6 RCT -Hydrogele sind effektiver hinsichtlich Heilung als Baumwollgaze (RR 1,84; 95%-KI 1,3-2,61) -Chirurgisches Dèbridement zeigte verglichen mit Standardbehandlung keinen signifikanten Nutzen	-Es gibt Evidenz, daß Hydrogele die Heilungsrate verglichen mit Baumwollgaze erhöhen -	-Cochrane Review, sehr gute methodische Qualität

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
		der Reduktion der Wundgröße -sekundär: Anzahl von rezidiven nach Heilung, Komplikationen und Nebenwirkungen, Lebensqualität <u>Suchstrategie:</u> -Cochrane Wounds Group Specialised Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Ovid MEDLINE, Ovid EMBASE, EBSCO CINAHL, Referenzlisten -Suchbegriffe angegeben -keine Einschränkungen hinsichtlich der Sprache und dem Publikationszeitpunkt	andere potentielle Bedrohungen der Validität -Bei Uneinigkeit wurde das Editorial Board hinzugezogen				

Tabelle 46: Deskriptive Analyse Review Egbert et al., 2013

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
Egbert et al., 2013 Evidenzstufe 1-	Kann mit Verträgen zur Integrierten Versorgung eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Behandlung erreicht werden? Review	<u>Einschlusskriterien:</u> -Verträge zur Integrierten Versorgung nach §140a ff. SGB V zur Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden <u>Ausschlusskriterien:</u> -Keine Angaben <u>Zielkriterien:</u> -Interdisziplinarität und Interaktion -Vertragspartner -Finanzierung -Dokumentation und Weiterleitung <u>Suchstrategie:</u> -Google, Webseiten der Krankenkassen (N=140)	-Auswahl nach freier Verfügbarkeit im Internet -Keine weiteren Angaben	Keine Angaben	- Acht Verträge zur Integrierten Versorgung für Patienten mit DFS (N=6, NRW), chronischen Wunden (N=2) - Alle Vertragstexte wiesen einen identischen Vertragsinhalt auf - DFS: Inhalte der Disease-Management Programme Diabetes mellitus sowie den Versorgungsinhalten und Kooperationsregeln der Leitlinie der Deutschen Diabetes Gesellschaft -Chronische Wunden: Wunderkrankungen ohne sowie mit Kompressionstherapie -Grundlagen für Informationsweiterleitung gut definiert	-Integrierte Versorgung zeigt Erfolge in der Wundversorgung -Koordination ist in den Verträgen nur mangelhaft beschrieben	-Nur unzureichende Angaben zur Art der Auswahl der Verträge und zur Bewertung der Kriterien -Tabellarische Analysen vorhanden

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schluss- folgerungen der Original- Autorinnen und - Autoren	Bewertung
					-Akteure, Interaktion, Vergütung genannt, Verlaufsdokumentation beschrieben -Informationsweiterleitung unzureichend beschrieben		

Tabelle 47: Deskriptive Analyse Review Fernandez et al. 2012

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
Fernandez et al., 2012 Evidenzstufe 1++	Welchen Effekt hat Wasser verglichen mit anderen Lösungen für die Wundreinigung? 4. Update	<u>Einschlusskriterien:</u> -(quasi)RCT -Patienten jeden Alters mit Wunden jeder Ätiologie in jedem Setting -Wunde wurde als Einschnitt der Haut definiert <u>Ausschlusskriterien:</u> -Vergleich von Lösungen für Zahnbehandlungen oder für Patienten mit Verbrennungen -Lösungen für präoperative Hautreinigung, Reinigungen im Rahmen von Ops -Vergleich von Verbänden für Patienten mit Wunden -Lösungen zur Prophylaxe, z.B. Jodlösungen <u>Intervention und Kontrolle:</u> -Wundreinigung	-Zwei Reviewer sichteten unabh. die Titel und Abstracts der Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. den Volltext der potent. relevanten Studien ein -Fehlende Daten wurden bei den Autoren nachgefragt -Zwei Reviewer extrahierten unabh. voneinander die Daten aus den Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. das Risiko für Bias auf Basis des Jadad Scores ein -Bei Uneinigkeit wurde jeweils bis zum Konsens diskutiert	-95%-Konfidenzintervalle (95%-KI) -dichotome Zielkriterien Relatives Risiko (RR) -Einschätzung der klinischen und statistischen Heterogenität (I ² Test)	-Einschluss von 11 Studien - Bei chr. Wunden gab es keinen Unterschied bez. auf das Risiko von Wundinfekt. b. Vergleich v. Trinkwasser mit Kochsalzlösung (RR 0,16, 95%-KI 0,01-2,96) -Bei akuten Wunden gab es keinen sign. Unterschied für Infektionen b. Vergleich v. Trinkwasser mit Kochsalzlösung (Erwachsene RR 0,66, 95%-KI 0,42-1,04; Kinder RR 1,07, 95%-KI 0,43-2,64) -Es gab keinen sign. Unterschied bei den Infektionsraten im Vergleich v. Trinkwasser mit keiner Reinigung (RR 1,06, 95%-KI 0,07-16,50).	-Es gibt keine Evidenz, dass die Reinigung von akuten Wunden mit Trinkwasser Wundinfektionen erhöht -Es gibt keine starke Evidenz, dass die Wundreinigung per se die Heilung erhöht oder Infektionen reduziert -Bei mangelndem Zugang zu Trinkwasser kann abgekochtes abgekühltes Wasser oder destilliertes Wasser zur Wundreinigung verwendet werden	-Cochrane Review, sehr gute methodische Qualität

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schluss- folgerungen der Original- Autorinnen und - Autoren	Bewertung
		<p>wurde definiert als Anwendung von Flüssigkeiten zur Entfernung von adhärenter Haut und nekrotischem Gewebe von der Wundoberfläche</p> <ul style="list-style-type: none"> -Trinkwasser, steriles Wasser, Kochsalzlösung, kaltes gekochtes Wasser, andere Lösungen -Keine Reinigung <p><u>Zielkriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -primär: Wundinfektion -sekundär: Anteil geheilter Wunden, Rate an Wundheilungen, Kosten, Schmerz und Beschwerden, Zufriedenheit der Patienten und der Professionellen <p><u>Suchstrategie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Cochrane Wounds Group Specialised Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Ovid MEDLINE, 					

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schluss- folgerungen der Original- Autorinnen und - Autoren	Bewertung
		Ovid EMBASE, EB- SCO CINAHL, Ref- erenzlisten -Suchbegriffe an- gegeben -keine Einschrän- kungen hinsicht- lich der Sprache, dem Publikations- zeitpunkt oder dem Setting					

Tabelle 48: Deskriptive Analyse Heyer et al., 2013

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
Heyer et al., 2013 Evidenzstufe 1-	Welchen Effekt haben hydroaktive Wundauflagen (feucht-warme, moderne Wundversorgung) im Vergleich zu passiven Wundauflagen (trockene, konventionelle Wundversorgung) Systematisches Review	<u>Einschlusskriterien:</u> -RCT, kontrollierte und unkontrollierte Beobachtungsstudien -Patienten jeden Alters mit Dekubitus, DFS, Uc in jedem Setting <u>Ausschlusskriterien:</u> -Keine Angaben <u>Intervention:</u> -hydroaktive Wundauflagen (feucht-warme, moderne Wundversorgung) <u>Kontrolle:</u> -passive Wundauflagen (trockene, konventionelle Wundversorgung) <u>Zielkriterien:</u> -primär: komplette Wundheilung -sekundär: Reduktion der Wundgröße, Lebensqualität, Reduktion von Schmerzen <u>Suchstrategie:</u>	-Zwei Reviewer sichteten unabh. die Titel und Abstracts der Studien -Ein Reviewer extrahierte die Daten aus den Studien, ein anderer Reviewer kontrollierte dies -Keine Angaben zur Bewertung des Risikos für Bias -Bei Uneinigkeit wurde jeweils bis zum Konsens diskutiert oder ein dritter Autor hinzugezogen	-95%-Konfidenzintervalle (95%-KI) -Odds Ratio -Sensitivitätsanalyse -ITT Analysen -Test auf Publikationsbias -mixed-effect model oder fixed-effect model	-Einschluss von 170 Studien mit 22492 Patienten, 65 kontrollierte Studien, 105 nicht kontrollierte Studien -Sign. Erhöhung der Heilungschance bei hydroaktiven als bei passiven Wundauflagen (OR=1,52, 95%-KI 1,35-1,72) - Unterschiede je nach Wunden: Uc (OR=1,39, 95%-KI 1,18-1,68), Dekubitus (OR=2,56, 95%-KI 1,78-3,68), DFS (OR=1,49, 95%-KI 1,18-1,88) -Heilungschancen waren in unkontrollierten Studien geringer, mittlere Heilungsrate 30% -Mit Beachtung der Kausaltherapie 40% höhere Heilungschance für hydroaktive im	- Hydroaktive Wundauflagen sind den passiven Wundauflagen hinsichtlich Abheilungschance bei chr. Wunden überlegen -Chancenverhältnis erlaubt keine Aussage über prozentualen Anteil der Abheilungen	-Fehlende Bewertung der method. Qualität der Studien -Nebenwirkungen der Therapien nicht berichtet

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
		<ul style="list-style-type: none"> -PubMed, MED-LINE, EMBASE, CINAHL, Cochrane Collaboration, Google / Google Scholar, Leitlinien Netzwerke, (inter)nationale Organisationen und Verbände, Referenzlisten in Meta-Analysen -Suchbegriffe angegeben -keine Einschränkungen hinsichtlich dem Publikationszeitpunkt -mögliche Sprachen: Englisch, Deutsch, Dänisch, Französisch, Italienisch, Spanisch, Portugiesisch, Chinesisch, Koreanisch 			<p>Vergleich zu passiven Wundauflagen</p> <ul style="list-style-type: none"> -Publikationsbias bei kontrollierten Studien mit Tendenz zur Publ. von positiven Effekten, bei unkontrollierten Studien kein Publikationsbias 		

Tabelle 49: Deskriptive Analyse Review Jull et al., 2013

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
Jull et al., 2013 Evidenzstufe 1++	Welche Effekte hat Honig auf die Heilungsrate bei akuten und chronischen Wunden? Systematisches Review Berichtet werden hier nur die Ergebnisse für chronische Wunden	<u>Einschlusskriterien:</u> -(Quasi)RCT -Pat. mit chr. Wunden jeden Settings: Wunde jeden Typs, Dekubitus und sekundärheilende infizierte Wunden <u>Ausschlusskriterien:</u> -Keine Angaben <u>Intervention</u> -Topisch applizierter Honig -Alleine oder in Kombination <u>Kontrolle</u> -Verbände oder andere topische Mittel <u>Zielkriterien</u> -primär: Wundheilung (Zeit bis kompletter Heilung, Anteil der geheilten Wunden) -sekundär: Inzidenz von Nebenwirkungen, Aufenthaltsdauer, Verän-	-Zwei Reviewer sichteten unabh. die Titel und Abstracts der Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. den Volltext der potent. relevanten Studien ein -Fehlende Daten wurden bei den Autoren nachgefragt -Ein Reviewer extrahierte die Daten aus den Studien, der andere Reviewer kontrollierte dies -Ein Reviewer schätzte das Risiko für Bias auf Basis des Cochrane Handbuchs ein, der andere Autor kontrollierte dies -Zuteilungsmethode, verdeckte Zuteilung, Verblindung, Einschät-	-95%-Konfidenzintervalle (95%-KI) -dichotome Zielkriterien Relatives Risiko (RR) -kontinuierliche Kriterien Mittelwertdifferenz -Einschätzung der klinischen und statistischen Heterogenität (I^2 Test) -Je nach Vorliegen einer statist. Heterogenität random-effects model oder fixed-effect model	-Einschluss von 25 Studien mit 2987 Patienten -Berichtet werden hier nur die Ergebnisse für chronische Wunden -Honig verbessert nicht die Wundheilung als Ergänzung zur Kompression bei Ucv (RR 1,15, 95%-KI 0,96-1,38)	-Honig verbessert nicht die Wundheilung bei Ucv in Kombination mit Kompression -Bevor zufriedenstellende Evidenz vorhanden ist, sollten Professionelle den routinemäßigen Einsatz von Honig auch bei anderen chronischen Wunden vermeiden.	-Cochrane Review, sehr gute methodische Qualität

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
		derungen der Wundgröße, Inzidenz von Infektionen, Lebensqualität, Kosten <u>Suchstrategie:</u> -Cochrane Wounds Group Specialised Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Ovid MEDLINE, Ovid EMBASE, EBSCO CINAHL, Referenzlisten -Suchbegriffe angegeben -keine Einschränkungen hinsichtlich der Sprache, dem Publikationszeitpunkt oder dem Setting	zung der Zielkriterien, inkomplette Daten, selektives Reporting der Zielkriterien und andere potentielle Bedrohungen der Validität -Bei Uneinigkeit wurde jeweils bis zum Konsens diskutiert				

Tabelle 50: Deskriptive Analyse Review Lewis et al.,2013

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
Lewis et al., 2013 Evidenzstufe 1++	Welche Effekte haben druckverteilende Interventionen auf die Heilung von Fußwunden bei Patienten mit Diabetes? Systematische Übersichtsarbeit	<u>Einschlusskriterien</u> -RCT -Kinder und Erwachsene mit Diab Typ I oder II und Fußwunden unabhängig des Grades und des Settings -Externe druckverteilende Interventionen -Vergleich andere druckverteilende Interventionen, chirurgische Eingriffe <u>Ausschlusskriterien</u> -Quasi-RCT <u>Zielkriterien</u> -primär: Zeit bis zur kompletten Heilung, Heilungsraten -sekundär: Komplikationen, Patientenzufriedenheit und Lebensqualität, ökonomische Analysen <u>Suchstrategie</u>	-Zwei Reviewer sichteten unabh. die Titel und Abstracts der Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. den Volltext der potent. relevanten Studien ein -Fehlende Daten wurden bei den Autoren nachgefragt -Zwei Reviewer extrahierten unabh. die Daten aus den Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. das Risiko für Bias auf Basis des Cochrane Handbuchs ein -Zuteilungsmethode, verdeckte Zuteilung, Verblindung, Einschätzung der Zielkriterien, inkomplette Daten, selektives	-95%-Konfidenzintervalle (95%-KI) -dichotome Zielkriterien Relatives Risiko (RR) -kontinuierliche Kriterien Mittelwertdifferenz -Einschätzung der klinischen und statistischen Heterogenität (Chi ² -Test, I ² Test) -Je nach Vorliegen einer statist. Heterogenität random-effects model oder fixed-effect model	-Einschluss von 14 RCT mit 709 Patienten -Kein Unterschied zw. zwei Typen von nicht entfernbaren Gipsanfertigungen. In 5 von 7 Studien nicht entfernbare Gipsanfertigungen sign. Anstieg Anzahl der geheilten Wunden vgl. mit entfernbaren Gipsanfertigungen (RR 1,17, 95%-KI 1,01-1,36) -2 Studien sign. mehr geheilte Wunden mit nicht entfernbaren Gipsanfertigungen als mit Verband alleine -Achillessehnen verlängert komb. mit nicht entfernbaren Gipsanfertigungen sing. Mehr geheilte Wunden	-Nicht entfernbare druckverteilende Gipsanfertigungen sind effektiver für die Heilung von diab. Fußwunden als entfernbare Gipsanfertigungen oder Verbände alleine -Nicht entfernbare Gipsanfertigungen, kombiniert mit Achillessehnenverlängerung, waren erfolgreicher in einer Studie als nicht entfernbare Gipsanfertigungen alleine	Cochrane Review, sehr gute methodische Qualität

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
		<ul style="list-style-type: none"> -Cochrane Wounds Group Specialised Register, Cochrane Register of Controlled Trials, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Referenzlisten, Kontakt mit prof. Organisationen und Industrie -Suchbegriffe angegeben -Keine Einschränkungen hinsichtlich Sprache oder Datum 	<p>Reporting der Zielkriterien und andere potentielle Bedrohungen der Validität</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bei Uneinigkeit Diskussion bis zum Konsens oder Einbezug der Cochrane Wundgruppe 		<p>nach 7 Monaten als Gips alleine (RR 2,23, 95%-KI 1,32 – 3,76). Mehr Wunden blieben nach 2 Jahren in dieser Gruppe geschlossen (RR 3,41, 95%-KI 1,42-8,18)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Andere Vergleiche, z.B. chirurgisches Débridement, zeigten keine sign. Therapieeffekte 		

Tabelle 51: Deskriptive Analyse Little et al., 2009

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
Little et al., 2009 Evidenzstufe 1-	Welche Evidenz gibt es zu Techniken zur Messung der Wundfläche und –volumen? Review	<u>Einschlusskriterien:</u> -Qual. und quant. Studien <u>Ausschlusskriterien:</u> -Andere Sprache als Englisch -Unpublizierte Studien <u>Zielkriterien:</u> -Keine Aussagen <u>Suchstrategie:</u> -CINAHL, MEDLINE, Cochrane Library, Referenzlisten -Suchbegriffe genannt -Nur engl. Studien, keine Beschränkungen zu Publikationszeitpunkt	-Zwei Reviewer suchten in den Datenbanken -Die Qualität der Studien wurden eingeschätzt	-Keine Angaben	-Narrative Beschreibungen der versch. Techniken -Wundgröße: Linealmodelle, Tracing, Fotografie -Wundfläche: Berechnung mittels mathematischer Formel, Ausfüllen mit Flüssigkeit wie NaCl-Lösungen oder Alginaten, digitalkamerabasierte Techniken mit entsprechender Software (Computerbasierte Stereofotogrammetrie sowie Lichtquellenbasierte Techniken)	- Je nach Ziel eignen sind unterschiedliche Techniken - Verfahren, die in der Forschung eingesetzt werden, sind allgemein sehr komplexe und kostenintensive Techniken, führen jedoch zu den genauesten Ergebnissen. -Einfache Verfahren für die tägliche klinische Praxis messen weniger genau, sind aber kostengünstig anzuwenden. -Empfehlung: digitale Planimetrie als zuverlässige und genaue Messung der Wundgröße.	-Hohe Risiken für Bias -Nur ungenaue Angaben zur Fragestellung, Studiendesigns, Suchstrategie, Auswahl der Studien -Fehlende Angaben Einschätzung der methodischen Qualität

Tabelle 52: Deskriptive Analyse Review McGinnis et al., 2011

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
McGinnis et al (2011) Evidenzstufe 1++	Welche Effekte haben druckverteilende Interventionen zur Behandlung von Dekubitus an den Fersen? Systematische Übersichtsarbeit	<u>Einschlusskriterien</u> -RCT, CCTs -Pat.n mit einem existierenden Dekubitus an den Fersen unabhängig des Grades und des Settings -Druckverteilende Matratzen und Betten -Schaffell -Fersenspezifische Materialien, z.B Schuhe, Kissen <u>Zielkriterien</u> -primär: Anteil geheilter Fersen, Zeit bis zur kompletten Heilung -sekundär: Kosten der Auflage per se und insgesamt incl. Service, Komfort, Praktikabilität, Lebensqualität, Nebenwirkungen <u>Suchstrategie</u> -Cochrane Wounds Group Specialised	-Zwei Reviewer sichteten unabh. die Titel und Abstracts der Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. den Volltext der potent. relevanten Studien ein -Fehlende Daten wurden bei den Autoren nachgefragt -Zwei Reviewer extrahierten unabh. die Daten aus den Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. das Risiko für Bias auf Basis des Cochrane Handbuchs ein, alle Autoren diskutierten dies bis zu einem Konsens -Zuteilungsmethode, verdeckte Zuteilung, Verblindung, Einschät-	-Einschätzung der klinischen und statistischen Heterogenität (Chi ² -Test, I ² Test)	-Einschluss von 1 RCT mit 141 Patienten -Wegen Ausscheidens aus der Studie am Ende der Studien nicht mehr ausreichende Patienten, deswegen keine Schlußfolgerung möglich	-Die einzige Studie ermöglichte keine Aussage -Es sind mehr Studien nötig	Cochrane Review, sehr gute methodische Qualität

		<p>Register, Cochrane Register of Controlled Trials, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Referenzlisten, Kontakt mit Experten u. Industrie</p> <ul style="list-style-type: none"> -Suchbegriffe angegeben -Keine Einschränkungen hinsichtlich Sprache oder Datum 	<p>zung der Zielkriterien, inkomplette Daten, selektives Reporting der Zielkriterien und andere potentielle Bedrohungen der Validität</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bei Uneinigkeit Diskussion bis zum Konsens 				
--	--	---	---	--	--	--	--

Tabelle 53: Deskriptive Analyse Review McInnes et al., 2011

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
<p>McInnes et al. (2011)</p> <p>Evidenzstufe 1++</p>	<p>Welche Effekte haben druckverteilende Auflagen in der Behandlung von Dekubitus?</p> <p>Update</p> <p>Systematische Übersichtsarbeit</p>	<p><u>Einschlusskriterien</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -RCT -Patienten mit einem existierenden Dekubitus unabhängig des Grades und des Settings -Druckverteilende Matratzen -Schaffell -high-tech Auflagen wie Luftkissenbetten oder zu rotierende Betten -OP-Auflagen -Rollstuhlkissen <p><u>Zielkriterien</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -primär: Heilungsraten -sekundär: Kosten, Komfort, Lebensdauer, Zuverlässigkeit und Akzeptanz der Anwendung <p><u>Suchstrategie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Cochrane Wounds Group Specialised Register, Cochrane Register of Con- 	<ul style="list-style-type: none"> -Zwei Reviewer sichteten unabh. die Titel und Abstracts der Studien -Ein Reviewer schätzte den Volltext der potent. relevanten Studien ein, Kontrolle durch den anderen Autor. Bei Uneinigkeit wurde mit einem dritten Autor diskutiert. -Ausgeschlossene Studien wurden durch den dritten Autor kontrolliert -Fehlende Daten wurden bei den Autoren nachgefragt -Zwei Reviewer extrahierten unabh. die Daten aus den Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. das Risiko für Bias auf Basis des 	<ul style="list-style-type: none"> -95%-Konfidenzintervalle (95%-KI) -dichotome Zielkriterien Relatives Risiko (RR) -kontinuierliche Kriterien Mittelwertdifferenz -Einschätzung der klinischen und statistischen Heterogenität (Chi²-Test, I² Test) -Je nach Vorliegen einer statist. Heterogenität random-effects model oder fixed-effect model 	<ul style="list-style-type: none"> -Einschluss von 18 RCT mit 1309 Patienten -Alle eingeschlossenen RCT wiesen eine schwache methodische Qualität auf -Die meisten Studien hatten lediglich eine geringe Anzahl an Studienteilnehmern -Luftkissen-Auflagen: In 2 von 3 Studien sign. Reduktion in Wundgröße -Kein Unterschied low-air-loss Auflagen und Schaumstoffmatratzen -Kleine Studie Schaffell unter den Beinen, reduziert sign. Rötungen 	<ul style="list-style-type: none"> -Es gibt keine schlussfolgernde Evidenz zur Überlegenheit eines Systems -Weitere und methodisch bessere Studien sind nötig 	<p>Cochrane Review, sehr gute methodische Qualität</p>

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
		trolled Trials, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Referenzlisten -Suchbegriffe angegeben -Keine Einschränkungen hinsichtlich Sprache oder Datum	Cochrane Handbuchs ein, alle Autoren diskutierten dies bis zu einem Konsens -Zuteilungsmethode, verdeckte Zuteilung, Verblindung, Einschätzung der Zielkriterien, inkomplette Daten, selektives Reporting der Zielkriterien und andere potentielle Bedrohungen der Validität				

Tabelle 54: Deskriptive Analyse Review Medical Advisory Secretariat, 2009

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
Medical Advisory Secretariat, 2009 Evidenzstufe 1++	Welche Effekte haben multidisziplinäre Woundteams zum Management von chronischen Wunden? HTA	<u>Einschlusskriterien</u> -RCT und CCT, systematische Reviews mit Meta-Analysen -Personen mit Dekubitus oder Fußwunden -Multidisziplin. Team (zwei oder mehr Disziplinen) -Kontrollgruppe erhält keine Versorgung durch Wundteam <u>Ausschlusskriterien</u> -Retrospektive Beobachtungsstudien, ein Zentrum <u>Zielkriterien</u> -Anteil der Personen und/oder Wunden die komplett heilen, Zeit bis zur kompletten Heilung, Lebensqualität, Schmerzassessment <u>Suchstrategie</u> -MEDLINE, EM-	-Ein Reviewer sichtete die Titel und Abstracts der Studien und schätzte den Volltext der potentiell relevanten Studien ein -Bei Unklarheit Diskussion mit einer zweiten Person -Methodik GRADE zur Bewertung der Evidenz	-Keine weiteren Angaben	-Einschluss von 1 RCT und 1 CCT -Verschiedene Settings, Wundteams, Zielkriterien, follow-up -In beid. Studien erhielten d. Wundteams Schulungen und arbeiteten auf Basis eines Protokolls -RCT: keine Unterschiede zum Anteil geheilter Wunden (p=0,07, RR=1,19), Heilungszeit (p=0,09). In IG bessere Schmerzkontrolle nach 6 Monaten (p=0,017, RR=1,58) -CCT: sign. Unterschiede bei Heilungsraten (p<0,001, R=4,17); weniger häufigere Wundbehandlungen (RR 34%) -Evidenz GRADE niedrige bis sehr	-Niedrige bis sehr niedrige Evidenz -Multidisziplinäre Wundteams führen zu erhöhter Wundheilung, reduzieren Schmerzen und Häufigkeit der Verbandwechsel	Niedriges Risiko für Bias

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schluss- folgerungen der Original- Autorinnen und - Autoren	Bewertung
		BASE, CINAHL, Cochrane, Centre for Reviews and Dissemination / International Agency for Health technology As- sessment, INAHTA, Referenzlisten -Suchbegriffe an- gegeben -Englische Sprache, 2004-2009			niedrige Qualität		

Tabelle 55: Deskriptive Analyse Review Menon et al., 2012

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
Menon, 2012 Evidenzstufe 1-	Wie ist das Management von Ucv mit starkem Exsudat? Review	<u>Einschlusskriterien</u> -Keine Angaben <u>Ausschlusskriterien</u> -Keine Angaben <u>Zielkriterien</u> -Keine Angaben <u>Suchstrategie</u> -MEDLINE, CINAHL, British Nursing Index -Suchbegriffe angegeben -Suche bis vergangene 10 Jahre	-Keine Angaben	-Keine Angaben	- Einschluss von Primärstudien (N=5), Reviews (N=5), Konsensusdokument (N=1) - Narrative Beschreibung von psychologischen Effekten des Exsudats, Management der Grunderkrankung, ganzheitlichem Assessment, Volumenmessung, Kompressionstherapie, Unterscheidung div. Wundaufgaben, Frequenz der Wundaufgabenwechsel, Hautprodukte, alternative Behandlungen	-Viele Faktoren beeinflussen den Exsudatlevel, ein ganzheitliches Assessment ist nötig -Ziel der Wundbehandlung primär kausal -Wissen und Können ist nötig, um nötige Interventionen und dessen Funktion mit der Kompressionstherapie einzuschätzen -Evaluation und Kommunikation mit Patienten und and. Professionellen nötig	-Hohe Risiken für Bias -Nur unklare Angaben zur Fragestellung - Fehlende Angaben zu Studiendesigns, Suchstrategie, Auswahl der Studien und deren Analyse, Einschätzung der methodischen Qualität

Tabelle 56: Deskriptive Analyse Review Moore & Cowman, 2012

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
Moore & Cowman, 2012 Evidenzstufe 1++	Welche Auswirkungen haben Lagerungen von Patienten auf die Heilungsraten von Druckgeschwüren? 2. Update	<u>Einschlusskriterien:</u> -RCT -CCT -Patienten mit Dekubitus jeden Alters und Settings <u>Ausschlusskriterien:</u> -Keine Angaben <u>Intervention:</u> -Lagerungen, Positionen <u>Zielkriterien:</u> -primär: Zeit bis zur kompletten Wundheilung, Veränderungen der Wundgröße, Anteil geheilter Wunden, Heilungsrate -sekundär: Schmerz, Lebensqualität, Einfachheit der Anwendung, Nebenwirkungen <u>Suchstrategie:</u> -Cochrane Wounds Group Specialised Register; Cochrane	-Zwei Reviewer sichteten unabh. die Titel u. Abstracts der Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. den Volltext der potent. relevanten Studien ein -Fehlende Daten wurden bei den Autoren nachgefragt -Zwei Reviewer extrahierten unabh. voneinander die Daten aus den Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. das Risiko für Bias ein -Bei Uneinigkeit wurde bis zum Konsens diskutiert oder die Wundgruppe um Rat gebeten -Bewertung von Bias auf Basis des	-95%-Konfidenzintervalle (95%-KI) -dichotome Zielkriterien Relatives Risiko (RR) -kontinuierliche Kriterien Mittelwertdifferenz -Einschätzung der klinischen und statistischen Heterogenität (I ² Test)	-Es konnten keine Studien eingeschlossen werden	-Trotz der verbreiteten Anwendung von Lagerungen gibt es keine RCT, die den Nutzen untersucht -Deswegen kann nicht geschlossen werden, ob Lagerungen die Wundheilung bei Dekubitus verbessern	Cochrane Review, sehr gute methodische Qualität

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
		Register of Controlled Trials, MEDLINE, EMBASE, CINAHL -Suchbegriffe angegeben -Keine Einschränkungen hinsichtlich Sprache oder Datum	Cochrane Handbuchs -Zuteilungsmethode, verdeckte Zuteilung, Verblindung, inkomplette Daten, selektives Reporting der Zielkriterien und andere potentielle Bedrohungen der Validität				

Tabelle 57: Deskriptive Analyse Review Moore & Cowman, 2013

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
Moore, Cowman, 2013 Evidenzstufe 1++	Welche Auswirkungen haben Lösungen und Techniken zur Wundreinigung auf die Wundheilung von Druckgeschwüren? 3. Update	<u>Einschlusskriterien:</u> -RCT <u>Ausschlusskriterien:</u> -Keine Angaben <u>Intervention:</u> -Wundreinigung, verschiedene Reinigungslösungen oder -techniken -Patienten mit Dekubitus jeden Alters und Settings <u>Zielkriterien:</u> -primär: objektive Methoden zur Wundheilung -sekundär: Schmerz, Einfachheit der Anwendung <u>Suchstrategie:</u> -Cochrane Wounds Group Specialised Register; Cochrane Register of Controlled Trials, MEDLINE, EMBASE, CINAHL -Suchzeitraum ab 2012	-Zwei Reviewer sichteten unabh. d. Titel und Abstracts der Studien, um die potentielle Relevanz einzuschätzen -Zwei Reviewer schätzten unabh. den Volltext der potent. relevanten Studien ein, um das Zutreffen der Einschlusskriterien zu bewerten -Fehlende Daten wurden bei den Autoren nachgefragt -Zwei Reviewer extrahierten unabh. voneinander die Daten aus den Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. das Risiko für Bias ein -Bei Uneinigkeit wurde jeweils ein dritter Reviewer	-Dichotome Daten: Relatives Risiko (RR), 95%-KI -Kontinuierliche Daten: Mittelwertdifferenz (MWD), 95%-KI	-Einschluss von 3 kleinen Studien mit 169 Pat. -Keine Studie verglich Reinigung mit keiner Reinigung -Sign. Verbesserung der Wundheilung mit Lösung aus Kochsalz, Aloe vera, Silberchlorid und Decyl Glucoside (Vulnopur) verglichen mit Kochsalzlösung (p= 0,025) -keine sign. Unterschiede Vergleich Kochsalzlösung mit Wasser (RR 3,00; 95%-KI 0,21 bis 41,89) -Techniken: Vergleich Scheinspülung (pulsatile lavage mit sham), sign. Reduktion der Wundgröße nach 3 Wochen in der Lavagegruppe,	-Es gibt keine gute Evidenz, irgendeine Technik oder Lösung für die Reinigung von Druckgeschwüren zu unterstützen	Cochrane Review, sehr gute methodische Qualität

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
		<ul style="list-style-type: none"> -Suchbegriffe angegeben -Keine Einschränkungen hinsichtlich Sprache oder Datum 	<ul style="list-style-type: none"> einbezogen <u>Bewertung</u> -Auf Basis des Cochrane Handbuchs -Zuteilungsmethode, verdeckte Zuteilung, Verblindung, inkomplette Daten, selektives Reporting der Zielkriterien und andere potentielle Bedrohungen der Validität 		MWD -6,60, 95%-KI -11,23 bis -1,97		

Tabelle 58: Deskriptive Analyse Review Nelson et al. 2012

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
<p>Nelson et al., 2012</p> <p>Evidenzstufe 1++</p>	<p>Effekt von Kompression (Strümpfe, Binden, Socken) sowie dessen Stärke, Typ sowie Markenbezeichnung zur Prävention eines Ucv Rezidivs</p> <p>Update</p>	<p><u>Einschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -RCT -Pat. mit geheilten Ucv <p><u>Ausschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Studien mit intermittierender Kompression <p><u>Intervention:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -jede Form von Kompressionsstrümpfen oder -binden <p><u>Kontrolle:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -keine Kompression <p><u>Zielkriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -primär: Inzidenz eines Rezidivs -sekundär: Dauer von Episoden eines Rezidivs, Anteil von ulcusfreien Zeiten, Inzidenz von Ulcus am anderen Bein, Compliance und Komfort, Kosten, Lebensqualität <p><u>Suchstrategie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Cochrane Wounds 	<ul style="list-style-type: none"> -Ein Reviewer sichtete Titel und Abstracts der Studien -Der andere Reviewer schätzte unabh. den Volltext der potent. relevanten Studien ein -Die eingeschlossenen Studien wurden von beiden Autoren unabh. voneinander hinsichtlich Einschluss bewertet -Fehlende Daten wurden bei den Autoren nachgefragt -Ein Reviewer extrahierte die Daten aus den Studien, der andere Autor kontrollierte dies -Zwei Reviewer schätzten unabh. das Risiko für Bias auf Basis des Cochrane Hand- 	<ul style="list-style-type: none"> -95%-Konfidenzintervalle (95%-KI) -dichotome Zielkriterien Relatives Risiko (RR) -kontinuierliche Kriterien Mittelwertdifferenz -Hazard ratio (HR) und 95%-KI -Einschätzung der klinischen und statistischen Heterogenität (I² Test) -Je nach Vorliegen einer statist. Heterogenität random-effects model oder fixed-effect model 	<ul style="list-style-type: none"> -Einschluss von 4 RCT mit 979 Patienten -Kompression reduziert sign. Rezidive nach sechs Monaten (RR 0,46, 95%-KI 0,27-0,76) -Widersprüchliche Daten zu Strümpfen mit starker Kompression (UK Klasse 3) verglichen mit mittlerer Kompression (UK Klasse 2): keine sign. Reduktion nach 5 Jahren (RR 0,82, 95%-KI 0,61-1,12) bzw sign. Reduktion nach 3 Jahren (RR 0,57, 95%-KI 0,39-0,81) -Kein sign. Unterschied zw. zwei Marken Kompression UK Klasse 2 (Medi, Scholl) (RR 0,74, 95%-KI 0,45-1,2). -Widersprüchliche 	<ul style="list-style-type: none"> -Kompressionsstrümpfe verhindern Rezidive vgl. mit keiner Kompression -Starke verglichen mit mittlerer Kompression scheint nach 3 Jahren Rezidive zu verhindern, jedoch nicht nach 5 Jahren -Hohe Raten von Intoleranz gegenüber der Kompression -Unzureichende Evidenz, um Typen, Marken oder Länge der Kompression zu empfehlen 	<ul style="list-style-type: none"> -Cochrane Review, sehr gute methodische Qualität

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
		Group Specialised Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Ovid MEDLINE, Ovid EMBASE, EBSCO CINAHL, Referenzlisten, Kontakt mit Experten und Industrie -Suchbegriffe angegeben -keine Einschränkungen hinsichtlich der Sprache und Publikationszeitpunkt	buches ein -Zuteilungsmethode, verdeckte Zuteilung, Verblindung, Einschätzung der Zielkriterien, inkomplette Daten, selektives Reporting der Zielkriterien und andere potentielle Bedrohungen der Validität -Bei Uneinigkeit wurde jeweils bis zum Konsens diskutiert		Ergebnisse hinsichtlich Compliance: Größere Compliance mit mittlerer Kompressionsstärke vgl mit hoher Stärke bzw. kein Unterschied -Es gab keine Studien zu Binden und Rezidivprävention		

Tabelle 59: Deskriptive Analyse Review O’Meara et al. 2012

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
<p>O’Meara et al., 2012</p> <p>Evidenzstufe 1++</p>	<p>Hilft das Anlegen von Kompressionsstrümpfen oder -binden zur Heilung eines Ucv?</p> <p>Welche Kompressionsstrümpfe oder -binden sind am effektivsten?</p>	<p><u>Einschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -RCT -Pat. mit Ucv jeden Alters und Settings <p><u>Ausschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Studien mit Vergleich Kompression mit anderen Therapien, z.B. chirurgisches oder pharmakolog. Behandlung <p><u>Intervention:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -jede Form von Kompressionsstrümpfen oder -binden <p><u>Kontrolle:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -keine Kompression <p><u>Zielkriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -primär: Zeitdauer bis zur kompletten Wundheilung, Anteile geheilter Wunden in einem best. Zeitraum, Veränderungen der Wundgröße, Rate der Verände- 	<ul style="list-style-type: none"> -Zwei Reviewer sichteten unabh. die Titel und Abstracts der Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. den Volltext der potent. relevanten Studien ein -Fehlende Daten wurden bei den Autoren nachgefragt -Zwei Reviewer extrahierten unabh. voneinander die Daten aus den Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. das Risiko für Bias auf Basis des Cochrane Handbuchs ein -Zuteilungsmethode, verdeckte Zuteilung, Verblindung, Einschätzung der Zielkriterien, inkomplette 	<ul style="list-style-type: none"> -95%-Konfidenzintervalle (95%-KI) -dichotome Zielkriterien Relatives Risiko (RR) -kontinuierliche Kriterien Mittelwertdifferenz -Hazard ratio (HR) und 95%-KI -Einschätzung der klinischen und statistischen Heterogenität (Chi² Test, I² Test) -Je nach Vorliegen einer statist. Heterogenität random-effects model oder fixed-effect model -Sensitivitätsanalyse 	<ul style="list-style-type: none"> -Einschluss von 48 RCT mit 59 Vergleichen und 4321 Patienten -Einlagige Kompression ist weniger effektiv als mehrlagige Verbände bezogen auf eine vollständige Heilung nach 6 Monaten. -Ein zwei-Komponenten-System mit einer elastischen Binde führt zu mehr Wundheilungen nach einem Jahr verglichen mit dem gleichen System ohne elastische Binde. -Wirkung des dreilagigen Systems widersprüchliche Daten. Dreilagensystem mit elastischer Binde führt in einer Studie zu mehr Wundhei- 	<ul style="list-style-type: none"> -Kompression hat eine positive Auswirkung auf die Wundheilung verglichen mit keiner Kompression. -Mehrlagensysteme sind effektiver als einfache Systeme. -Mehrlagensysteme mit elastischer Binde scheinen effektiver zu sein als solche mit unelastischen Binden. -Zweikomponentensysteme scheinen genauso gut zu wirken wie vierlagige Systeme. -Vierlagige Verbände und Strümpfe mit hohem Druck sind den Kurzzugbinden überlegen. -Es sind weitere Daten nötig, um Unterschiede zwi- 	<ul style="list-style-type: none"> -Cochrane Review, sehr gute methodische Qualität

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
		<p>rungen in der Wundgröße</p> <ul style="list-style-type: none"> -sekundär: Reulzerationen, Kosten, Lebensqualität, Schmerzen, Nebenwirkungen, Drop-out-Rate <p><u>Suchstrategie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Cochrane Wounds Group Specialised Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Ovid MEDLINE, Ovid EMBASE, EBSCO CINAHL, Referenzlisten, Kontakt mit Experten und Industrie -Suchbegriffe angegeben -keine Einschränkungen hinsichtlich der Sprache und Publikationszeitpunkt 	<p>Daten, selektives Reporting der Zielkriterien und andere potentielle Bedrohungen der Validität</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bei Uneinigkeit wurde jeweils bis zum Konsens diskutiert 		<p>lungen nach 3-4 Monaten verglichen mit dem gleichen System ohne elastische Binde (RR 1.83; 95% CI 1.26 to 2.67). Eine andere Studie fand keine Unterschiede nach 6 Monaten.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ein vierlagiger Verband führte zu schnellerer Heilung als ein Kurzzugverband (HR 1.31; 95% CI 1.09 to 1.58). -Strümpfe mit starker Kompression führen zu besseren Heilungsverläufen als Kurzzugverbände bezogen nach 2-4 Monaten (RR 1.62; 95% CI 1.26 to 2.10). -Eine Studie beschrieb bessere Heilungskriterien nach 16 Monaten bei der Ergänzung 	<p>schen Strümpfen mit hohem Druck und vierlagigen Verbänden eindeutig zu belegen.</p>	

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schluss- folgerungen der Original- Autorinnen und - Autoren	Bewertung
					<p>eines (tubular device) plus einer einfachen elastischen Binde auf einer Bandage von Gaze und Krepp verglichen mit zwei zusätzlichen elastischen Binden.</p> <p>-Keine Evidenz gibt es derzeit für statistische signifikante Unterschiede bei weiteren Vergleichen, wie z.B. zweikomponenten Systemen verglichen mit vierlagigen Systemen nach drei Monaten, alternative Versionen der Vierlagensysteme für vollständige Heilung bis zu sechs Monaten, Strümpfe mit niedriger Kompression verglichen mit Kurzzugbinden für vollständige Heilung</p>		

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schluss- folgerungen der Original- Autorinnen und - Autoren	Bewertung
					nach drei und sechs Monaten. -Vierlagige Systeme sind kostengünstiger als Kurzzugssysteme.		

Tabelle 60: Deskriptive Analyse Review O'Meara et al. 2012 (Wundgröße Dekubitus)

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
<p>O'Meara et al., 2012 (Wundgröße Dekubitus)</p> <p>Evidenzstufe 1++</p>	<p>Wie ist die Evidenz zur Reliabilität, Exaktheit, Übereinstimmung und Praktikabilität von Methoden zur Messung der Dimensionen eines Dekubitus?</p>	<p><u>Einschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Pat. mit Dekubitus in jedem Setting -Jedes Design zur Evaluation einer Wundmessung -Assessment Checklisten, z.B. Pressure Ulcer Scale for Healing Tool <p><u>Ausschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Fokus auf Durchführung -Unklarer Wundtyp -Einzelfallstudien -Tiermodelle -Postmortem Studien -Studien mit Wundmodellen -Nur Abstract erhältlich <p><u>Zielkriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Intra-Rater oder Inter-Rater Reliabilität, konvergente Validität, Praktikabilität <p><u>Suchstrategie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Allied und Com- 	<ul style="list-style-type: none"> -Ein Reviewer traf alle Entscheidungen hinsichtlich Einschluss der Studien, ein anderer Reviewer kontrollierte diese -Bei Uneinigkeit wurde jeweils bis zum Konsens diskutiert -Zwei Instrumente zur Einschätzung der Exaktheit von diag. Studien wurden adaptiert 	<ul style="list-style-type: none"> -Narrative Beschreibung 	<ul style="list-style-type: none"> -Einschluss von 12 Studien -Die meisten Studien hatten methodische Schwächen durch die Nutzung von unangemessenen statist. Methoden und Stichprobenberechnungen -Zuverlässige Methoden zur Messung der Fläche: fotografisches Abzeichnen der Fläche mit Folien mit Gitter kombiniert mit Abzählen der Quadrate, portables digitales Hilfsmittel (digital pad), Stereofotogrammetrie kombiniert mit PC-basierter Analyse -Übereinstimmung zw. manuellen und fotobasierten Tracingverfahren ergänzt durch PC- 	<p>Siehe Ergebnisse</p>	<p>sehr gute methodische Qualität</p>

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
		plementary Medicine, British Nursing Index, CINAHL, EMBASE, MEDLINE, Institute for Scientific Informationen (ISI) Web of Knowledge Web of Science, Open Sigle, Cochrane Library, National Institute for Health Research, Health Technology Assessment Methodology Panel, Datenbanken zu Thesen, Buchkapitel, Referenzlisten, Kontakt mit Experten und Industrie -Suchbegriffe für MEDLINE angegeben -keine Einschränkungen hinsichtlich der Sprache und Publikationszeitpunkt			basierte Planimetrie scheint zufriedenstellend zu sein -Keine Empfehlungen zur Messung des Durchmessers, der Tiefe und des Volumens		

Tabelle 61: Deskriptive Analyse Review O’Meara et al. 2013 (Schaumstoff)

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
O’Meara et al., 2013 Evidenzstufe 1++	Effekt von Verbänden mit Schaumstoff auf die Heilung eines Ucv	<u>Einschlusskriterien:</u> -RCT -Pat. mit Ucv jedes Settings -Auch Therapien ohne Kompression <u>Ausschlusskriterien:</u> -Schaumstoffverbände, die mit Wirkstoffen imprägniert sind <u>Intervention:</u> -Verbände mit Schaumstoffen <u>Kontrolle:</u> -Andere Verbände oder andere Interventionen, z.B. topische Anwendungen, oder kein Verband <u>Zielkriterien:</u> -primär: Wundheilung (Zeit bis kompletter Wundheilung, Anzahl der Wundheilungen innert eines best. Zeitraums, Veränderungen der	-Zwei Reviewer sichteten unabh. die Titel und Abstracts der Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. den Volltext der potent. relevanten Studien ein -Fehlende Daten wurden bei den Autoren nachgefragt -Zwei Reviewer extrahierten unabh. voneinander die Daten aus den Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. das Risiko für Bias auf Basis des Cochrane Handbuchs ein -Zuteilungsmethode, verdeckte Zuteilung, Verblindung, Einschätzung der Zielkriterien, inkomplette	-95%-Konfidenzintervalle (95%-KI) -dichotome Zielkriterien Relatives Risiko (RR) -kontinuierliche Kriterien Mittelwertdifferenz -Einschätzung der klinischen und statistischen Heterogenität (Chi ² Test, I ² Test) -Je nach Vorliegen einer statist. Heterogenität random-effects model oder fixed-effect model -Test auf Publikationsbias -Sensitivitätsanalyse	-Einschluss von 12 Studien mit 1023 Patienten und 14 Vergleichen -Kein Unterschied bzgl. Heilung beim Vergl. von Hydrozellulären Schaumstoffen und polyurethananen Schaumstoffen -Kein Unterschied zw. Schaumstoffen und Hydrokolloiden bzgl. Anteil der geheilten Wunden nach 12-16 Wochen (RR 1,00, 95%-KI 0,81-1,22) -Keine Unterschiede bzgl. Heilung im Vergl. von Schaumstoffen mit Baumwollgaze, hydrocapillärer Verband, Viskoseverband -Keine Unterschiede bzgl. Neben-	Die gegenwärtige Evidenz unterstützt nicht, dass Verbände mit Schaumstoff effektiver die Wundheilung fördern als andere Verbandstoffe	-Cochrane Review, sehr gute methodische Qualität

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schluss- folgerungen der Original- Autorinnen und - Autoren	Bewertung
		<p>Wundgröße) -sekundär: Rate an Nebenwirkungen, Lebensqualität, Kosten, Schmerzen, Durchführung des Verbandwechsel</p> <p><u>Suchstrategie:</u> -Cochrane Wounds Group Specialised Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Database of Abstracts of Reviews of Effects, NHS Economic Evaluation Database, Ovid MEDLINE, Ovid EMBASE, EBSCO CINAHL, Kontakt mit anderen Forschern und der Industrie, Referenzlisten -Suchbegriffe angegeben -keine Einschränkungen hinsichtlich der Sprache und dem Publikationszeitpunkt</p>	<p>Daten, selektives Reporting der Zielkriterien und andere potentielle Bedrohungen der Validität -Bei Uneinigkeit wurde jeweils bis zum Konsens diskutiert oder ein dritter Reviewer hinzugezogen</p>		<p>wirkungen im Vergl. von hydrozellulärem Schaumstoff und polyurethanem Schaumstoff oder Vergl. Schaumstoff mit hydrocapillärem, hydrokolloiden oder Viskoseverbänden -Kein RCT war ohne Risiko of Bias</p>		

Tabelle 62: Deskriptive Analyse Review O’Meara et al. 2013 (Alginate)

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
<p>O’Meara et al., 2013</p> <p>Evidenzstufe 1++</p>	<p>Effekt von Verbänden mit Alginaten auf die Heilung eines Ucv</p>	<p><u>Einschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -RCT -Pat. mit Ucv jedes Settings -Auch Therapien ohne Kompression <p><u>Ausschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Quasi-RCT -Alginate, die mit Wirkstoffen imprägniert sind <p><u>Intervention:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Verbände mit Alginaten <p><u>Kontrolle:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Andere Verbände oder andere Interventionen, z.B. topische Anwendungen, oder kein Verband <p><u>Zielkriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -primär: Wundheilung (Zeit bis kompletter Wundheilung, Anzahl d. Wundheilungen innerh. e. best. Zeitraums, Veränderungen der Wundgröße) 	<ul style="list-style-type: none"> -Zwei Reviewer sichteten unabh. die Titel und Abstracts der Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. den Volltext der potent. relevanten Studien ein -Fehlende Daten wurden bei den Autoren nachgefragt -Zwei Reviewer extrahierten unabh. voneinander die Daten aus den Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. das Risiko für Bias auf Basis des Cochrane Handbuchs ein -Zuteilungsmethode, verdeckte Zuteilung, Verblindung, Einschätzung der Zielkriterien, inkomplette 	<ul style="list-style-type: none"> -95%-Konfidenzintervalle (95%-KI) -dichotome Zielkriterien Relatives Risiko (RR) -kontinuierliche Kriterien Mittelwertdifferenz -Einschätzung der klinischen und statistischen Heterogenität (Chi² Test, I² Test) -Je nach Vorliegen einer statist. Heterogenität random-effects model oder fixed-effect model -Test auf Publikationsbias -Subgruppenanalyse 	<ul style="list-style-type: none"> -Einschluss von 5 Studien mit 295 Patienten -Es wurden keine Unterschiede für jeden Vergleich (versch. Alginate, Hydrokolloide, nicht adhärenter Verband) und jedes Kriterium der Heilung gefunden -Profile für Nebenwirkungen waren zwischen den Gruppen ähnlich 	<ul style="list-style-type: none"> -Die gegenwärtige Evidenz unterstützt nicht, dass Alginate effektiver die Wundheilung fördern als Hydrokolloide, nicht adhärente Verbände oder andere Alginate -Die vorhandenen Studien sind von niedriger methodischer Qualität 	<ul style="list-style-type: none"> -Cochrane Review, sehr gute methodische Qualität

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schluss- folgerungen der Original- Autorinnen und - Autoren	Bewertung
		<p>-sekundär: Lebensqualität, Kosten, Schmerzen, Débridement, Hämostase, Durchführ. d. Verbandwechsels, Rate a. Nebenwirk.</p> <p><u>Suchstrategie:</u></p> <p>-Cochrane Wounds Group Specialised Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials, NHS Economic Evaluation Database, Ovid MEDLINE, Ovid EMBASE, EBSCO CINAH, Datenbanken f. lauf. Studien, Kontakt m. anderen Forschern u. d. Industrie, Referenzlisten</p> <p>-Suchbegriffe angegeben</p> <p>-keine Einschränkungen hinsichtlich der Sprache und dem Publikationszeitpunkt</p>	<p>Daten, selektives Reporting der Zielkriterien und andere potentielle Bedrohungen der Validität</p> <p>-Bei Uneinigkeit wurde jeweils bis zum Konsens diskutiert oder ein dritter Reviewer hinzugezogen</p>				

Tabelle 63: Deskriptive Analyse Review O’Meara et al. 2014

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
<p>O’Meara et al., 2014</p> <p>Evidenzstufe 1++</p>	<p>Welche Effekte haben systemische sowie topische Antibiotika und Antiseptika auf die Heilung eines Ucv?</p>	<p><u>Einschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -RCT -Pat. mit Ucv jeden Settings <p><u>Ausschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Studien, bei den Antibiotika oder – septika nicht der einzige Unterschied zw. den Gruppen war -Einsatz von Antibiotika und – septika als Vorbereitung von anderen Therapien -Evaluation von physischen Therapien mit angeblichen antimikrobiellen Effekten <p><u>Intervention</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Topische oder systematische Antibiotika -Oral oder intravenös <p><u>Kontrolle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Placebo -Antibiotika, Antiseptika, andere 	<p><u>Auswahl</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Zwei Reviewer sichteten unabh. die Titel und Abstracts der Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. den Volltext der potent. relevanten Studien ein -Fehlende Daten wurden bei den Autoren nachgefragt -Ein Reviewer extrahierte die Daten aus den Studien, der andere Reviewer kontrollierte dies -Ein Reviewer schätzte das Risiko für Bias auf Basis des Cochrane Handbuches ein, der andere Autor kontrollierte dies -Zuteilungsmethode, verdeckte Zuteilung, Verblin- 	<ul style="list-style-type: none"> -95%-Konfidenzintervalle (95%-KI) -dichotome Zielkriterien Relatives Risiko (RR) -kontinuierliche Kriterien Mittelwertdifferenz -Einschätzung der klinischen und statistischen Heterogenität (Chi²-Test, I² Test) -Je nach Vorliegen einer statist. Heterogenität random-effects model oder fixed-effect model -Test auf Publikationsbias 	<ul style="list-style-type: none"> -Einschluss von 45 Studien mit 53 Vergleichen und 4486 Patienten -Berichtet werden hier nur die Ergebnisse für Antiseptik -Cadexomer Jod: Mehr Wunden heilten nach 12 Wochen komplett, wenn sie mit Cadexomer Jod vergl. mit Standardpraxis versorgt wurden (RR2,17, 95%-KI 1,30-3,60). Keine Unterschiede gab es in den Vergl. mit Hydrokolloid, Baumwollgaze, Silber imprägnierte Verbände, Dextranomer -Povidone Jod: Keine Unterschiede für komplette Heilung vergl. mit Hydrokolloid, 	<ul style="list-style-type: none"> -Es gibt einige Evidenz für den Nutzen von cadexomer Jod. -Die routinemäßige Anwendung von Honig- oder silberbasierten Produkten wird mangels Evidenz nicht unterstützt 	<ul style="list-style-type: none"> -Cochrane Review, sehr gute methodische Qualität

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
		<p>Therapie <u>Zielkriterien</u> -primär: Wundheilung (Zeit bis kompletter Heilung, Anteil der geheilten Wunden, Veränderungen der Wundgröße) -sekundär: Infektionen, Bakterienbesiedelung, Resistenzentwicklung, Rezidivrate, Nebenwirkungen, Zufriedenheit der Patienten, Lebensqualität, Kosten</p> <p><u>Suchstrategie:</u> -Cochrane Wounds Group Specialised Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Ovid MEDLINE, Ovid EMBASE, EBSCO CINAHL, Referenzlisten, Kontakt zu Forschern -Suchbegriffe angegeben</p>	<p>dung, Einschätzung der Zielkriterien, inkomplette Daten, selektives Reporting der Zielkriterien und andere potentielle Bedrohungen der Validität -Bei Uneinigkeit wurde jeweils bis zum Konsens diskutiert</p>		<p>feuchter Verband, Schaumstoff -Peroxid-basierte Therapien: kein Bericht zu kompletter Heilung, möglicherweise positive Veränderungen der Wundgröße -Honigbasierte Therapien: keine Unterschiede zur Heilung -Silberbasierte Therapien: keine Unterschiede zur kompletten Heilung (1% Silber Sulphadiazine)</p>		

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schluss- folgerungen der Original- Autorinnen und - Autoren	Bewertung
		-keine Einschränkungen hinsichtlich der Sprache, dem Publikationszeitpunkt oder dem Setting					

Tabelle 64: Deskriptive Analyse Review Solowiej et al., 2012

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
Solowiej et al., 2012 Evidenzstufe 1-	Welche aktuellen Forschungen und Ergebnisse gibt es zur Basierung des Assessments und des Managements von Schmerzen verbunden mit Verbandwechsel? Review	<u>Einschlusskriterien</u> -Schmerzmessungen -Patienten mit chronischen, chirurgischen Wunden oder nach Biopsie -Reviews, peer-reviewed Journale <u>Ausschlusskriterien</u> -Keine Angaben <u>Zielkriterien</u> -Keine Angaben <u>Suchstrategie</u> -MEDLINE, CINAHL, British Nursing Index, Academic Search Complete, PsycINFO, PsycARTICLES -Suchbegriffe angegeben -Suche 1978-2012 -Nur engl. Sprache	Keine Angaben	Keine Angaben	-Das Wechseln und Erneuern von Wundverbänden ist eine Hauptursache für Wundschmerzen -Neben körperlichen Beschwerden kann Schmerz Ursache für Stress (Distress) und andere negative Emotionen sein, wie Angst, Panik und Depression -Wichtig und notwendig ist das, was der Patient zu seinen Schmerzen äußert, dies ermöglicht Verstehen von nicht beobachtbaren Aspekten -Regelmäßiges Schmerzassessment mit validen und reliablen Instrumenten ist	Weitere Forschung ist nötig zur Effektivität von verschiedenen Interventionen	-Hohe Risiken für Bias -Nur unklare Angaben zur Fragestellung - Fehlende Angaben zu Studiendesigns, Suchstrategie, Auswahl der Studien und deren Analyse, Einschätzung der methodischen Qualität

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schluss- folgerungen der Original- Autorinnen und - Autoren	Bewertung
					<p>neben den eigenen Angaben des Patienten und der Beobachtung seines Verhaltens maßgeblich.</p> <p>-Die Wahl der Wundauflagen sind ein wichtiger Faktor im individuellen Schmerzmanagement</p>		

Tabelle 65: Deskriptive Analyse Review Weller et al. 2014

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
Weller et al., 2013 Evidenzstufe 1++	Was sind Nutzen und Nebenwirkungen von Interventionen, die Menschen helfen, sich adhären zur Kompressionstherapie zu verhalten und deswegen die Heilung des Ulcus cruris venosum (Ucv) verbessern sowie Rezidive nach der Heilung verhindern?	<u>Einschlusskriterien:</u> -(cluster)RCT <u>Ausschlusskriterien:</u> -Studien zum Wissen von Pflegenden, Verbandstoffe als Zusatz zur Kompression <u>Intervention:</u> -Maßnahmen, die Patienten mit Ucv helfen sich adhären zur Kompressionstherapie zu verhalten, z.B. Patientenedukation, unterstützende Gruppen, pflegerische, multidisziplinäre oder gesundheitssystembez. Interventionen, entweder alleine oder in Kombination <u>Kontrolle:</u> -alle möglichen Interventionen, z.B. gewöhnliche Versorgung <u>Zielkriterien:</u>	-Zwei Reviewer sichteten unabh. die Titel und Abstracts der Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. den Volltext der potentiell relevanten Studien ein -Fehlende Daten wurden bei den Autoren nachgefragt -Zwei Reviewer extrahierten unabh. voneinander die Daten aus den Studien -Zwei Reviewer schätzten unabh. das Risiko für Bias auf Basis des Cochrane Handbuchs ein -Zuteilungsmethode, verdeckte Zuteilung, Verblindung, Einschätzung der Zielkriterien, inkomplette	-95%-Konfidenzintervalle (95%-KI) -dichotome Zielkriterien Relatives Risiko (RR) -kontinuierliche Kriterien Mittelwertdifferenz -Einschätzung der klinischen Heterogenität -Keine Durchführung einer Meta-Analyse und einer Suche nach Publikations-Bias, da nur zwei Studien gefunden wurden	-Einschluss von 2 Studien -Leg Club®: Verglichen mit der häuslichen Pflege Schmerzen nach sechs Monaten statistisch signifikant aber nicht klinisch relevant reduziert (Md: -12.75 Pkt, 95%-KI: -24.79 bis -0.71, 0 - 100 Pkt. Skala). Keine verbesserte Wundheilung nach drei (RR: 1.71, 95%-KI: 0.79 bis 3.71) und sechs Monaten (RR: 1.55, 95%-KI: 0.81 bis 2.93) sowie keine Verbesserung der Lebensqualität nach sechs Monaten (Md: 0,85 Pkt, 95%-KI: -0.13 bis 1.83; 0 - 10 Pkt. Skala) -Lively Leg Program: Verglichen	-Die beiden Studien mit geringer Qualität zeigen keinen Nutzen von gemeindenahen Einrichtungen verglichen mit üblicher Versorgung bezogen auf Heilungsraten, Prävention von Rezidiven oder Lebensqualität. -Aus Mangel an verlässlicher Evidenz ist es derzeit nicht möglich, diese Interventionen verglichen mit der Standardversorgung zu empfehlen oder abzulehnen.	-Cochrane Review, sehr gute methodische Qualität

Autor	Frage/Ziel/ Design	Suchstrategie	Studienablauf	Datenanalyse	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren	Bewertung
		<p>-primär: Heilung des Ucv, Zeit bis zur Heilung, Rezidivrate, Adhärenz zur Kompressionstherapie</p> <p>-sekundär: Lebensqualität, Nebenwirkungen, Schmerzen und ökonomische Kriterien</p> <p><u>Suchstrategie:</u></p> <p>-Cochrane Wounds Group Specialised Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central), Ovid MEDLINE (1950-2013), Ovid EMBASE (1980-2013), EBSCO CI-NAHL(1982-2013)</p> <p>-Suchbegriffe angegeben</p> <p>-keine Einschränkungen hinsichtlich der Sprache, dem Publikationszeitpunkt oder dem Setting</p>	<p>Daten, selektives Reporting der Zielkriterien und andere potentielle Bedrohungen der Validität</p> <p>-Bei Uneinigkeit wurde jeweils bis zum Konsens diskutiert</p>		<p>mit bisheriger Pflege nach 18 Monaten keine bessere Heilung (RR: 1.24, 95%-KI: 0.93 bis 1.67), keine signifikante Reduktion von Rezidiven (RR: 0.82, 95%-KI: 0.59 bis 1.14) sowie keine verbesserte Adhärenz hinsichtlich der Kompression (RR: 1.02, 95%-KI: 0.74 bis 1.41).</p>		

Tabelle 66: Bewertung der methodischen Qualität von Reviews und HTAs (NICE, 2012)

Autor, Jahr	Passende und klar fokussierte Frage, die für die Fragestellung des ES relevant ist	Sammlung von Studiendesigns, die für die Fragestellung des ES relevant sind	Adäquate Suchstrategie zur Identifikation aller relevanter Studien	Studienqualität ist eingeschätzt und beschrieben	Adäquate Verfahren zur Analyse der Daten
Briggs et al., 2012	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Brown, 2012	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
Dorresteijn et al., 2010	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Dorresteijn et al., 2012	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Dumville et al., 2013 (Hydrogele, DFS)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Dumville et al., 2013 (Foam, DFS)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Dumville et al., 2013 (Hydrokolloide, DFS)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Dumville et al., 2013 (Alginate, DFS)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Edwards & Stapley, 2010	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Egbert et al., 2013	Unklar	Ja	Nein	Nicht zutreffend	Unklar
Fernandez et al., 2012	teilweise	Ja	Ja	Ja	Ja
Heyer et al., 2013	Ja	Unklar	Ja	Nein	Ja
Jull et al., 2013	teilweise	Ja	Ja	Ja	Ja
Lewis et al., 2013	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Little et al., 2009	Ja	Unklar	Nein	Nein	Nein
McInnes et al. (2011)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
McGinnis et al (2011)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Medical Advisory Secretariat, 2009	ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Menon, 2012	Unklar	Unklar	Nein	Nein	Nein
Moore, Cowman, 2012	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Moore, Cowman, 2013	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Nelson et al., 2012	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
O'Meara et al., 2012	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
O'Meara et al., 2012 (Dekubitus Wundgröße)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
O'Meara et al., 2013	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Autor, Jahr	Passende und klar fokussierte Frage, die für die Fragestellung des ES relevant ist	Sammlung von Studiendesigns, die für die Fragestellung des ES relevant sind	Adäquate Suchstrategie zur Identifikation aller relevanter Studien	Studienqualität ist eingeschätzt und beschrieben	Adäquate Verfahren zur Analyse der Daten
O'Meara et al., 2013 (Alginate)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
O'Meara et al., 2014	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Solowiej et al., 2012	Unklar	Unklar	Nein	Nein	Nein
Weller et al., 2013	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Anhang 8: Analysen und Bewertungen RCT

Tabelle 67: Deskriptive Analyse RCT von Meagher et al., 2012

Autor, Jahr Evidenz- grad	Fragestellung, Design, Finanzie- rung	Stichpro- be/Setting	Intervention, Ver- gleich, Zielkrite- rien, Instrumente, Follow-up	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerung der Autoren	Kommentare der Reviewer
Meagher et al., 2012 Irland Evidenzstufe 1-	-Welche Beziehung besteht zwischen dem Aktivitätslevel in Form des Gehens und der Rate an Heilung eines Ucv? -RCT -Keine externe Finanzierung	-EK: > 18 Jahre, ABPI 0,8-1,3; geeignet für Kompressionstherapie, Wunde zw. Fessel und Knie -AK: Pat. mit Diabetest, Schwangerschaft -2 Leg ulcer Kliniken und drei Ambulanzen	-Intervention: 10000 Schritte pro Tag -Kontrolle: keine speziellen Hinweise -Beide Gruppen mehrlagige Kompression -Primäre Zielkriterien: keine Angaben -Schmerzen (VAS) -Wundgröße digitale Planimetrie, T0, 4-wöchentl. Intervalle bis Heilung, max. bis 12 Wochen -Anzahl Schritte mit Schrittzähler -Baseline Bewegung und vier Wochen nach Baseline: ActivPal activity monitor	-Chi ² -Test, Mann Whitney-U, Kruskal-Wallis, Spearman's rank	-35 Pat., 17 KG, 18 IG -10 Pat. männl., Alter Md 71 J (32-91), Schmerz VAS Ø 3,0, Wunde Ø 12 Wochen (4-520), Wundgröße Md 2,4cm ² (1-53,4cm ²) -KG sign. längere Wunddauer (15 Wochen vs. 8,5 Wochen) -33% der IG (N=6) setzten 10000 Schritte pro Tag um, bei allen war die Wunde nach Woche 12 geheilt -Pat., die mehr Schritte als zur Baseline gingen, hatten nach 4 Wochen eine schnellere Wundheilung (p=0,008) -Kein sign. Zusammenhang zw. Mehr an tägl. Schritten und der komplet-	-Pat. mit mehr tägl. Schritten hatten eine schnellere Wundheilung	-hohes Risiko Bias für Selection, Performance, unklares Risiko für Bias Attrition und Detection -Unterschiede zw. den Gruppen zur Baseline -Fehlende Poweranalyse -Kleine Stichprobe -Fehlende Angaben zu Randomisierungs-codes, Verblindung, ITT Analyse, drop-outs -Fraglicher Hawthorne Effekt

Autor, Jahr Evidenz- grad	Fragestellung, Design, Finanzie- rung	Stichpro- be/Setting	Intervention, Ver- gleich, Zielkrite- rien, Instrumente, Follow-up	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerung der Autoren	Kommentare der Reviewer
					ten Wundheilung (p=0,87) oder der prozentualen Ver- kleinerung der Fläche (p=0,7)		

Tabelle 68: Deskriptive Analyse von Protz et al., 2013

Autor, Jahr Evidenz- grad	Fragestellung, Design, Finanzie- rung	Stichpro- be/Setting	Intervention, Ver- gleich, Zielkrite- rien, Instrumente, Follow-up	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerung der Autoren	Kommentare der Reviewer
Protz et al., 2013 Deutsch- land Evidenzstu- fe 2-	-Welche Auswir- kungen haben je eine Informations- broschüre zu Wundwissen, Kompressionsthe- rapie und MRSA auf das jeweilige Wissen zum The- ma? -Prä-Post-Test De- sign -Keine externe Finanzierung	-EK: > 18 Jahre, deutschsprachig, Diagnose zur Bro- schüre passend, Nichtkenntnis der Broschüre -AK: Demenz, Ver- wirrung und kog- nitive Beeinträch- tigungen, Anal- phabetismus -Setting: Einrich- tungen jeder Art, die die Broschüren einsetzen -Poweranalyse: keine	-Intervention: Bro- schüren, deren Inhalt in Arbeits- gruppen der Wundzentrums Hamburg e.V. ent- wickelt wurden. Broschüren bein- halten theoretis- ches Wissen und praktische Kennt- nisse. Basis ist der aktuelle Stand der Wissenschaft und die Beachtung von Verständlichkeit und Lesbarkeit. -Primäre Zielkrite- rien: keine Anga- ben -Instrumente: für jede Broschüre ein selbstentwickelten stand. Fragebogen mit 4-6 geschlos- senen Fragen zur Selbsteinschät- zung des Grades an Informiertheit -Zusätzlich ein stand. Fragebogen zum allg. Eindruck der Broschüren mit	-Wilcoxon Test	-85 Patienten: 29 Pat. MRSA, je 28 Pat. Wundwissen und Kompressi- onstherapie, keine weiteren Angaben zu den Pat. -Signifikanter Wis- senszuwachs für alle Items aller drei Fragebögen -Hinweise auf Op- timierung aller drei Broschüren gege- ben	-Broschüren kön- nen die Patienten- edukation unter- stützen	-unkontrollierte Studie -hohes Risiko Bias für Selection, Per- formance und De- tection -fehlende Power- analyse -Fragebögen zur Selbsteinschät- zung hinsichtlich Qualität und Um- fang des Wis- sens, keine Anga- ben zu psychomet- rischen Eigen- schaften, gleiche FB eingesetzt bei Prä- und Posttest -Stichprobe unzu- reichend beschrie- ben -Fehlende Verblin- dung der analysie- renden Personen

Autor, Jahr Evidenz- grad	Fragestellung, Design, Finanzie- rung	Stichpro- be/Setting	Intervention, Ver- gleich, Zielkrite- rien, Instrumente, Follow-up	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerung der Autoren	Kommentare der Reviewer
			<p>drei geschlossenen Fragen zum Grad der Informiertheit, Eindeutigkeit und Verständlichkeit sowie zur Aufmachung</p> <ul style="list-style-type: none"> -Rekrutierung der TN über Mitglieder des Wundzentrums und weiterer Institutionen, die die Fragebögen an geeignete Patienten verteilten -Datenerhebung vor Broschürenabgaben und in einem nicht spezifizierten Folgetermin -Kein Ethikvotum 				

Tabelle 69: Deskriptive Analyse von Stern et al., 2014

Autor, Jahr Evidenz- grad	Fragestellung, Design, Finanzie- rung	Stichpro- be/Setting	Intervention, Ver- gleich, Zielkrite- rien, Instrumente, Follow-up	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerung der Autoren	Kommentare der Reviewer
Stern et al., 2014 Kanada Evidenzstu- fe 1+	-Welche Effektivität hat ein erweitertes multidisziplinäres Team (EMDT) unterstützt durch Telemedizin verglichen mit der bisherigen Versorgung auf die Behandlung von Dekubitus in Langzeitpflegeeinrichtungen? -Mixed Method Design: Pragmatisches cluster randomisiertes stepped-wedge Design, ethnografische Beobachtungen -Bericht nur der quant. Ergebnisse -Finanzierung: MOHLTC, Canadian Patient Safety Institute, Central Community Care Access Centre	-EK: Langzeitpflegeeinrichtung (LZP) mit mind. 100 Betten, innert 100km vom Krankenhaus mit Wundteam, Dekubitusprävalenz > 5,5% -Bewohner Dekubitus Grad ≥ 2 -AK: Dekubitus Grad I -Poweranalyse: 10 Einrichtungen	-Intervention: MDT=Spital, Leitung NP, Chiropraktiker, Ergotherapeut, plast. Chirurg und Zugriff auf weitere Experten; EMDT=APNs mit Kontakt zu einem MDT in Krankenhaus über Mail, Telefon, Video -Station benennt Wund Kontaktperson, -4-14 Monate -Verlauf: Intervention 2 Phasen. Phase 1: 3 Monate, APN 1Tag/Woche auf Station, Schulung Personal LZP in Prävention und Therapie Dekubitus, lokale Wundverantwortliche in Assessment. Phase 2: 1-11 Monate, Kontakt LPZ mit APN via Mail / Telefon, Transfer der Pat.daten alle 2	-Beschreibende Statistik -mixed effect model und random effect model -Supgruppenanalysen -Cox proportional hazard frailty model -Kaplan-Meier Methode -Regressionsanalyse	-12 Einrichtungen mit \emptyset 166 Betten -Keine sign. Unterschiede zw. den Gruppen -Kein Nutzen der Intervention bzgl. Zeit für Heilung, Anteil geheilter Wunden, Inzidenzrate, Schmerzen, Prävalenz, Hospitalisationen, Notfall-eintritte -Intervention führte zu Reduktion der Kosten je Bewohner um \$649 durch Stopp der Vakuumtherapie -APN und MDT spielen nur geringe Rolle für Therapie der Dekubitus -Qual. Analysen weisen auf mangelnde Integration der Intervention durch Wechsel des Personals in den LZP hin, längere Interventionsdauer nötig	-Intervention führt nicht zur Verbesserung der Heilung, Anteil geheilter Wunden, Inzidenzrate, Schmerzen, Prävalenz, Hospitalisationen, Notfall-eintritte -Intervention führt zur Reduktion der Kosten -Fokus sollte mehr auf evidenzbasierte Praxis gelegt werden und nicht so sehr auf MDT	-Hohes Risiko Performance und Detection-Bias (mangelnde Verblindung) -Niedriges Risiko Selection und Attrition-Bias

Autor, Jahr Evidenz- grad	Fragestellung, Design, Finanzie- rung	Stichpro- be/Setting	Intervention, Ver- gleich, Zielkrite- rien, Instrumente, Follow-up	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerung der Autoren	Kommentare der Reviewer
			<p>Wochen von LPZ zu APN, APN berät LPZ und nimmt ggf. Kontakt zum MDT auf</p> <ul style="list-style-type: none"> -Therapie basiert auf EBN Guidelines -Kontrolle: 3-12 Monate, bisherige Versorgung, oft über externe Wundexperten durch Industrie -Zielkriterien: primär Rate Reduktion Wundfläche, digitale Fotos; sekundär: Zeit bis zur kompletten Heilung, Anteil geheilter Wunden, Dekubitusinzidenz und -prävalenz, Schmerz (VAS), Notfalleintritte, Lebensqualität, Kosten -Schmerz und Lebensqualität 2 wöchentl. 				

Tabelle 70: Deskriptive Analyse von Van Hecke e al., 2011

Autor, Jahr Evidenz- grad	Fragestellung, Design, Finanzie- rung	Stichpro- be/Setting	Intervention, Ver- gleich, Zielkrite- rien, Instrumente, Follow-up	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerung der Autoren	Kommentare der Reviewer
<p>Van Hecke, Grypdonck, et al., 2011 Belgien</p> <p>Evidenzstu- fe 1-</p>	<p>-Welche Verände- rungen sind mit einer pflegerischen Intervention „Ad- härenz zu Bera- tungen zum Le- bensstil bei Uc“ verbunden? -Welche quantitati- ven Effekte hat die Intervention? -Pre-Post-Test De- sign mit qual. Eva- luation -Finanzierung: kei- ne Angaben</p>	<p>-EK: ABPI zw. 0.8 und 1.2; Verschrei- bung von Kom- pression, holländi- sche Sprachkennt- nisse, Fähigkeit des Lesens und Schrei- bens, Versorgung durch ambulante Pflege und non- adherent -AK: Kommunikati- onsdefizite, Bewe- gungseinschrän- kung durch Fußge- lenk, total bewe- gungsabhängig -Häusliche Pflege -Poweranalyse: keine Angaben</p>	<p>-Intervention: pfl- egerische Interven- tion „Adhärenz zu Beratungen zum Lebensstil bei Uc; 3-5 Treffen inner- halb von drei Mo- naten, Schulungs- maßnahme bein- hält leitende, kognitive und ver- haltensbezogene Elemente -Kontrolle: keine -Primäre Outcomes: keine Angaben -Halbstrukturierte Interviews: innert einer Woche nach Interventionsende, 18-81 Minuten -Teilnehmende Beobachtung von 38 Konsultationen, Feldnotizen -Quant. Daten zur Baseline, Ende der Intervention und drei Monate später -Kompression: Ta- gebuch über 7 Ta- ge, Anzahl Std, in denen Kompressi-</p>	<p>-Induktive Inhalts- analyse -Wilcoxon Test -Bonferetti Korrek- tur</p>	<p>-26 Patienten, MD 79 Jahre, 15 Pat Frauen, 10 Pat. leben alleine, Wunddauer Md 25.5 Wochen -5 spezialisierte Pflegefachperso- nen (Tissue Viabili- ty Nurse) -Qual. Ergebnisse: Kognitiv: Wissen was und warum; Verhaltensände- rungen: Lebensstil, Kreativität in der Umsetzung; emo- tional: Hoffnung, neue Perspektive, Sicherheit, Unab- hängigkeit; physi- sche Änderungen: Muskelkraft; Stei- gerung der Le- bensqualität -Keine sign. Ände- rungen bezügl. des Tragens der Kom- pression -Sign. mehr Pat. mit Beinübungen und Dauer von Übun- gen</p>	<p>-Intervention scheint für die häusliche Pflege sinnvoll zu sein -Basis für eine RCT</p>	<p>-hohes Risiko Selec- tion (unkontrollier- te Studie), Perfor- mance und Detec- tion-Bias (man- gelnde Verblin- dung, Messung der Zielkriterien) -fehlende Power- analyse</p>

Autor, Jahr Evidenz- grad	Fragestellung, Design, Finanzie- rung	Stichpro- be/Setting	Intervention, Ver- gleich, Zielkrite- rien, Instrumente, Follow-up	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerung der Autoren	Kommentare der Reviewer
			<ul style="list-style-type: none"> on getragen wird -Beinübungen: Tagebuch, Häufig- keit und Dauer von Beinübungen und Beinhochlegen -Schrittzähler über 7 Tage -Schmerzen: Verba- le Skala -Wundgröße: Tra- cing 		<ul style="list-style-type: none"> -Kein Unterschied beim Gehen -Sign. Änderung bzgl. Schmerzen -Keine sign. Ände- rungen bei Wund- größe 		

Tabelle 71: Bewertung der methodischen Qualität von RCT's (NICE, 2012)

	Meagher et al., 2012	Protz, Verheyen-Cronau, Heyer, 2013	Stern et al., 2014	Van Hecke, Grypdonck, Beele, Vanderwee, Defloor, 2011
1. Selection bias				
a. Adäquate Methode zur Randomisierung auch bezogen auf Confounding Variablen?	unklar	Nicht anwendbar	Ja	Nicht anwendbar
b. Adäquate Methode Verdeckte Zuteilung?	ja	Nicht anwendbar	Unklar	Nicht anwendbar
c. Vergleichbare Gruppen zur Baseline?	nein	Nicht anwendbar	Ja	Nicht anwendbar
Fazit 1: Selection Bias? (niedriges Risiko, unklar, hohes Risiko)	Hohes Risiko	Hohes Risiko	Niedriges Risiko	Hohes Risiko
2. Performance bias				
a. Gleiche Therapie für Vergleichsgruppen, außer der untersuchten Intervention?	ja	unklar	Ja	Nicht anwendbar
b. Teilnehmer verblindet zur Intervention?	nein	nein	Nein	nein
c. Versorgung anbietende Personen verblindet zur Intervention?	unklar	nein	Nein	nein
Fazit 2: Performance Bias? (niedriges Risiko, unklar, hohes Risiko)	Hohes Risiko	Hohes Risiko	Hohes Risiko	Hohes Risiko
3. Attrition bias				
a. Gleiches Follow up für alle Gruppen, wenn nein: entsprechende statistische Analyse?	ja	ja	Ja	ja
b. Gruppen vergleichbar bez. auf Abschluss der Behandlung?	unklar	unklar	Ja	Nicht anwendbar
c. Gruppen vergleichbar bezogen auf Existenz von Zielkriterien?	unklar	ja	Unklar	Nicht anwendbar
Fazit 3: Attrition Bias? (niedriges Risiko, unklar, hohes Risiko)	Unklares Risiko	Niedriges Risiko	Niedriges Risiko	Niedriges Risiko
4. Detection bias				

	Meagher et al., 2012	Protz, Verheyen-Cronau, Heyer, 2013	Stern et al., 2014	Van Hecke, Grypdonck, Beele, Vanderwee, Defloor, 2011
a. Angemessene Zeitdauer für follow up?	nein	Unklar	Ja	Nein, 3 Monate später
b. Präzise Definition der Zielkriterien?	ja	nein	Ja	Ja
c. Valide und reliable Methode zur Messung der Zielkriterien?	ja	nein	Ja	Nein, häufig Selbstauskunft
d. Forschende blieben verblindet zur Gruppenzugehörigkeit?	unklar	nein	Nein	nein
e. Forschende blieben verblindet zu wichtigen Confounding Variablen und anderer prog. Faktoren?	unklar	nein	Nein	nein
Fazit 4: Detection Bias? (niedriges Risiko, unklar, hohes Risiko)	Unklares Risiko	Hohes Risiko	Hohes Risiko	Hohes Risiko

Bewertung: ja, unklar, nein, nicht anwendbar

Anhang 9: Analysen und Bewertungen Diagnostikstudien

Tabelle 72: Deskriptive Analyse von Augustin et al., 2010

Autor, Jahr	Fragestellung Design Finanzierung	Stichprobe/ Setting	Index-Test	Standard-Test	Ablauf und zeitliche Planung	Ergebnisse	Schlussfolgerung der Autoren	Kommentare der Reviewer
Augustin et al., 2010 Deutschland Evidenzstufe 2+	<ul style="list-style-type: none"> - Wie sind Reliabilität, Veränderungssensitivität und Validität des FLQ-w? - Zwei prosepkt. Beobachtungsstudien, eine RCT - KCI International, BioTissue Technologies 	<ul style="list-style-type: none"> - Studie 1: 210 Pat. mit akut. und chr. Wunden mit Vakuumtherapie - Studie 2: 502 Pat. Evaluation Versorgung - Studie 3: RCT, Wirksamkeit und Sicherheit Keratinocyten-Transplantation plus Kompression, Pat mit Ucv, 240 Pat, Randomisierung am Tag 28 bis Tag 56 - Keine weiteren Angaben zu Ein- und Ausschlusskriterien 	- FLQ-w	<ul style="list-style-type: none"> - EX-5D - Globales Assessment LQ durch Pat, VAS 0-10 	<ul style="list-style-type: none"> - Reliabilität: interne Konsist. (Studie 1-3) - Verteilungseffekte (Studie 1-3) - Konstrukt Validität: Vergleich mit EQ-5D, Einschätzung des Pat. globale LQ VAS 0-10 -Veränderungssensitivität (Studie 1): Korrelation mit Wundgröße, Wund-status, EQ-5D, globales Assessment LQ 0-10 -Veränderungssensitivität: Studie 2: Korrelation mit Schmerz, globales Assessment LQ 0-10; -Studie 3: Vergleich Tag 28 mit Tag 56; pers. Einschätzung 	<ul style="list-style-type: none"> - Studie 1: N=175 Pat., - Studie 2: 384 Pat., - Studie 3: 198 Pat. - 59-71 Jahre, 48%-63% Frauen, Ulcusgrößen Ø 13,3cm²-78,8cm² - Unterschiede in den Stichgruppen bzgl. Ulcusgröße, FLQ-w-Werte, EQ-5D - Geringe Boden- und Deckeneffekte (1-4,3%) - Fehlende Werte < 2% - Cronbach´s alpha > 0,8 - Test-Retest-R 0,69; p = 0,05 - Konstrukt V r= 0,38, r=0,67 - Veränderungssensitivität: Wundfläche und Wundstatus r=- 	<ul style="list-style-type: none"> -FLQ-w ist - praktikabel - ausreichende interne Konsistenz - Test-Retest-R moderat - Veränderungssensitiv im Vergleich zu EQ-5D und Einschätzung der glob. LQ, nicht zur Wundgröße 	<ul style="list-style-type: none"> - Unklares Risiko für Bias - Mangelnde Berichterstattung

Autor, Jahr	Fragestellung Design Finanzierung	Stichpro- be/Setting	Index-Test	Standard-Test	Ablauf und zeit- liche Planung	Ergebnisse	Schlussfolge- rung der Autoren	Kommentare der Reviewer
					des Therapieer- folges durch Pat. mittels 5er Skala; Vergleich FLQ-w Score Tag 28 und Tag 56 - Test-Retest-R: 28 d Intervall -Statistik: T-Test für Therapiever- gleiche; Pear- son´s Korrelati- on, lineare Re- gression, cron- bach´s alpha	0,04 (p=0,68), r=-0,14 (p=0,10); EQ-5D r=0,61 (p=0,001); glob. LQ r=-0,58 (p=0,001); The- rapieerfolg r=- 0,47 (p=0,001)		

Tabelle 73: Deskriptive Analyse von Augustin et al., 2014; Blome et al., 2014

Autor, Jahr	Fragestellung Design Finanzierung	Stichprobe/ Setting	Index-Test	Standard-Test	Ablauf und zeitliche Planung	Ergebnisse	Schlussfolgerung der Autoren	Kommentare der Reviewer
Blome et al., 2014 Augustin et al., 2014 Deutschland Evidenzstufe 2-	<ul style="list-style-type: none"> - Wie sind Praktikabilität, Reliabilität, Veränderungs-sensitivität und konvergente / Konstrukt-Validität des Wound-QoL - Studie 1: prospektive Beobachtungsstudie (Blome et al., 2014) - Studie 2: prospektive Beobachtungsstudie (Augustin et al., 2014) - Studie 1: Interne Finanzierung; Studie 2 keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> - Studie 1: Patienten mit chr. Wunden; zwei Spitäler - Studie 2: Pat. mit chr. Wunden, vier ambulante Wundkliniken - Keine weiteren Angaben zu Ein- und Ausschlusskriterien 	- Wound-QoL	<p>Studie 1: -EQ-5D3L, EQ VAS -zwei NRS (numerische Rating Skalen) (Teile des CWIS)</p> <p>Studie 2: -EQ-5D</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reliabilität: interne Konsistenz -Verteilungseffekte (Studie 2) - Konvergente Validität: Vergleich mit EQ-5D3L, EQ VAS, zwei NRS (numerische Rating Skalen) (Teile des CWIS) -Veränderungs-sensitivität: Studie 1: Follow up nach 4-12 Wochen; -Statistik: Item-Score Korrelation, Pearson´s Korrelation, Spearman Korrelation, cronbach´s alpha 	<ul style="list-style-type: none"> - Studie 1: N=154 Pat., Ø 65,3 Jahre, 54,5% Männer, 63% Uc, Wunddauer Ø 26,6 Monate - Studie 2: 100 Pat., Ø 67,5 Jahre, 52,5% Frauen, vaskuläre Wunden (N=65), immunologische Wunden (N=18), postchirurgische Wunden (N=17) -Praktikabilität: Studie 2: <1% fehlende Items, hohe Patientenakzeptanz (>95% Zustimmung), Aufwand Ø 2,4 Minuten - Geringe Boden- und keine Deckeneffekte - Cronbach´s alpha: Studie 1 zw. 0,71-0,91; Studie 2 0,89 -Konvergente / Konstrukt Validi- 	<ul style="list-style-type: none"> -Studie 1: Wound-QoL valide, intern konsistent, veränderungs-sensitiv; sollte in einer Längsschnittstudie bestätigt werden -Studie 2: Wound-QoL praktikables und valides Instrument 	<ul style="list-style-type: none"> - Unklares Risiko für Bias - Mangelnde Berichterstattung

Autor, Jahr	Fragestellung Design Finanzierung	Stichpro- be/Setting	Index-Test	Standard-Test	Ablauf und zeit- liche Planung	Ergebnisse	Schlussfolge- rung der Autoren	Kommentare der Reviewer
						tät: Studie 1 $r=0,48-0,69$; Studie 2 $r=0,51$; $p=0,003$ - Veränderungs- sensitivität: Stu- die 1 $r= 0,18-$ $0,52$		

Tabelle 74: Deskriptive Analyse von Chin et al., 2013

Autor, Jahr	Fragestellung Design Finanzierung	Stichprobe/ Setting	Index-Test	Standard-Test	Ablauf und zeitliche Planung	Ergebnisse	Schlussfolgerung der Autoren	Kommentare der Reviewer
Chin & Huang, 2013 Taiwan Evidenzstufe 2+	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung und Testung des Diabetes-foot self-care behavior scale (DFSBS) - Wie sind interne Konsistenz, Test-Retest-R, konvergente- und Konstruktvalidität? - Prospektive Beob. Studie - Förderung durch Fond eines Krankenhauses 	<ul style="list-style-type: none"> - Einschlusskriterien: - Pat. mit Typ II Diab., Monofilament Assessment: mind. 1 Punkt insensitiv, ≥ 20 Jahre - Ausschlusskriterien: immobil, offenes DFS, kognitive oder kommunikative Einschränkungen - Krankenhaus - N= 295 	<ul style="list-style-type: none"> - DFSBS: zwei Teile - Teil 1: Anzahl der Tage, an dem ein Verhalten durchgeführt wird - Teil 2: Häufigkeit des Verhaltens - 18 Items - Ausgeführt per Interview 	<ul style="list-style-type: none"> - Subskalen der Diabetes self-care scale (C-DSCS) und Diabetes self-care activity questionnaire (SDSCA) - Ausgeführt per Interview 	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung: Literaturanalyse, Facevalidität d. Experten, Pilotstudie (N=11) Verständlichkeit - Itemreduzierung d. Faktorenanalyse - Konvergente Validität: Korrelation m. Subskalen der Diabetes self-care scale (C-DSCS) und Diabetes self-care activity questionnaire (SDSCA) - Konstruktvalidität: Testung d. Hypothese: Pat. m. Anamnese DFS engagieren sich mehr in Fußpflege - Test-Retest-R: 2 Wo. Intervall - Statistik: T-Test, Faktorenanalyse, Spearman's rho, Pearson's Korr., Cronbach's alpha, ICC 	<ul style="list-style-type: none"> - N= 295, \emptyset 67 Jahre 51% männl., 36% Anamnese DFS - Faktorenanalyse: Ein Faktor, erklärte Varianz 39%, Faktorladungen 0,45-0,80 - Konvergente V (N=233): $r=0,45$ ($p < 0,001$), $\rho=0,87$, $p < 0,001$) - KonstruktV: sign Unterschied $p < 0,01$ - Cronbach's alpha 0,73 - Test-Retest R (N=30): ICC 0,92, $p < 0,001$ 	<ul style="list-style-type: none"> - DFSBS 7 Items - Valides und reliables Instrument - Akzeptable interne Konsistenz - Befriedigende Test-Retest-R - gute Konstruktvalidität - Ausfüllzeit 5 Min (per Interview) 	<ul style="list-style-type: none"> - Niedriges bis unklares Risiko für Bias - Mangelnde Berichterstattung

Tabelle 75: Deskriptive Analyse von Gorecki et al. 2013

Autor, Jahr	Fragestellung Design Finanzierung	Stichprobe/ Setting	Index-Test	Standard-Test	Ablauf und zeitliche Planung	Ergebnisse	Schlussfolgerung der Autoren	Kommentare der Reviewer
Gorecki et al., 2013 England Evidenzstufe 2++	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung und Testung des Pressure Ulcer-Quality of Life (PU-QOL) Instrumentes - multizentrische psychometrische Testung, zwei prospekt. Beobachtungsdesign - Wie sind Verteilung, Reliabilität und Validität des PU-QOL? - NIHR, UK 	<ul style="list-style-type: none"> - Gezielte Stichprobe, die alle Arten von Druckgeschwüren abbildet - Einschlusskriterien: - ≥ 18 J., exist. Dekubitus jeder Kategorie, Lokalisation, Dauer - Ausschlusskriterien: Inkontinenzläsionen, kognitiv und sprachlich eingeschränkt - 29 akute und häusliche NHS Organisationen in UK - N theoretisch geplant 110 bzw. 250 Pat (Rasch-Analyse) 	<ul style="list-style-type: none"> - PU-QOL, entwickelt auf Basis eines konzeptuellen Modells und literaturbasiert, ergänzt durch Pat.interviews (N=30) - Erste Testung mittels kognitiver Interviews (N=35) - Skala nach Studie 2: 83 Items, 10 Skalen - 	<ul style="list-style-type: none"> - SF-12 Version akut 	<ul style="list-style-type: none"> - Studie 1: Item-Analyse und Skalenkonstruktion - Rasch-Analyse - Verteilungscharakteristika - - Studie 2: - Interne Konsistenz - Test-Retest-R: Intervall unklar - Konstrukt Validität: Korrelation mit SF-12 - Konstruktvalidität: Rasch Methode, Homogenitätskoeff. - Kriteriumsvalidität: Hypothese - Diskriminante Validität: Korrelation zw. Skalen und Messungen versch. Konstrukte, z.B. Alter - Statistik: u.a. Cronbachs alpha, ICC, Pearson Korrelation, Rasch-Methode 	<ul style="list-style-type: none"> - Studie 1 - N= 227, Ø 72J, 60% weibl. - Für 93-99% der Pat. Summenscores berechenbar; Bodeneffekte, chronbach's alpha 0,89-0,96, Item-total-Korr. und Homogenität unterstützen ausreichende Konstruktvalidität - Zwei Skalen entfernt - Studie 2: - N= 229, Ø 71 J, 48% weibl. - Item-total-Korr. 0,51-0,94 - Cronbach's alpha > 0,7 - Test-Retest R für 8/10 Skalen > 0,7, 2 Skalen 0,62 bzw 0,63 - Konstruktvalidität mäßige bis hohe Item-total Korr, mäßige bis hohe inter- 	<ul style="list-style-type: none"> - PU-QOL 10 Skalen, 81 Items - Akzeptables, reliables und valides Instrument 	<ul style="list-style-type: none"> - Niedriges Risiko für Bias

Autor, Jahr	Fragestellung Design Finanzierung	Stichpro- be/Setting	Index-Test	Standard-Test	Ablauf und zeit- liche Planung	Ergebnisse	Schlussfolge- rung der Autoren	Kommentare der Reviewer
						item-Korr ($\emptyset > 0,48$) - Konstruktvalidi- tät: Korr mit SF- 12 wie geplant ($r > 0,30$) - Diskriminante V: Korr. mit Alter etc. wie geplant ($r > 0,30$) - KriteriumsV: Hypothesen wie geplant bestä- tigt		

Tabelle 76: Deskriptive Analyse von Harrendran et al., 2007

Autor, Jahr	Fragestellung Design Finanzierung	Stichprobe/ Setting	Index-Test	Standard-Test	Ablauf und zeitliche Planung	Ergebnisse	Schlussfolgerung der Autoren	Kommentare der Reviewer
Harrendran et al., 2007 England Evidenzstufe 2+	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung und Testung des Venous Leg Ulcer Quality of Life (VLU-QoL) Fragebogens - Wie sind Reliabilität und Validität? - Prospektive multizentrische Beobachtungsstudie, 3 Phasen - Keine Angaben zur Finanzierung 	<ul style="list-style-type: none"> -Phase 2 und Phase 3 -Einschlusskriterien: >18 J, Ucv seit mind 16 Wochen, Fähigkeiten des Verstehens und Beantworten des FB - Ausschlusskriterien: Diabetes, Uc anderer Genese - Ambulante Einrichtungen in vier Städten, UK 	<ul style="list-style-type: none"> -Phase 1: Itementwicklung: - Semistrukt. Interviews und Fokusgruppen (N= 36) - Adaption des SINDEX-29 - 19 Items spezifisch Ucv, total 48 Items 	<ul style="list-style-type: none"> - SF-36 	<ul style="list-style-type: none"> -Phase 1: Itemreduktion und Ersttestung - Test-Retest-R: 48-72 h Intervall -Phase 2 und 3: Bestätigung Skalenstruktur und Testung - Konstruktvalidität: Faktorenanalyse, Vergleich SF-36 - Test-Retest-R: 8 Wochen Intervall - Veränderungssensitivität Selbsteinschätzung Symptome und Belastungen - Statistik: Chi-Quadrat, t-Test, Mann-Whitney-U-Test, Faktorenanalyse, Cronbach's alpha, ICC, Spearman's Korr., Varianzanalyse 	<ul style="list-style-type: none"> -Phase 2: - N=124, 60% eine Wunde, Ø 32.1 mm, Ø 41 Monate - Boden- und Deckeneffekte - 34 Items, drei Faktoren, cronbach's alpha >0,8 - Test-Retest R (N=78), ICC > 0,8 -Phase 3: - N= 120, 75% eine Wunde, Ø 38,9 mm, Ø 36,9 Monate - Faktorenanalyse: zwei stabile Faktoren , Symptom Stress instabil - Konstrukt V: Korrelation zw. VLU-QoL und SF-36 - Diskriminante V: sign. Korrelationen zu Exsudat, Ödemen, Geruch, Schmerz, 	<ul style="list-style-type: none"> - Gute psychometrische Eigenschaften - Veränderungssensitivität gegeben 	<ul style="list-style-type: none"> - Niedriges bis unklares Risiko für Bias - Mangelnde Berichterstattung

Autor, Jahr	Fragestellung Design Finanzierung	Stichpro- be/Setting	Index-Test	Standard-Test	Ablauf und zeit- liche Planung	Ergebnisse	Schlussfolge- rung der Autoren	Kommentare der Reviewer
						- Veränderungs- sensitivität: Re- duktion der Be- lastungen korre- lierte mit Ver- besserung des VLU-QoL, je- doch nicht für Ulcusgröße - Test-Retest R (N=70): keine Angaben		

Tabelle 77: Deskriptive Analyse von Lincoln et al., 2007

Autor, Jahr	Fragestellung Design Finanzierung	Stichprobe/Setting	Index-Test	Standard-Test	Ablauf und zeitliche Planung	Ergebnisse	Schlussfolgerung der Autoren	Kommentare der Reviewer
Lincoln et al., 2007 England Evidenzstufe 2-	- Validierung des Nottingham Assessment of Functional Footcare (NAFF) - Prospektive Beobachtungsstudie - Nottingham and Derby Research Alliance; Owen Mumford Ltd. Oxford: Verfügungstellung von Neuropens®	-2 Studien -Studie 1: Pilotversion - Normaldaten: Einschlusskriterien: -Gesunde Menschen ohne Diabetes aus Mitarbeitenden; Ausschlusskriterien: < 18 Jahre, Amputation, keine Englischkenntnisse - Patientendaten: -Patienten mit Diabetes in Ambulanz; Ausschlusskriterien: < 18 Jahre, Amputation, keine Englischkenntnisse -Studie 2: revidierte Version, keine Angaben zu Ein- und Ausschlusskriterien	- Entwicklung: Extraktion von Aussagen aus Broschüren für Fußpflege, Antworten zu Häufigkeiten	- Kein Standardtest	-Studie 1: Validierung der Pilotversion - Patientengruppe aufgeteilt je nach neuropathischem Status zur Identifikation veränderungs-sensitiver Items - Interne Konsistenz -Studie 2: Testung der revidierten Version - Postversand an Pat. eines Gemeindezentrums im Rahmen einer anderen Studie - Interne Konsistenz - Diskriminante V: Vergleich Neuropathie -Test-Retest-R: 2 Wochen Intervall - Statistik: Spearman Korr., Wilcoxon rank test, Mann-Whitney-U Test	-Studie 1 - Normaldaten N= 61, Ø 42 J., interne Konsistenz 0,39 - Patienten N= 63, Ø 57 J., 19 Pat Neuropathie, interne Konsistenz 0,46 - Itemreduktion: 29 Items -Studie 2 - N=100, Ø 65J., 10 Pat. Neuropathie - Cronbach's alpha 0,53 - Diskriminante V: sign. Unterschied (p<0,01) - Test-Retest R (N= 91, Ø 65 J., 8 Pat. Neuropathie), r= 0,83 (p<0,001)	- Akzeptable interne Konsistenz, gute Test-Retest R - Kann als Instrument in der Forschung eingesetzt werden	- Unklares Risiko für Bias, kein Vergleich mit Standardtest - Teilweise mangelnde Berichterstattung - Autoren überbewerten die Qualität des NAFF

Tabelle 78: Deskriptive Analyse von Halbig et al., 2009

Autor, Jahr	Fragestellung Design Finanzierung	Stichprobe/ Setting	Index-Test	Standard-Test	Ablauf und zeitliche Planung	Ergebnisse	Schlussfolgerung der Autoren	Kommentare der Reviewer
Halbig et al., 2009 Deutschland Evidenzstufe 2+	<ul style="list-style-type: none"> - Testung der deutschsprachigen Version des Cardiff Wound Impact Schedule (CWIS) auf Konstruktvalidität, diskriminante Validität, Homogenität und Test-Retest-Reliabilität - Prospektive Beobachtungsstudie - Stiftung Coloplast 	<ul style="list-style-type: none"> - Einschlusskriterien: - Pat. mit Ucv, Uca, Ucm, DFS, offene und geheilte Wunden, kognitive Fähigkeiten und Sprachkenntnisse - Ausschlusskriterien: andere Wunden, mangelnde kogn. Fähigkeiten und Sprachkenntnisse - Setting: Krankenhäuser, Wundambulanzen, Pflegedienste, Pressemeldungen - Geplant N=150 	<ul style="list-style-type: none"> - Cardiff Wound Impact Schedule CWIS: 47 Items, drei Skalen plus zwei Items allg. Lebensqualität, Antworten des Erlebens und der Belastungen - Selbstausfüllen der Patienten 	- SF-36	<ul style="list-style-type: none"> - Konstruktvalidität: Vergleich SF-36 - Homogenität: Cronbach's alpha - Test-Retest-R: 7 Tage Intervall - Diskriminante Validität: Vergleich offene und geheilte Wunde - Statistik: Pearson's Korrelation, Cronbach's alpha, T-Test, Mann-Whitney-U-Test 	<ul style="list-style-type: none"> - N= 158, Ø 65J., 61% Männer, 75% offene Wunde, Ø 31 Monate, 24,7% Ucv, 13,9% Ucm, 6,3% Uca, 45% DFS - CWIS vollständig ausgefüllt von N=112, Ø 43 der 49 Items - Konstruktvalidität: $r > 0,48$ ($p > 0,01$) - Cronbach's alpha $> 0,7$ - Test-Retest R: N=80, $r \geq 0,7$ für zwei Skalen und Items LQ, Skala Wohlbefinden $r = 0,46$ - Diskriminante V: sign. Unterschiede offene und geheilte Wunde 	<ul style="list-style-type: none"> - CWIS in der deutschsprachigen Version valide und reliabel - Vergleichsweise hohe Anzahl fehlender Werte weist auf schwieriges Instrument zum Selbstausfüllen hin 	<ul style="list-style-type: none"> - Niedriges bis unklares Risiko für Bias - Teilweise mangelnde Berichterstattung

Tabelle 79: Deskriptive Analyse von Jaksa et al., 2010

Autor, Jahr	Fragestellung Design Finanzierung	Stichprobe/ Setting	Index-Test	Standard-Test	Ablauf und zeitliche Planung	Ergebnisse	Schlussfolgerung der Autoren	Kommentare der Reviewer
Jaksa et al., 2010 Kanada Evidenzstufe 2-	<ul style="list-style-type: none"> - Testung des CWIS bei Patienten mit DFS auf Konstrukt- und diskriminante Validität sowie Test-Retest-Reliabilität - Prospektive Beobachtungsstudie - Keine Angaben zur Finanzierung 	<ul style="list-style-type: none"> - Einschlusskriterien: -DFS, > 18 J., - Ausschlusskriterien: keine Angaben - Ambulante Wundklinik 	- Cardiff Wound Impact Schedule CWIS, keine weiteren Angaben dazu	- SF 36	<ul style="list-style-type: none"> - Konstrukt Validität: Vergleich SF-36 - Diskriminante Validität: Vergleich Schweregrad der Wunde, Wundklassifikation University of Texas, Unterschied geheilte und offene Wunden -Test-Retest-R: Intervall 5-7 Tage - Statistik: Regressionsanalyse, Korrelationen (Koeffizient nicht angegeben) 	<ul style="list-style-type: none"> - N= 30, Ø 49 J., Männer : Frauen 5:1, Wunddauer Ø 2,3 J. - Konstrukt V: sign. Korrelationen mit SF-36 ($r \geq 0,43$, $p < 0,01$) - Diskriminante V: Pat. mit schwereren Wundgraden hatten keine niedrigere LQ, Pat. mit geheilten Wunden hatten höhere LQ ($p < 0,01$) - Test-Retest-R: N=24, sign. Korrelationen ($r \geq 0,57$, $p < 0,01$) 	- CWIS kann Lebensqualität bei Pat. mit DFS einschätzen und hat ausreichende diskriminante Validität bezogen auf offene und geheilte Wunden	<ul style="list-style-type: none"> - Kleine Stichprobe -Niedriges bis unklares Risiko für Bias - Mangelnde Berichterstattung (statist. Kennwerte, Ablauf)

Tabelle 80: Deskriptive Analyse von Von Siebenthal, 2010

Autor, Jahr	Fragestellung Design Finanzierung	Stichprobe/ Setting	Index-Test	Standard-Test	Ablauf und zeitliche Planung	Ergebnisse	Schlussfolgerung der Autoren	Kommentare der Reviewer
Von Siebenthal, 2010 Schweiz Evidenzstufe 2-	<ul style="list-style-type: none"> - Testung des CWIS bei Patienten mit Beinwunden auf Konstrukt- und diskriminante Validität sowie Test-Retest-Reliabilität - Prospektive Beobachtungsstudie - Keine Angaben zur Finanzierung 	<ul style="list-style-type: none"> - Einschlusskriterien: ->18J, Ucv, Ucm, Uca, DFS, fähig zu schreiben und deutsch zu verstehen - Ausschlusskriterien: keine Angaben - Zwei Krankenhäuser - N= 150 	<ul style="list-style-type: none"> - Cardiff Wound Impact Schedule CWIS: 47 Items, drei Skalen plus zwei Items allg. Lebensqualität, Antworten des Erlebens und der Belastungen - Selbstausfüllen der Patienten 	- SF-36	<ul style="list-style-type: none"> - Konstruktvalidität: Vergleich mit SF-36 - Diskriminante Validität: Vergleich Wundstatus, 12 Wochen Intervall - Test-Retest-R: Intervall 5-7 Tage - Statistik: Pearson´s Korrelation, T-Test 	<ul style="list-style-type: none"> - N= 79, Ø 67 J, 41 Männer, 35% Ucv, 9% Ucm, 8% Uca, 34% DFS - CWIS 56 vollst. ausgefüllte FB - Konstruktvalidität: alle Skalen bis auf Wohlbefinden und emot. Rolle sign. Korrelationen zw. $r = 0.367$ und 0.616 ($p \leq 0.01$) - Diskriminante Validität: N=56, keine sign. Unterschiede zum Wundstatus - Test-Retest R: N=61, $r > 0,7$ 	<ul style="list-style-type: none"> - CWIS kann ein adäquates Instrument sein, sollte jedoch in einer größeren Stichprobe getestet werden 	<ul style="list-style-type: none"> - Kleine Stichprobe - Niedriges bis unklares Risiko für Bias - Mangelnde Berichterstattung

Tabelle 81: Bewertung der methodischen Qualität von Diagnostik-Studien (NICE, 2012; QUADAS 2)

	Augustin et al., 2010	Augustin et al., 2014	Chin & Huang, 2013	Gorecki et al., 2013	Hareendran et al., 2007	Lincoln et al., 2007	Halbig et al., 2009	Jaksa et al., 2010	Von Siebenthal, 2010
1: Auswahl der Patienten (Ja, nein, unklar)									
a. Aufnahme der Patienten per Zufall oder konsekutiv? (Ja, nein, unklar)	unklar	unklar	ja	Ja	ja	ja	ja	ja	ja
b. Vermeidung eines Case-Kontroll-Designs? (Ja, nein, unklar)	unklar	unklar	ja	Ja	ja	ja	ja	ja	ja
c. Vermeidung unangemessener Ausschlüsse von Patienten? (Ja, nein, unklar)	unklar	unklar	ja	ja	ja	ja	ja	unklar	unklar
Fazit 1: Könnte die Auswahl der Patienten zu Bias führen? (Niedrig, hoch, unklar)	unklar	unklar	niedrig	niedrig	niedrig	niedrig	niedrig	unklar	niedrig
2: Index Test									
a. Interpretation des Index-Testes ohne Wissen der Ergebnisse des Standard-Testes? (Ja, nein, unklar)	unklar	unklar	unklar	unklar	unklar	Nicht anwendbar	unklar	unklar	unklar
b. Bei Verwendung eines Schwellenwertes: Wurde dieser vorher festgelegt? (Ja, nein, unklar)	Nicht anwendbar	Nicht anwendbar	Nicht anwendbar	Nicht anwendbar	Nicht anwendbar	unklar	Nicht anwendbar	Nicht anwendbar	Nicht anwendbar
Fazit 2: Könnte die Durchführung oder die Interpretation des Index-Testes zu Bias führen? (Niedrig, hoch, unklar)	unklar	unklar	unklar	unklar	unklar	unklar	unklar	unklar	unklar
3: Standard Test (Reference-Standard)									
a. Kann der Standard-Test die gewünschte Eigenschaft korrekt einschätzen? (Ja, nein, unklar)	ja	ja	ja	ja	ja	Nicht anwendbar	ja	ja	ja
b. Interpretation des Standard-Testes ohne Wissen der Ergebnisse des Index-Testes? (Ja, nein, unklar)	unklar	unklar	unklar	ja	unklar	Nicht anwendbar	unklar	unklar	unklar

	Augustin et al., 2010	Augustin et al., 2014	Chin & Huang, 2013	Gorecki et al., 2013	Hareendran et al., 2007	Lincoln et al., 2007	Halbig et al., 2009	Jaksa et al., 2010	Von Siebenthal, 2010
unklar)									
Fazit 3: Könnte der Standard-Test, dessen Durchführung oder die Interpretation zu Bias führen? (Niedrig, hoch, unklar)	unklar	unklar	unklar	niedrig	unklar	Nicht anwendbar	unklar	unklar	unklar
4: Ablauf und zeitliche Planung									
a. Angemessenes Intervall zwischen Index- und Standard-Test? (Ja, nein, unklar)	ja	unklar	ja	ja	ja	Nicht anwendbar	ja	ja	ja
b. Erhielten alle Patienten den Standard-Test? (Ja, nein, unklar)	ja	ja	ja	ja	ja	Nicht anwendbar	ja	ja	ja
c. Erhielten alle Patienten den gleichen Standard-Test? (Ja, nein, unklar)	ja	ja	ja	ja	ja	Nicht anwendbar	ja	ja	ja
d. Einschluss aller Patienten in die Analyse? (Ja, nein, unklar)	unklar	unklar	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Fazit 4: Könnte der Patientenablauf zu Bias führen? (Niedrig, hoch, unklar)	niedrig	niedrig	niedrig	niedrig	niedrig	Nicht anwendbar	niedrig	niedrig	niedrig

Anhang 10: Analysen und Bewertungen qualitative Studien

Tabelle 82: Deskriptive Analyse Herber et al., 2008

Autor, Jahr	Fragestellung Design	Stichprobe/Setting	Datenerhebungsmethoden, Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerung der Autoren	Kommentare der Reviewer
Herber et al., 2008 Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Auswirkungen hat der Einsatz von Pflegeexperten im Projekt Tandempaxen auf Akteure (Arzt, Patient, Pflegeexperte)? - Mixed-Method-Desing, hier Teil deskriptive qual. Studie - Deutschland 	<ul style="list-style-type: none"> - Vollerhebung: Am Projekt beteiligte Akteure: Ärzte (6), Pflegeexperten (5), Patienten (17) - Stichprobe: Ärzte (5, 42-53 J), Pflegeexperten (5, 33-42 J), Patienten (12, 56-87 J) 	<ul style="list-style-type: none"> - Halbstrukturierte Einzelinterviews - durchgeführt von Akteuren nicht bekannten Person, Ort der Wahl (Praxis, Wohnung) - Dauer Ärzte 15-31 Min, Pflegeexperten 39-77 Min, Patienten 17-80 Min 	<ul style="list-style-type: none"> - Gemisch induktiv-deduktives Kodieren - Interviewer an Analyse nicht beteiligt - Peer-checking - MAX-QDA - Datensättigung erreicht 	<ul style="list-style-type: none"> - Pat.: erleben Intervention Tandempaxen als positiv, erhalten wertvolle praktische Tipps von Pflegeexperten, erleben psychosoziale Unterstützung, berichten von der Umsetzung neuer krankheitsbezogener Selbstpflegetätigkeiten, erleben Verbesserung d. Wundheilung - Ärzte: beurteilen Intervention unterschiedlich hinsichtlich des fachlichen Diskurses: positiv versus Reibungsverluste, nicht immer möglich, Pflegeexperten persönlich kennenzulernen -Pflegeexperten: teilweise sind Ärzte für Therapievor- 	<ul style="list-style-type: none"> - Patienten erleben den größten Nutzen aus Tandempaxen - Schwierigkeiten in Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeexperten - Hinweise auf Zusammenhang zwischen psychosozialer Unterstützung und Wundheilung bzw. Selbstpflegeverhalten 	<ul style="list-style-type: none"> - Moderates Risiko für Bias, Ergebnisse nicht ausreichend nachvollziehbar, da wenig Zitate angegeben - Schlussfolgerung teilweise kausal formuliert

Autor, Jahr	Fragestellung Design	Stichpro- be/Setting	Datenerhebungs- methoden, In- strumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerung der Autoren	Kommentare der Reviewer
					schläge aufge- schlossen, Proble- matiken hinsicht- lich Abwägung Beratung versus Behandlungsho- heit Arzt		

Tabelle 83: Deskriptive Analyse Van Hecke et al., 2011

Autor, Jahr	Fragestellung Design	Stichprobe/Setting	Datenerhebungsmethoden, Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerung der Autoren	Kommentare der Reviewer
Van Hecke, Verhaeghe et al. 2011 Belgien	- Klärung und Interpretation der dem Verhalten der Patienten zugrundeliegenden Prozesse und Erfahrungen - Qualitative Feldstudie	- EK: ABPI zw. 0.8 und 1.2; Verschreibung von Kompression, holländische Sprachkenntnisse, Fähigkeit des Lesens und Schreibens, Versorgung durch ambulante Pflege und non-adherent - AK: Kommunikationsdefizite, Bewegungseinschränkung durch Fußgelenk, total bewegungsabhängig - Häusliche Pflege - Teil der Studie von Van Hecke, Grypdonck et al., 2011	- Halb strukturierte Interviews eine Woche nach Ende der Intervention - Beobachtungen der die Intervention anbietenden Pflegenden	- Entwicklung eines konzeptuellen Rahmens - Keine spezielle Analysemethode genannt	- 25 Patienten - Fünf Faktoren: Erwartungen an die Ergebnisse der Therapie, Vertrauen / sich sicher fühlen, Vermeidung von Furcht, Selbstwirksamkeit, Patientenbezogene Faktoren	- Entwicklung eines konzeptuellen Rahmens - Pflegenden sollten gewahr sein, wie pflegebezogene Faktoren die Adhärenz beeinflussen	- Ausreichende methodische Qualität

Tabelle 84: Bewertung der methodischen Qualität von qualitativen Studien (NICE, 2012)

	Herber, Schnepf, Rieger, Wilm, 2008	Van Hecke, Verhaeghe et al., 2011
1. Theoretischer Ansatz		
a. Ist der qualitative Ansatz angemessen? (Angemessen, unangemessen, unsicher)	Angemessen	Angemessen
b. Ist die Studie ausreichend legitimiert? (Klar, unklar, gemischt)	Klar, da Teile eines Mixed-Method- Design	Klar
2. Design		
Wie vertretbar ist das gewählte Design? (Ver- tretbar, nicht vertretbar, unsicher)	Vertretbar	Vertretbar
3. Datensammlung		
Qualität der durchgeführten Datensammlung (z.B. Art, Transskription?) (Angemessen, unan- gemessen, unsicher/inadäquat dargestellt)	Angemessen	Angemessen
4. Validität		
a. Klar beschriebener Kontext? (Klar, unklar, unsicher)	Klar	Klar
b. Reliable Methoden der Datensammlung? (Reliabel, nicht reliabel, unsicher)	Reliabel	Reliabel
5. Analyse		
a. Ausreichende „tiefe“ (rich) Beschreibung der Ergebnisse? (Tief, oberflächlich, unsi- cher/nicht dargestellt)	Eher oberflächliche Beschreibung der Ergebnisse	Tiefe Beschreibung
b. Beachtung der Gütekriterien? (Reliabel, nicht reliabel, unsicher)	Reliabel	Reliabel
c. Überzeugende Ergebnisse?(Überzeugend, nicht überzeugend, unsicher)	Ergebnisse nicht ausreichend nachvoll- ziehbar, da wenig Zitate angegeben	Überzeugend
d. Adäquate Schlussfolgerungen? (Adäquat, inadäquat, unsicher)	Unsicher, da Schlussfolgerung teilweise kausal formuliert wird	Adäquat
6. Ethik		
a. Genehmigung durch eine Ethikkommissi- on? (Ja, nein, unsicher/nicht beschrie- ben/nicht anwendbar)	Nicht beschrieben	Ja
b. Rolle der Forscher klar beschrieben? (Klar, unklar, unsicher/nicht dargestellt)	klar	Ja