



Neues zur chronischen Wunde

Liebe Leserinnen und Leser,

trotz steter und zahlreicher Bemühungen stellt die Behandlung chronischer Wunden nach wie vor eine große Herausforderung dar.

Nach einer Erhebung der Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung (PMV) auf der Grundlage einer Versichertenstichprobe der AOK in Hessen kann in Deutschland von etwa 2,7 Mio. Wundpatienten ausgegangen werden, bei nahezu jedem Dritten kommt es zu einer gestörten Wundheilung mit Entwicklung einer chronischen Wunde, sodass etwa 800.000 Menschen mit einer chronischen Wunde jährlich in Deutschland behandelt werden müssen, Inzidenz weiter steigend. Jährlich werden hierzulande etwa 7,5 Mrd. € (=2,2 % der Gesamtausgaben im Gesundheitssektor) für die Wundbehandlung ausgegeben. Trotz dieser hohen finanziellen Aufwendungen gibt es erhebliches Verbesserungspotenzial in vielerlei Hinsicht. Die Ursachen für die unbefriedigende Situation sind vielfältig:

- Verzögerte Diagnostik
- Unzureichende bzw. verzögerte Kausaltherapie
- unattraktives Patientenkontingent (Multimorbidität, sozialer Status, „Problemkeime“)
- unzureichende Therapieadhärenz („Arzthopping“)
- unzureichende fachliche (insbesondere ärztliche) Qualifikation
- unzureichende Information der Patienten
- nicht aufwandsgerechte Vergütung im ambulanten Bereich
- unzureichende transsektorale Kooperation („Drehtüreffekt“)
- unzureichende Evidenzlage zur Wundbehandlung

Da rund 80 % der chronischen Wunden auf eine vaskuläre Genese zurückzuführen sind, fällt uns Gefäßmedizinern/-innen in Hinblick auf Diagnostik und Therapie eine Schlüsselrolle zu. In Relation zu etwa 30.000 Eingriffen bei Stenosen der A. carotis und einer ähnlichen Zahl von behandlungsbedürftigen Aortenpathologien finden 500.000 „vaskuläre“ chronische Wunden jedoch nach wie vor zu wenig Beachtung.

» Gefäßmedizinern fällt bei der Therapie chronischer Wunden eine Schlüsselrolle zu

Trotz flächendeckend sichergestellter gefäßchirurgischer Versorgung erleben wir es in unserer täglichen Praxis häufig, dass uns Patienten mit einer chronischen Wunde erst nach einem monate- oder jahrelangen „therapieresistenten“ Verlauf zur Abklärung der Durchblutungssituation vorgestellt werden. Nach einer venösen oder arteriellen Intervention bzw. adäquaten Kausaltherapie kann jedoch bei einer Vielzahl eine Abheilung erreicht werden. Häufig fehlt es im ambulanten Bereich aber schon an grundlegenden Dingen, mehr als 50 % der Patienten mit einem Ulcus cruris venosum erhalten keine Kompressionstherapie und ein nahezu identischer Anteil wird nicht mit einer hydroaktiven, stadiengerechten Wundbehandlung versorgt!

Wir müssen uns dringend vermehrt der Wunde widmen. Die Gefäßchirurgie verfügt im Gegensatz zu anderen Fachdisziplinen über das Alleinstellungsmerkmal Diagnostik, Kausaltherapie, Wundchirurgie inkl. einfacher plastischer rekonstruktiver Maßnahmen und Lokalthherapie aus einer Hand anbieten

zu können. Dieser Umstand prädestiniert uns, die zentrale Rolle in dem notwendigen interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenwirken in der Behandlung chronischer Wunden zu übernehmen. Um diesem begründeten Anspruch gerecht zu werden, sollten wir uns alle bestmöglich qualifizieren. Das Angebot an (zertifizierten) Wundkursen ist groß und ebenso wie die Zertifizierung der eigenen Ambulanz oder Klinik (Wundsiegel) mit überschaubarem Aufwand realisierbar. Deutschlandweit sind jedoch bis dato lediglich neun Zentren als gefäßchirurgisch spezialisierte Wundzentren (Wundsiegel ICW/DGG®) zertifiziert. Die Anzahl ärztlicher Absolventen unserer DGG-Wundkurse bewegt sich im zweistelligen Bereich bei zwischenzeitlich über 2800 Mitgliedern der DGG (<2 %).

Der Vorstand der DGG hat auf Initiative der Wundkommission die Einrichtung einer Awareness-Kampagne „Ihre Wunde in unsere Hände“ beschlossen. In Rahmen der diesjährigen Jahrestagung in Frankfurt wurde diese erstmals den Mitgliedern vorgestellt. Nun liegt es an uns allen, dieser Kampagne zu einem Erfolg zu verhelfen und unseren Anspruch, frühzeitiger in die Behandlung chronischer Wunden einbezogen zu werden, zu untermauern.

Ziel ist es, Patienten und Zuweiser dahingehend zu sensibilisieren, dass eine innerhalb von 6 Wochen nicht abgeheilte Wunde einem Gefäßchirurgen vorgestellt werden muss, um diejenigen Patienten frühzeitig einer adäquaten Kausaltherapie zuführen zu können, die einer arteriellen Revaskularisation oder venösen Verbesserung bei einer chronischen venösen Insuffizienz bedürfen.

Die Beiträge in diesem Heft beleuchten das Thema Wunde aus verschiedenen Perspektiven: Grundlagen, Prävention, Versorgungsforschung, Innovation und praxisrelevante Aspekte.

Über Wundheilungsstörungen im klinischen Kontext berichten *Diener et al.*, insbesondere unter Berücksichtigung der Pathophysiologie einer gestörten Wundheilung. Die effektive Reduktion von Wundinfektionen in der Gefäßchirurgie durch ein Hygienemaßnahmenbündel beschreiben *Karl et al.*

Die Arbeitsgruppe aus Aachen (*Gombert et al.*) beschäftigt sich in ihrer prospektiv randomisierten Studie mit der Prävention von inguinalen Wundkomplikationen durch den Einsatz eines Inzisionsmanagementsystems.

Aktuelle Defizite in der Diagnostik und Therapie von Patienten mit einem Ulcus cruris und Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur werden in der Übersichtsarbeit von *Diener et al.* dargestellt.

Erfahrungen aus drei Zentren zur Behandlung therapieresistenter Wunden mithilfe einer dezellularisierten Kollagenmatrix aus Fischhaut werden von *Dorweiler et al.* beschreiben. *S. Eder* zeigt ein mögliches Konzept zur Versorgung von Spalthautentnahmestellen.

Die Wunde hat die Menschheit und auch die Chirurgie seit jeher beschäftigt. – Widmen Sie diesem ureigenen chirurgischen Thema vermerkt Aufmerksamkeit und helfen Sie mit, die Wundbehandlung in Deutschland voranzubringen.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre und einen friedlichen Jahresausklang, frohe Festtage und alles Gute für 2018!

Ihre



Holger Diener



Thomas Karl

Korrespondenzadresse



Dr. H. Diener
Klinik für Gefäßmedizin,
Comprehensive Wound
Center, Universitäres
Herzzentrum Hamburg,
Universitätsklinik Hamburg
Eppendorf
Martinistraße 52,
20246 Hamburg, Deutschland
h.diener@uke.de



Dr. T. Karl
Klinik für Gefäß- und
Endovascularchirurgie,
Klinikum am Plattenwald
Am Plattenwald 1, 74177 Bad
Friedrichshall, Deutschland
thomas.karl@slk-kliniken.de

Interessenkonflikt. H. Diener und T. Karl geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Neuer Ansatz bei Antibiotikatherapie gegen Resistenzen

Kieler Forschungsteam nutzt evolutionäres Prinzip zur Entwicklung nachhaltiger Behandlungsformen in der Antibiotikatherapie.

Die Arbeitsgruppe Evolutionsökologie und Genetik der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU) konnte in einer Studie belegen, dass beim Krankheitskeim *Pseudomonas aeruginosa* die Evolution von Resistenz gegen bestimmte Antibiotika gleichzeitig zu einer erhöhten Empfindlichkeit gegenüber anderen Wirkstoffen führt.

Dieses Konzept der sogenannten „kollateralen Sensitivität“ eröffnet neue Perspektiven in der Bekämpfung multiresistenter Krankheitserreger. Als besonders effektiv stellte sich die Kombination von Antibiotika heraus, die unterschiedliche Wirkmechanismen aufweisen – insbesondere aus den Klassen der Aminoglykoside und Penicilline. Die Untersuchung der genetischen Grundlagen dieser Resistenzbildungen zeigte, dass drei spezifische Gene des Bakteriums dafür sorgten, dass es zugleich resistent und anfällig wird. Durch den kombinierten oder abwechselnden Einsatz von Antibiotika mit wechselseitigen Sensitivitäten lassen sich die Keime potentiell in eine evolutionäre Sackgasse treiben: Sobald sie gegen das eine resistent werden, sind sie empfindlich gegen das andere und umgekehrt, fassen die Autoren die Bedeutung der vorliegenden Arbeit zusammen. Diese neuen Ergebnisse aus dem Labor machen Hoffnung. Eine gezielte Kombination der noch wirksamen Antibiotika könnte zumindest für eine Atempause im Kampf gegen die sehr problematischen Resistenzbildungen sorgen.

Quelle: **Universität Kiel**
(www.uni-kiel.de)

basierend auf: Barbosa C et al (2017)
Molecular Biology and Evolution
doi 10.1093/molbev/msx158