

Wunden, die nicht heilen dürfen

Es ist ein Skandal in Praxen und Kliniken: Millionen chronischer Wunden werden aus Spargründen weiter „trocken“ und damit falsch behandelt.

Die Behandlung nicht heilen wollender Wunden ist in Deutschland nach wie vor unzulänglich. Chronische Wunden sind, einer Stellungnahme des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen zufolge, nicht nur ein ernstes medizinisches, sondern auch ökonomisches Problem. Ein Viertel der im Herbst 2006 vom Kieler Institut für Gesundheitssystemforschung befragten Ärzten schätzt die Versorgungsqualität als ungenügend ein. Die Experten schätzen, dass hierzulande zwei bis vier Millionen Menschen an häufig nicht heilenden chronischen Wunden leiden. Die Behandlungskosten werden auf 1 bis 1,5 Milliarden Euro jährlich geschätzt. Die Lebensqualität der Kranken ist eingeschränkt, und sie leiden unter vermeidbaren Schmerzen.

Und mit der Alterung der Bevölkerung werden künftig noch weit mehr Menschen an solchen schwer heilenden Wunden leiden.

Angesichts der erheblichen Mängel in der Wundversorgung hat die Zeitschrift „Der Hautarzt“ jüngst abermals eine Ausgabe weitgehend der Wundheilung gewidmet. Die Ursachen für die Misere liegen vor allem darin begründet, dass es nach wie vor keine Standardisierung der modernen Wundversorgung gibt. Es fehlt, wie W. Tilgen von der Hautklinik der Universität des Saarlandes in Homburg feststellt, an einem interdisziplinären Netzwerk, das stationär und ambulant dafür sorgt, dass Wunden dem jeweiligen Zustand entsprechend angemessen versorgt werden. Das größte Defizit liegt allerdings darin, dass die Prinzipien der modernen Wundversorgung von vielen Ärzten aus Ignoranz oder aus ökonomischen Gründen missachtet werden.

Es wird weiterhin die traditionelle Art der Wundversorgung mit trockenen Ver-

bandsmaterialien – etwa Mull – praktiziert. Die modernen Verfahren beruhen hingegen auf einer feuchten Wundbehandlung, die den natürlichen Heilungsvorgang unterstützt statt ihn zu unterbinden.

Die Wundheilung ist, wie sich herausgestellt hat, ein komplexer biologischer Komplex, der mehrere Stadien durchläuft – von der mit Abbauprozessen eingehenden Wundreinigung bis hin zur Neubildung von Geweben und der allmählichen Schließung des Defekts. Die Physiologie der Wundheilung ist erst unzureichend erforscht. Die Hoffnungen, mit Wachstumsfaktoren die Wundheilung zu beschleunigen, haben sich als trügerisch erwiesen. An den Reparaturvorgängen ist offensichtlich, wie die Arbeitsgruppe um S. A. Emig von der Hautklinik der Universität Köln berichtet, ein komplexes Netzwerk zahlreicher zellulärer und außerzellulärer Botenstoffe beteiligt. Störungen in diesen molekularen Netzwerken führen zu Veränderungen, die beispielsweise die anfängliche Entzündungsphase verlängern. Wie Emig fand, vernichten Enzyme, vor allem Proteasen, die Wachstumsfaktoren. Deshalb hat man in Köln mit gentechnischen Verfahren einen Wachstumsfaktor hergestellt, der von Proteasen nicht abgebaut werden kann. Bei zuckerkranken Mäusen fördert dieser Faktor den Wundverschluss, so dass man durchaus auch bei der Behandlung chronischer Wunden beim Menschen mit ähnlichen Fortschritten rechnen kann.

Voraussetzung einer erfolgreichen Therapie ist allerdings die Behebung der Störungen, die der Wundheilung zugrunde liegen, soweit dies möglich ist. Es kann sich bei Beingeschwüren um Durchblutungsstörungen handeln, die von Venenleiden oder Gefäßschäden bei Diabetikern herrühren. Aber auch übermäßige mechanische Belastungen sind gefährlich, da sie zu den gefürchteten Druckgeschwüren führen. Bei großen tiefen Wunden ist zudem eine Deckung des Defekts, etwa mit Gewebetransplantaten, angebracht.

Nach der Versorgung des Wundgebiets geht es darum, Bedingungen zu schaffen, die die Regeneration der Haut fördern. Untersuchungen in den frühen sechziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts haben ergeben, dass die feuchte Wundbehandlung nicht nur den Aufbau des neuen Gewebes fördert, sondern auch das Austrocknen und eine weitere Schädigung des Wundgebiets verhindert. Eine trockene Wunde ist daher für die Experten eine tote Wunde.

Die Wiederentdeckung des Prinzips der in vielen Kulturkreisen praktizierten feuchten Wundbehandlung hat zur Entwicklung zahlreicher Wundaufgaben geführt, die das Mikroklima im Gewebe günstig beeinflussen. Hydrokoloide und Hydrogele, Alginate und Poliourethanschäume sorgen dafür, dass, wenn nötig, Flüssigkeit aus dem Wundgebiet gesaugt wird, dies dennoch aber feucht bleibt. Teilweise wird durch sogenannte Vakuumverbände die Entfernung von Wundsekret forciert.

Trotz der erwiesenen Vorteile der feuchten Verbandsmaterialien werden allenfalls vierzig Prozent der Patienten mit chronischen Wunden damit versorgt. Das hat zum geringeren Teil mit mangelnden Kenntnissen oder mangelnder Beweglichkeit der Ärzte zu tun, sondern mit wirtschaftlichen Faktoren. Moderne Wundverbände sind teurer als herkömmliche Materialien. Da deren Finanzierung mancherlei Schwierigkeiten bereitet, verzichten viele Ärzte auf deren Anwendung, obwohl sie von den Vorteilen einer solchen Behandlung überzeugt sind.

Das erhöht insgesamt die Behandlungskosten und belastet die Patienten mit häufigeren und auch schmerzhaften Verbandswechseln. Der Berufsverband der Chirurgen fordert daher Maßnahmen zu einer Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten Wundversorgung. Wundzentren, wie sie bereits an manchen Kliniken entstanden sind, könnten die Behandlung der Patienten nachhaltig verbessern, weil sie den interdisziplinären Erfordernissen am besten gewachsen sind. RAINER FLÖHL