

Schwierige Wunden

Verband wechseln, lüften, trockenlegen – so behandelten die meisten Ärzte chronische Blessuren. Die Patienten litten oft jahrelang. Neuerdings gilt: Das Pflaster bleibt drauf.

Von Stefanie Schramm

Das kleinere Problem war, dass Erhard Höfler nichts merkte. Plötzlich war die Blase am großen Zeh da, wohl von einem Stein im Schuh, aber der Maschinenbauer hatte keinen Schmerz gespürt. Das große Problem war, dass die Wunde nicht heilte – bis heute nicht, zwei Jahre nach der ersten Blase. Inzwischen musste der Zeh amputiert werden. Die Amputationswunde wanderte unter den Fußballen, der Fuß verformte sich. Bis jetzt konnte niemand Erhard Höfler helfen oder ihm zumindest sagen, woher das Problem rührt. Empfindungs- und Wundheilungsstörungen sind oft ein Zeichen von Diabetes, doch Höfler ist nicht zuckerkrank. Er ließ sich von den verschiedensten Fachärzten durchchecken, ohne Ergebnis. Er versuchte es mit Naturmedizin, ohne Erfolg.

Anke Bültemann, Pflegeexpertin für chronische Wunden an der Asklepios-Klinik in Hamburg-Harburg, greift zum Skalpell. Jeden Dienstag kommt Höfler ins Harburger Wundzentrum. Vorsichtig befreit Bültemann die Wundränder an seinem Fuß von Hornhaut, mit einer Pinzette reinigt sie den Wundgrund. »Die Wunde stagniert vollkommen, da passiert überhaupt nichts«, sagt sie. »Jetzt blutet es wenigstens mal ein bisschen.« Entspannt liegt Höfler im Behandlungsraum, er spürt ja nichts. Im Sommer fährt der 61-Jährige Inlineskates, im Winter Ski. »Das geht ganz gut, die festen Schuhe geben mir Halt«, meint er. Anke Bültemann stopft einen weißen Flicker in die Wunde, legt ein Feuchtigkeit aufsaugendes Säckchen darauf und verpackt das Ganze mit wasserdichter Folie. Höfler zieht seinen Spezialschuh an; den nächsten Termin hat er schon.

Nur jede fünfte chronische Wunde wird richtig behandelt

Viele Hunderttausend Menschen leiden in Deutschland unter chronischen Wunden. Ursache des Übels ist meist eine Durchblutungsstörung, sei es durch eine Thrombose oder Krampfader (»offenes Bein«), durch Diabetes oder ständige Druckbelastung (Dekubitus). Jährlich werden etwa 28000 diabetische Füße amputiert. Viele der Amputationen wären vermeidbar, ebenso 90 Prozent der Druckgeschwüre, sagt die Initiative Chronische Wunden (ICW). Nur jede fünfte chronische Wunde werde richtig versorgt.

Dabei weiß man schon lange, wie Wunden am schnellsten heilen, und neue Hightechverbände machen die Behandlung besser und einfacher. Die Tücke liegt darin, dass sich allzu viele um die Wunden kümmern: Chirurgen und Gefäßspezialisten, Hautärzte und Internisten, Klinik- und Hausärzte und nicht zuletzt Pfleger. Da sind die Meinungen zahlreich, die Aufgaben oft nicht klar verteilt und Kompetenzen rasch empfindlich infrage gestellt. Abrechnungssystem und Zuweisungsstrategie machen die Sache zusätzlich kompliziert: Spezialisierte Wundzentren wie an der Hamburger Klinik könnten auch ambulante Patienten optimal versorgen, dürfen aber meist nicht. Hausärzte hingegen dürfen, doch ihr Budget reicht häufig nur für veraltete Methoden.

Immerhin, erste Schritte zur Entwirrung des Kompetenzknäuels sind gemacht. Viele große Krankenhäuser haben Wundsprechstunden als zentrale Anlaufstelle für Patienten eingerichtet. Ärzte aller zuständigen Fachrichtungen sind daran beteiligt. Zunächst war es nicht einfach, die Kollegen und Klinikleitung von der Wichtigkeit des Unterfangens zu überzeugen, erinnert sich Gernold Wozniak, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Wundbehandlung und Wundheilung (DGfW): »Als ich hier ans Knappschafts-Krankenhaus Bottrop kam und mich als ausgebildeter Gefäßchirurg um Wunden kümmern wollte, fragten sich erst mal alle, ob ich nicht operieren könne.«

Zusammengehalten werden die interdisziplinären Zentren oft von Pflegerinnen oder Pflegern, die sich wie Anke Bültemann in Hamburg-Harburg auf die Behandlung von Wunden spezialisiert haben. Die ICW hat ein Konzept für die Ausbildung zum Wundexperten entwickelt; Ende des Jahres sollen 4300 Pflegekräfte geschult sein. Nicht immer jedoch funktioniert die Zusammenarbeit zwischen den neuen Experten und den Ärzten reibungslos. »Manchmal fühlen sich die Ärzte von den Wundmanagern bevormundet, die teilweise recht forsch auftreten. Einige trauen sich aber auch nicht, die Ärzte anzusprechen, wenn sie etwas besser wissen«, sagt Veronika Gerber, die Vorsitzende der ICW.

Einen Erfolg hat die Zentralisierung und Spezialisierung in der Wundbehandlung aber schon gebracht: Mittlerweile sind sich zumindest die Fachleute – Pfleger wie Ärzte – einig, dass die meisten Wunden am besten heilen, wenn sie feucht gehalten werden. »Früher wollten die Ärzte Wunden unbedingt trocken kriegen«, sagt Wozniak von der DGfW. Was feucht war, galt

als infiziert – und ekelig. Einer seiner Lehrer, berichtet der Chirurg, habe mal für einen Tag ausprobiert, eine Wunde feucht zu halten. »Dann war er völlig schockiert, weil alles matschig war und nach einer Infektion aussah.«

Dabei ist die Erkenntnis nicht neu. Schon 1962 hatte der Engländer George Winter in Experimenten mit Hausschweinen nachgewiesen, dass feuchte Wunden schneller und besser heilen. Zellen und Wachstumsfaktoren sind im feuchten Milieu mobiler und können so den Aufbau besser bewerkstelligen. Und dem Patienten bleiben beim Verbandwechsel eine Menge Schmerzen erspart, weil die Mullkompressen nicht mit der Wunde verkleben.

Im besten Fall muss der Verband tagelang gar nicht gewechselt werden. Möglich machen das Hightechmaterialien, die ähnlich wie ein Treibhaus Feuchtigkeit und Temperatur regulieren und so ein gutes Klima für die Heilung schaffen. Wunden heilen nämlich auch dann besser, wenn sie warm bleiben, 35 Grad sind optimal. Wundheilung wird damit zur Materialwissenschaft; Salben, Pasten und Tinkturen haben ausgedient. »Wir sind davon abgekommen, etwas in die Wunde hineinzutun, da Allergien und Unverträglichkeiten zunehmen«, sagt Gernold Wozniak. Selbst auf einstige Hoffnungsträger wie Enzyme oder Wachstumsfaktoren setze kaum jemand mehr, meint Stephan Coerper, der Leiter der Wundsprechstunde an der Tübinger Uniklinik. »Die haben enttäuscht.« Stattdessen sollen körpereigene Substanzen die Arbeit übernehmen, der Verband hat lediglich das richtige Umfeld zu schaffen.

Dafür haben die Pflasterfabrikanten allerhand Verpackungstricks entwickelt: In Hydrokolloidverbänden nehmen große Zuckermoleküle Flüssigkeit auf und werden dabei zu Gel. Häufig kommen dafür Pektine zum Einsatz, die auch die Konfitüre stabilisieren. In Alginaten übernimmt ein Extrakt aus Braunalgen dieselbe Aufgabe. Und in Schaumverbänden saugen Polyurethane das Wundwasser auf. Auch wenn verschiedene Wunden verschiedene Deckel brauchen – der Trend geht eindeutig zum Schaum.

»Hydrokolloide reichen nur für oberflächliche Wunden. Dann muss ich mit einem Alginat ausstopfen oder vielleicht noch ein Gel auftragen, das kostet viel Geld«, erklärt Wozniak. Außerdem lässt sich schwer abschätzen, wie der Materialmix wirkt, womöglich erhöht er gar das Allergierisiko. Bei der Anwendung von Hydrokolloiden entsteht zudem häufig ein durchdringender Geruch. Auch die Patienten schätzten deshalb den Schaumstoff, meint Wozniak. »Die Geruchsentwicklung ist dabei oft geringer.«

Wissenschaftliche Beweise, dass dieser oder jener Hightechverband besser ist, gibt es jedoch nicht. »Zu kleine Studien«, »unzureichende Daten«, »nicht genügend Belege« klagen die Autoren, die für die Cochrane Collaboration Übersichtsartikel zum Thema verfasst haben. »Es gibt keine randomisierten Studien«, sagt auch DGfW-Chef Wozniak, relativiert aber: »Die gibt es für andere etablierte Verfahren auch nicht.« Wie soll man es auch anstellen? Systematisch den einen Patienten einen schickten Schaumstoffverband verpassen, die anderen mit Hydrokolloiden verpfastern? Ganz zu schweigen davon, wie man solche Studien ordentlich verblinden sollte. Schaum und Gel kann jeder unterscheiden, anders als zwei weiße Pillen. Und schließlich: Jede Wunde ist anders. Die Wahl des Verbandes bleibt deshalb größtenteils Erfahrungssache.

Hightech-Materialien ersparen den häufigen Verbandwechsel

Damit eine Wunde im eigenen Saft heilen kann, braucht es aber nicht nur das richtige Material, sondern auch ein Umdenken der Ärzte. »Früher hat man bei der Visite alle Verbände auf der Station aufgerissen, und wenn der Chef drei Stunden später durch war, waren die Wunden trocken und kalt«, sagt der Chirurg Wozniak. Solche Fehler sind in vielen Kliniken Vergangenheit. Dennoch werden Verbände zu oft gewechselt, auch weil die Ärzte noch nicht an die neuen Materialien gewöhnt sind. »Das sind ja eigentlich gar keine Verbände mehr, sondern Ersatzprodukte für Gewebe und Haut. Die können so lange draufbleiben, wie der jeweilige Ersatz gebraucht wird. Wechseln muss man sie nur, wenn Flüssigkeit ausläuft oder sich die Auflage löst«, erklärt die ICW-Vorsitzende Veronika Gerber. Also: Finger weg vom Verband, solange es geht.

Manchem Chirurgen fällt das nicht leicht. Zu gern würde er wissen, wie es mit der Heilung vorangeht, ob die Wunde säuerlich rosa, eitrig-gelb oder nekrotisch-schwarz ist. »Einen Verband fünf Tage draufzulassen ist für einige ganz schön schwierig«, sagt Wundexpertin Anke Bültemann. Doch auch für dieses Problem bietet die Pflasterindustrie eine Lösung: den Verband zum Durchgucken.

Das Schaupflaster ist aufgebaut wie ein Sandwich. Zwischen zwei hauchdünnen Folien steckt ein durchsichtiges Kissen aus Acrylpolymeren. Die untere Folie ist durchlöchert, damit Wundflüssigkeit in den Kern vordringen kann, die obere Schicht atmungsaktiv. Nur 20 Mikrometer ist die Folie dick. Hergestellt wird sie in Apparaten, die wie riesige Seifenblasenmaschinen funktionieren. In ihnen wird Polyurethan-Granulat geschmolzen und mit einem heißen Luftstrom zu einem Schlauch geblasen, die Folie dann schnell auf ein Trägermaterial gebracht und aufgerollt, damit sie nicht reißt. Bis zu sieben Tage kann der Transparentverband auf der Wunde bleiben.

»Das ist ja klasse.« Bültemann befühlt fasziniert das Pflaster auf dem Bein von Ruth Rosien, die zum ersten Mal den Hightechverband ausprobiert hat. Der 72-jährigen Patientin ist vor einer Woche Haut vom Oberschenkel auf eine offene Stelle

am Knöchel transplantiert worden. Das Pflaster auf der Entnahmestelle sieht ein wenig aus wie zerbrochenes Glas. Es ist leicht gelb verfärbt, aber immer noch durchsichtig. »Für oberflächliche Wunden ist das super«, urteilt Bültemann.

Vorsichtig löst sie den Verband an Ruth Rosiens Knöchel. Auf der dunkelroten Wunde ist das Gitter des Transplantats zu erkennen, zum Teil ist es verschorft und dunkel verfärbt. »Das sollte nicht sein. Der Schorf verhindert die Heilung, und ein Teil des Transplantats ist nicht angewachsen«, meint die Expertin. Behutsam entfernt sie beides aus der Wunde. Ruth Rosien war vor einem drei viertel Jahr gestolpert, an einer kleinen Stufe vom Flur in die Küche. Gebrochen hat sie sich nichts, doch die strapazierte Haut an ihrem Unterschenkel platzte auf und heilte bis heute nicht. Ulcus cruris venosum nennt das der Arzt, offenes Bein der Laie. »Als ich 1959 meine Tochter bekam, hatte ich eine Thrombose. Da konnte man damals nicht viel machen«, erzählt Rosien. Seitdem transportieren ihre Beinvenen das Blut nicht wie sie sollten, das Gewebe ist geschädigt.

»Jetzt ist sie wieder schön«, sagt Bültemann und zückt die Digitalkamera. Sie lichtet die rote ovale Wunde ab. »Ich gebe Ihnen einen Brief für Ihren Hausarzt mit, damit der weiß, was wir gemacht haben«, erklärt sie der Patientin, lädt die Fotos in den Computer und fügt sie direkt in den Arztbrief ein. So kann sich der Hausarzt ein genaues Bild von der Behandlung machen und sie besser fortsetzen.

Anke Bültemann und ihre Kolleginnen vom Wundzentrum Harburg versuchen, die niedergelassenen Ärzte, ambulante Pflegedienste und die Pflegekräfte an der Klinik in die Wundversorgung einzubinden. »Wir schulen Pfleger für jede Station und haben zusammen mit den anderen Krankenhäusern der LBK-Hamburg-Gruppe eine Wundfibel erarbeitet. Die gilt jetzt als medizinischer Behandlungsstandard«, erzählt Bültemann. Damit die Wunden kontinuierlich richtig behandelt werden können, dokumentieren die Wundheiler jede einzelne im Computer. Die Digicam hat Bültemann deshalb immer in der Kitteltasche.

Allzu oft bleibt das Wissen um die richtige Versorgung jedoch noch auf die spezialisierten Zentren beschränkt und dringt kaum in die anderen Stationen einer Klinik, geschweige denn zu den Hausärzten. Patienten mit nicht heilen wollenden Verletzungen landen häufig erst dann in der Wundsprechstunde, wenn schon viel verloren ist. Und wenn sie auf dem Weg der Besserung und in die Obhut des Hausarztes entlassen sind, geht manchmal alles von vorn los, erzählt Veronika Gerber von der ICW. »Das ist schon ärgerlich, wenn dann einfach trockene Kompressen draufgelegt werden. Dann war die ganze Arbeit umsonst.«

Alles Wissen bringt nichts, wenn das Geld fehlt. »Hausärzte können sich die richtigen Materialien oft nicht leisten«, sagt Gernold Wozniak. »Da bleibt es dann häufig bei Fettgaze und Mullbinde.« Dabei sind die Hightechverbände unter dem Strich nicht unbedingt teurer, schließlich müssen sie seltener gewechselt werden. Das verringert zum einen die Materialkosten, zum anderen muss der Pflegedienst seltener zum Verbandwechsel ausrücken.

Die Kassen zahlen Milliarden für die Folgen schlechter Versorgung

Für den Arzt ist das allerdings nur ein kleiner Anreiz: Leistungen des Pflegedienstes gehen nicht auf sein Budget, entsprechende Einsparungen also auch nicht. Am Ende kommt die billige Behandlung dann die Kassen teuer zu stehen: Im Jahr 2005 summierten sich die Folgekosten auf 1,7 Milliarden Euro, schätzt die ICW. Ganz zu schweigen von der zusätzlichen Pein.

Hergeben mögen viele Hausärzte die Dauerpatienten dennoch nicht. »Vier Jahre lang musste ich kämpfen, damit ich Patienten mit chronischen Wunden ambulant behandeln durfte«, sagt Wozniak, der die Wundsprechstunde am Knappschafts-Krankenhaus in Bottrop leitet. Er redete mit den örtlichen Hausärzten und verhandelte mit der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung; schließlich bekam er eine »Ermächtigung zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung«. Zumindest Patienten, die eine Überweisung vom Chirurgen vorlegen können, darf er nun behandeln.

Auch die Wundexperten in Hamburg-Harburg kennen diese Zwickmühle. »Unser Wundzentrum hat keine Kassenzulassung, deshalb ist die ambulante Versorgung für uns ein Verlustgeschäft. Oft stehen aber entlassene Patienten wieder vor der Tür, weil ihr Hausarzt ihnen kein Rezept ausstellen kann«, sagt der Chefarzt Sebastian Debus. Die Hamburger haben für das Problem eine eigene Lösung gefunden: »Wir versuchen, die Versorgung teilweise über Studien zu finanzieren.«

Eine allgemeine Basis für die Zusammenarbeit zwischen Klinik- und Hausärzten will nun die DGfW schaffen. Sie verhandelt mit dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen über einen Rahmenvertrag. Wozniak ist optimistisch: »Wir sind fast so weit. Und der Vertrag könnte von anderen Krankenkassen übernommen werden.« Die Patienten können nur hoffen, dass die Initiative mehr Erfolg hat als der Vorstoß der kassenärztlichen Bundesvereinigung vor zwei Jahren. Schon 2005 hatte sie ein Konzept für die Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden entwickelt und den Spitzenverbänden der Krankenkassen angeboten. Damit sollte genau die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten, stationären Einrichtungen und Pflegediensten geregelt werden. Doch geschehen ist bisher nichts.