



© davidran / iStock / Getty Images



Es **heilt** einfach nicht!

Wenn sich eine Wunde trotz adäquater Versorgung auch nach vier bis zwölf Wochen nicht schließen will oder immer wieder aufgeht, dann spricht man von einer chronischen Wunde. Die häufigsten Formen sind das **Unterschenkelgeschwür**, das **diabetische Fußsyndrom** und der **Dekubitus**.

Hinter chronischen Wunden stecken stets Grunderkrankungen, die die Wundheilung beeinträchtigen, und zwar dadurch, dass die Versorgung des Gewebes mit Sauerstoff und Nährstoffen oder der Abtransport von Stoffwechselprodukten gestört sind. Beim Unterschenkelgeschwür, auch Ulcus cruris genannt, ist es in den meisten Fällen ein chronisches Venenleiden, das den Transport des venösen Blutes behindert und zu einer „Versumpfung“ des Gewebes führt. Beim diabetischen Fuß sind es die arteriellen Gefäße, die durch schlecht eingestellte Blutzuckerwerte geschädigt werden, man spricht auch von der Mikro- oder Makroangiopathie des diabetischen Fußsyndroms. Sie führt zu einer arteriellen Minderdurchblutung des nachfolgenden Gewebes. Der Dekubitus ist ein Druckgeschwür der

Haut durch anhaltende Druckbelastung, die die Durchblutung der Haut stört. Dass die meisten chronischen Wunden am Fuß oder Unterschenkel auftreten, ist kein Zufall. Hier ist die Durchblutung ohnehin schlechter, vor allem in höherem Alter oder bei Rauchern. Chronische Wunden sind je nach Ausdehnung und Tiefe häufig sehr schmerzhaft, sodass die Gabe von Schmerzmitteln notwendig werden kann. Lediglich Diabetiker spüren durch die begleitende Neuropathie häufig nichts. Das ist jedoch keineswegs positiv, denn bis sie auf die Wunde aufmerksam werden, ist häufig schon viel Zeit – manchmal zu viel Zeit – vergangen.

Bei einem Verdacht auf eine chronische Wunde oder eine Wundheilungsstörung sollten Sie den Kunden stets zum Arzt schicken, dies ist kein Fall für die Selbstmedikation. Der Arzt kann nicht nur die

Wunde mit einem geeigneten Wundmanagement versorgen, sondern auch die Grunderkrankung behandeln.

So sollte es sein Bei stoffwechsel- und gefäßgesunden mobilen Menschen mit aktivem Immunsystem läuft die Wundheilung in drei Phasen ab. Man unterscheidet dabei die exsudative, die proliferative und die reparative Phase. Die Dauer der einzelnen Phasen hängt von der Wundgröße und dem Verlauf des Heilungsprozesses ab. Die verschiedenen Wundheilungsphasen laufen nicht zwingend getrennt nacheinander ab, sondern können zeitlich überlappen.

In der exsudativen Phase, auch Reinigungsphase oder inflammatorische beziehungsweise Entzündungsphase genannt, spült die Wunde durch die Produktion von Wundsekret (Exsudat) Krankheitserreger, Zelltrümmer und Schmutzpartikel aus und bildet dadurch überhaupt erst die Basis für den Aufbau neuen Gewebes. Diese Phase setzt sofort nach der Blutgerinnung ein und dauert ungefähr einen bis vier Tage. Währenddessen wandern Leukozyten in das Gebiet ein und beseitigen Mikroorganismen und Verunreinigungen durch Phagozytose. Nicht nur das Immunsystem ist an dieser Phase beteiligt, es gelangen auch Wachstumsfaktoren und Enzyme ins Wundgebiet. Die Gefäßneubildung wird ebenfalls in der Exsudationsphase eingeleitet.

Trocknet die Wunde jetzt zu sehr aus, gerät die Wundheilung bereits hier ins Stocken, denn alles, was die Wunde jetzt zu ihrer Regeneration braucht, kann nur erschwert und langsam ins Wundgebiet transportiert werden. Umge-

kehrt stört es aber auch die Heilung, wenn die Wunde stark nässt. Zu viel Wundsekret mazeriert die Wunde, weicht sie also auf. Damit steigt auch die Infektionsgefahr.

Die proliferative oder Granulationsphase beginnt ungefähr 24 Stunden nach der Entstehung der Wunde und erreicht innerhalb von 72 Stunden ihr Maximum. Neues, noch sehr empfindliches provisorisches Gewebe wird gebildet und die Wundlücke damit aufgefüllt. Dafür wandern Fibroblasten und Endothelzellen in die Wundränder ein. Kollagen wird gebildet, Ankerproteine stellen Querverbindungen zwischen den verschiedenen Bestandteilen des Gewebes her, sodass eine dreidimensionale Matrix entsteht. Neu gebildete Kapillaren sorgen dabei für eine optimale Wunddurchblutung. Die Kapillaren kann man sogar sehen. Auf dem neu gebildeten Granulationsgewebe zeigen sich hellrote, glasig-transparente Körnchen (lateinisch Granula), die die Kapillaren beherbergen und der Phase ihren Namen gegeben haben.

In der letzten Phase, der reparativen oder Epithelisierungsphase, die mehrere Wochen dauern kann, wird der endgültige Wundverschluss gebildet. Das provisorische Granulationsgewebe wird in ein haltbares Ersatzgewebe umgebaut. Dies geschieht unter anderem durch Schrumpfung, da das Granulationsgewebe zunehmend wasser- und gefäßärmer wird. Zudem wird Narbengewebe gebildet. Der Körper bildet dazu verstärkt Kollagenfasern aus, die sich bündelförmig quervernetzen und sich gegenseitig stabilisieren. Epithelzellen verschließen zuletzt die Wundoberfläche. ▶



LERNZIELE

Lernen Sie in dieser von der Bundesapothekerkammer akkreditierten Fortbildung unter anderem,

- + welche Grunderkrankungen einer chronischen Wunde zugrunde liegen können,
- + wie die Wundheilung bei einem gesunden Menschen abläuft,
- + den diabetischen Fuß mit seinen Symptomen und Gefahren kennen,
- + die verschiedenen Arten des Unterschenkelgeschwürs kennen,
- + die Symptome und Stadien des Dekubitus kennen,
- + welche Wundauflagen für welche chronische Wunde geeignet sind,
- + was bei der gefürchteten Komplikation Sepsis im Körper geschieht und
- + wie die Behandlung bei einer Infektion mit einem multiresistenten Keim stattfindet.

Blasenentzündung?

Die Natur
kennt einen
Ausweg.¹



Cystinol akut® - Unser pflanzliches Anti-Bakterium²

S3-Leitlinien-Empfehlung³:

Bärentraubenblätterextrakt - auch in
Cystinol akut® enthalten

- lindert die Beschwerden
- wirkt antibakteriell²
- pflanzlich, stark und schnell⁴

cystinol.de

¹EMA: Community herbal monograph on Arctostaphylos uva-ursi (L.) Spreng., folium; EMA/HMPC/750269/2016; Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC), 2018.

²Nicken et al., Z für Phytotherapie, 38 (Suppl. 1), S39, (2017).

³Hinweis: Eine antibakterielle Wirkung ist in Laboruntersuchungen für verschiedene Bakterien belegt.

⁴Interdisziplinäre S3 Leitlinie, AWMF-Register-Nr. 043/044, Aktualisierung 04/2017

⁴YouGov Online-Umfrage, 2021, Stichprobenumfang: 1072 (bezieht sich auf stark und schnell)

Cystinol akut® Dragees, Wirkstoff: Bärentraubenblätter-Trockenextrakt. **Zusammens.:** 1 überzog. Tabl. enth. 238,7-297,5 mg Trockenextr. aus Bärentraubenblättern (3,5-5,5 : 1) entsprechend 70 mg Hydrochinonderivate, berechnet als wasserfreies Arbutin (Photometrie Ph. Eur. 1998), Auszugsmittel: Ethanol 60 % (V/V), Sonst. Best.-teile: mikrokristalline Cellulose, langkettige Partialglyceride, Hypromellose, Lactose-Monohydrat, Macrogol 6000, Magnesiumstearat (Ph.Eur.), hochdisperses Siliciumdioxid, Chinolingelb E 104, Indigocarmin E 132, Aluminiumhydroxid, Titandioxid E 171. **Anw.-geb.:** entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege. **Gg.-anz.:** bekannte Überempfindlichkeit gg. Bärentraubenblätter oder einen der sonst. Best.-teile des Arzneimittels, Schwangerschaft und Stillzeit. Kinder unter 12 Jahren. **Nebenw.:** selten bei magenempfindlichen Personen Magen-Darm-Beschwerden (Übelkeit und Erbrechen). Sehr selten allergische Reaktionen. **Warnhinweis:** enthält Lactose. Packungsbeilage beachten. Stand 03/2021. Schaper & Brümmer GmbH & Co. KG, Bahnhofstr. 35, 38259 Salzgitter

SCHAPER & BRÜMMER

a member of



MEDICE
THE HEALTH FAMILY

► **Der diabetische Fuß – trocken und unempfindlich**

Mit dem Begriff diabetisches Fußsyndrom werden Veränderungen an den Füßen und Unterschenkeln beschrieben, die durch die Folgen eines schlecht eingestellten Diabetes und jahrelang erhöhten Blutzuckerspiegels als Spätkomplikation des Diabetes entstehen. Die Nerven und Blutgefäße in den Beinen und Füßen haben dadurch Schaden genommen. Erste Anzeichen sind Missempfindungen, wie Kribbeln oder Taubheit, trockene Haut und vermehrte Hornhautbildung. Wenn sich eine offene Wunde an den Füßen bildet, was bei trockener Haut besonders leicht passiert, wird die beschriebene Wundheilung durch die verminderte Versorgung mit sauerstoffreichem Blut gestört. Die Wunde heilt schlecht oder gar nicht ab. Schäden an den Nerven, die diabetische Neuropathie, führen dazu, dass Druckstellen und kleine Verletzungen nicht oder kaum mehr wahrgenommen werden.

Das Initialereignis für einen diabetischen Fuß ist häufig eine kleine Verletzung durch zu enge Schuhe, Fußfehlstellungen wie Hallux valgus, Hammer- oder Krallenzehen sowie Hornhautschwielen oder einfach Verletzungen bei der häuslichen Fußpflege. Jetzt muss die Wunde fachmännisch versorgt und behandelt werden, auch um Infektionen mit weiteren Komplikationen zu verhindern.

Nach aktuellen Zahlen werden etwa 85 Prozent aller Beinamputationen und 75 Prozent aller Fuß- und Zehenamputationen bei Menschen mit Diabetes durchgeführt. Und noch immer achten viele Diabetiker nicht oder zu wenig auf Ihre Füße.

Das Ulcus cruris – tief und nässend

Das Unterschenkelgeschwür oder Ulcus cruris (ulcus = Geschwür, cruris = Unterschenkel), auch einfach „offenes Bein“ genannt, entsteht aufgrund einer Durchblutungsstörung. Diese kann in einer Venenschwäche beste-

hen, dann spricht man vom Ulcus cruris venosum, es kann aber auch eine gestörte arterielle Durchblutung zugrunde liegen. Dann ist es ein Ulcus cruris arteriosum. In einigen Fällen sind sowohl die Venen als auch die Arterien betroffen, dann handelt es sich um ein Ulcus cruris mixtum. Solche Ulcus-Wunden durchdringen alle Hautschichten und können bis auf die Knochen reichen. Die Wunden sind feucht und nassen dauerhaft. Die Flüssigkeit weicht die Wundränder auf. Ein Unterschenkelgeschwür heilt ohne adäquate Behandlung schlecht oder gar nicht ab.

Ein Ulcus cruris venosum ist das Endstadium einer chronisch venösen Insuffizienz (CVI). Dabei kommt es zu einer Rückflussstörung des venösen Blutes. Der dadurch entstehende Druck auf das umliegende Gewebe kann dann zur Entstehung der offenen Wunde führen. Das Ulcus bildet sich üblicherweise im Bereich des Knöchels und vergrößert sich zum Unterschenkel hin. Die umliegende Haut ist durch Ablagerung roter Blutkörperchen häufig braun gefärbt. Schmerzen treten eher selten auf.

Ganz anders das Ulcus cruris arteriosum: Eine Störung der arteriellen Durchblutung, zum Beispiel durch eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK), führt zu einer Mangel durchblutung des Gewebes. Hier finden sich die offenen Geschwüre eher an den Zehen und Fußsohlen und verursachen starke Schmerzen in den Beinen, besonders wenn sie hochgelegt werden. Die Füße sind oft kalt und blass. Die Hauptursache der pAVK ist das Rauchen, weshalb man auch vom Raucherbein spricht. Die Durchblutungsstörung

und damit Minderversorgung der Beine mit Sauerstoff führt zunächst zu charakteristischen Schmerzen beim Gehen. Bei allen Formen des Ulcus cruris können das Nagelwachstum gestört und die Zehennägel verfärbt oder brüchig sein. Pilzkrankungen an Haut und Nägeln sind ebenfalls häufig. So ein „offenes Bein“ kann sich leicht infizieren. Eine bakterielle Entzündung ist nicht nur an den Schmerzen und der roten, pochenden Schwellung zu erkennen, sondern auch an einem typischen fauligen, stechenden Geruch. Es kommt leider immer noch häufig vor, dass Betroffene oder deren Angehörige eigenständig ungeeignete Salben oder Cremes auftragen. Nicht nur, dass dies nichts hilft, es entwickelt sich möglicherweise auch noch ein Kontaktekzem. Fragen Sie daher immer nach, wenn ein Kunde oder eine Kundin eine Wundsalbe wünscht, und verweisen Sie in solchen Fällen an den Arzt.

Der Dekubitus – schmerzhaft und nekrotisch

Das Druckgeschwür, das umgangssprachlich auch als „Wundliegen“ bezeichnet wird, findet sich vor allem bei immobilien Patienten und ist in Pflegeeinrichtungen gefürchtet. Es entsteht an Stellen, an denen die Knochen nah an der Hautoberfläche liegen und kaum von Fett oder Muskeln gepolstert werden. Bei bettlägerigen Menschen sind in der Rückenlage besonders oft Gesäß, Steißbein und Fersen betroffen, aber auch der Hinterkopf und die Schultern. In der Seitenlage sind es die Rollhügel der Oberschenkel und die Knöchel. Rollstuhlfahrer leiden besonders am Gesäß unter Dekubitus. Vor allem sehr dünne, aber auch übergewich-

Klassifikation der Wunde nach Wagner

- Grad 0** Keine Verletzung, aber möglicherweise Fußdeformationen
- Grad 1** Oberflächliche Wunde
- Grad 2** Tiefe Wunde, die bis zur Sehne oder Kapsel reicht
- Grad 3** Tiefe Wunde, die bis zum Knochen oder Gelenk reicht
- Grad 4** Abgestorbenes Gewebe an den Zehen oder der Ferse
- Grad 5** Abgestorbenes Gewebe am gesamten Fuß

tige Personen sind gefährdet. Bei Ersteren fehlt die schützende Fettschicht, bei Letzteren verursacht das Körpergewicht zusätzlichen Druck.

Durch den anhaltenden Druck werden die Blutgefäße zusammengedrückt. Der Druck übersteigt den Druck in den Kapillaren. So kann das Gewebe nicht ausreichend durchblutet werden und die Sauerstoffversorgung des umliegenden Gewebes ist unzureichend. Wenn der Druck nicht nachlässt, führt dies zum Absterben des Gewebes. Im Extremfall, wenn der Dekubitus nicht zeitnah behandelt wird, kann sich der Gewebedefekt in die Tiefe bis auf die Knochen ausweiten. Solche Druckgeschwüre sind sehr schmerzhaft und können sich leicht infizieren. Dann strömt ein unangenehmer, fauliger Geruch aus der offenen Wunde.

Gesunde, mobile Menschen bewegen sich ganz automatisch genug, sodass gefährdete Hautstellen wieder entlastet werden. Spätestens, wenn Missempfindungen, wie Kribbeln oder Taubheitsgefühle auftreten, wird die Position verändert.

Kranke Menschen, die bettlägerig oder stark bewegungseingeschränkt sind oder unter dem Einfluss von Beruhigungsmitteln stehen, können diese Druckentlastung nicht mehr leisten oder spüren die Warnzeichen nicht. Bei völliger Bewegungslosigkeit reichen schon wenige Stunden aus, um die Gefäße so zu schädigen, dass ein Dekubitalgeschwür entsteht.

Auch Druck durch Prothesen, Katheter oder venöse Zugänge sowie feuchte Haut durch Schwitzen oder unter Windeln können zum Dekubitus führen. Ältere Menschen haben zudem meist noch weitere

Grunderkrankungen, die ein Druckgeschwür fördern können, beispielsweise Diabetes. Einen Risikofaktor stellt auch die verminderte Durchblutung durch Dehydrierung dar, die auftritt, wenn ältere Menschen nicht genug trinken.

Abgestorbenes, nekrotisches Gewebe muss operativ entfernt werden. Dies nennt man Débridement. Möglich ist es auch, das abgestorbenen Gewebe mithilfe von Fliegenlarven zu entfernen, das biochirurgische Débridement, oder durch Enzyme, das enzymatische Débridement.

Eine Infektion, die sich bis in die Knochen ausbreitet, kann zu einer Knochen- oder Knochenmarksentzündung führen. Wenn sich eine Sepsis entwickelt, ist der ganze Körper betroffen. Die Versorgung eines Druckgeschwürs ist extrem aufwändig. Daher muss es das Ziel sein, es gar nicht erst so weit kommen zu lassen. In Krankenhäusern und Pflegeheimen werden Risikopatienten daher regelmäßig auf Anzeichen von Wundliegen untersucht. Können sich Patienten nicht selbstständig bewegen, müssen sie ständig umgelagert werden. Unterstützend werden hier spezielle Wechseldruckmatratzen eingesetzt. Sie haben mehrere Luftkammern, die automatisch abwechselnd gefüllt werden, sodass sich der Druck auf die Hautpartien verteilt.

Reinigung einer chronischen Wunde Für die notwendige regelmäßige Reinigung einer chronischen Wunde wird der Arzt oder das medizinische Personal sterile isotonische Kochsalzlösung oder Ringerlösung verwenden. Zur Entfernung von Nekrosen, Biofilmen, Wundbelägen oder Schmutzpartikeln ist Verband-

Zehn Tipps für die Diabetiker unter Ihren Kunden

- + Untersuchen Sie täglich Ihre Füße, auch mit dem Spiegel, um alles sehen zu können. Achten Sie besonders auf Verletzungen, Fremdkörper, Blasen und feine Risse.
- + Waschen Sie Ihre Füße täglich, jedoch nicht länger als drei bis fünf Minuten. Die Wassertemperatur sollte 35, maximal 37 bis 38 Grad Celsius betragen.
- + Trocknen Sie die Füße mit einem weichen Handtuch ab. Der Fön ist wegen der Verbrennungsgefahr ungeeignet.
- + Verwenden Sie für die heimische Fußpflege keine scharfen Instrumente, die zu Verletzungen führen könnten. Die Nägel kann man auch feilen statt schneiden.
- + Cremes Sie Ihre Füße täglich ein.
- + Tragen Sie weiche, bequeme und ausreichend weite Schuhe ohne scheuernde und drückende Innennähte. Tasten Sie die Schuhe regelmäßig auf Fremdkörper ab.
- + Laufen Sie nie barfuß, auch nicht in der eigenen Wohnung.
- + Gehen Sie bei Wunden, Entzündungen und Blasen sofort zum Arzt.
- + Gönnen Sie sich regelmäßig den Besuch bei einer medizinischen Fußpflege (Podologie). Beim diabetischen Fuß übernimmt die Krankenkasse gegebenenfalls die Kosten.
- + Achten Sie auf eine gute Einstellung Ihrer Blutzuckerwerte, auch den Füßen zuliebe.

mul geeignet, keinesfalls jedoch Papiertücher oder Watte. Hier würden Fasern in der Wunde hängenbleiben, die die Wundheilung zusätzlich stören. Selbstverständlich sind bei der Behandlung derart infektionsgefährdeter Wunden Einmalhandschuhe zu tragen, auch zum Selbstschutz der behandelnden Person.

Bei Infektionsgefahr oder verschmutzten Wunden ist anschließend eine Desinfektion mit einem Antiseptikum notwendig. Antiseptika dienen der Abtötung, Inaktivierung oder Wachstumshemmung von Mikroorganismen. Sie werden gebrauchsfertig angeboten. Wirkstoffe sind zum Beispiel Octenidin oder Poli-

hexanid. Die Wirkstoffe zeichnen sich durch ein breites mikrobielles Wirkspektrum und eine gute Schleimhaut- und Hautverträglichkeit aus. Die abtötende oder wachstumshemmende Wirkung von Antiseptika tritt im Allgemeinen schnell ein. In Kliniken wird meist Jod, und zwar in Form des braunefärbten, wasserlöslichen Povidon-Iod-Komplexes (PVP-Iod) verwendet. PVP-Iod reagiert mit allen oxidierbaren Aminosäuren und Enzymen und ist fungizid, bakterizid, sporizid und viruzid wirksam. Obsolet in der Wunddesinfektion ist Wasserstoffperoxid (3%), da es Schmerzen verursacht und zytotoxisch wirkt. ▶

► **Wundauflagen - abdecken, jedoch nicht austrocknen** Chronische Wunden dürfen nicht verschlossen, müssen aber zuverlässig abgedeckt werden, auch um ein Austrocknen zu vermeiden. Man unterscheidet drei Arten der Wundauflagen: inaktive, die lediglich Wundsekret aufnehmen, interaktive, die den Heilungsprozess aktiv unterstützen, und bioaktive, wie bei-

feuchtes Milieu sicher, in dem sich die zur Heilung benötigten Zellen und Materialien frei bewegen können. Zugleich können sie aber auch überschüssiges Wundsekret aufsaugen. So kommt es nicht zu einer Mazeration der Wunde. Da kein Schorf gebildet wird, kann die Wundauflage nicht mit der Wunde verkleben und der Verbandwechsel erfolgt schmerzfrei. Eingesetzt wer-

umalginat wird beim Kontakt mit dem Wundsekret zu Natriumalginat. Während der Umwandlung bildet sich ein visköses Gel, das etwa das Zwanzigfache seines Eigengewichtes an Flüssigkeit aufnehmen kann. Dabei werden auch Bakterien und Zelltrümmer mit eingeschlossen. So trägt das Alginat zur Reinigung der Wunde bei. Selbst in tiefen, zerklüfteten Wunden passt sich das Gel der Wunde an. Das Ausmaß und die Geschwindigkeit der Gelbildung sind abhängig von der Sekretmenge und von der Faserstruktur.

Ungeeignet sind Alginat für trockene Wunden oder solche, bei denen Sehnen, Fasern und Knochen frei liegen. Alginatkompressen haften nicht selbst, sondern müssen mit einem Sekundärverband fixiert werden. Sie können auch unter einem Kompressionsverband, wie er beim Ulcus cruris venosum nötig sein kann, angewendet werden. (Achtung: Beim Ulcus cruris arteriosum darf niemals ein Kompressionsverband oder ein Kompressionsstrumpf angelegt werden.) Problematisch ist jedoch, dass Alginat auf Druck die aufgenommene Flüssigkeit wieder abgeben.

Hydrofaserverbände - besonders hohe Absorptionskraft Für mäßig bis stark nässende Wunden und tiefe Wundtaschen sowie schmierig belegte Wunden eignen sich gelbildende Faserverbände aus Carboxymethylcellulose, die auch mit Silber versetzt sein können. Elementares Silber oder Silberionen werden an die Wunde abgegeben und wirken bakterizid und fungizid. Hydrofasern haben eine hohe Aufnahmefähigkeit sowie ein hohes Spei-

chervermögen für Wundexsudat und durch das Einschließen von Bakterien und Zelltrümmern eine gute wundreinigende Wirkung. Die Gelbildung verhindert das Verkleben der Wunde und ermöglicht eine schmerzarme Entfernung der Wundauflage. Sie sind als Kompressen oder Tamponaden erhältlich.

Hydrogele - für trockene Wunden Hydrogel-Verbände bestehen üblicherweise aus einem hydrophilen Polymer, beispielsweise Polyethylenglykol, und aus bis zu 80 Prozent Wasser. Durch den hohen Wassergehalt sind sie in der Lage trockene Wunden mit wenig oder gar keinem Exsudat zu rehydrieren. Ihr kühlender Effekt beim Auftragen wirkt schmerzlindernd. Auf belegtem Gewebe bewirken sie ein autolytisches Débridement. Dabei lösen körpereigene Enzyme die aufgequollenen nekrotischen Belege auf, was die Bildung von Granulationsgewebe erleichtert. Ein möglicher Nachteil ist das Risiko einer Mazeration des Wundrandes. Hydrogele sind als Gele, Kompressen oder imprägnierte Gaze erhältlich.

Hydrokolloide - für trockene und mäßig nässende Wunden Sie enthalten hydrophile quellfähige Partikel aus Pektin, Cellulosederivaten oder Gelatine, die mit dem Wundsekret ein visköses, gelbes Gel bilden, das nicht mit Eiter verwechselt werden darf. Hydrokolloide können sowohl Feuchtigkeit absorbieren als auch spenden und sind somit für alle Arten von oberflächlichen Wunden geeignet. Sie brauchen keine zusätzliche Fixierung und bleiben im Idealfall auf der Haut, bis sie sich selbst ablösen. ►

Vier Stadien des Dekubitus (ICD-Codierung)

Stadium 1 Die Haut ist gerötet, aber noch intakt. Die Haut verfärbt sich nicht mehr weiß, wenn man mit dem Finger darauf drückt. Die Stelle kann geschwollen, verhärtet und erwärmt sein. Bei Druckentlastung verschwindet die Hautrötung von alleine wieder.

Stadium 2 Es hat sich eine Blase, Schürfstelle oder kleine offene Wunde gebildet. Epidermis und Lederhaut können betroffen sein.

Stadium 3 Es hat sich ein tiefes offenes Geschwür mit bereits nekrotischen Hautanteilen gebildet. Alle Hautschichten inklusive Subcutis sind betroffen.

Stadium 4 Auch tiefer liegende Gewebestrukturen, wie Muskeln, Sehnen und Knochen sind betroffen und in der offenen Wunde sichtbar.

spielsweise Hauttransplantate. Inaktive, rein aufsaugende Wundauflagen werden kaum noch eingesetzt. Sie würden die Wunde unkontrolliert austrocknen. Standard bei chronischen Wunden sind die interaktiven Wundauflagen. Man verwendet hier hydroaktive Wundauflagen, mit denen eine ideal-feuchte Wundheilung möglich ist. Dadurch verläuft der Heilungsprozess schneller. Häufig hat eine chronische Wunde nur damit eine Chance überhaupt abzuheilen. Diese Wundauflagen stellen ein

den Alginat, Hydrofasern, Hydrogele, Hydrokolloide, Polyurethanschäume und Wundgaze mit saugenden inaktiven Kompressen.

Alginat - für stark nässende Wunden Sie werden aus Rot- oder Braunalgen hergestellt. Die gewonnenen Fasern werden meist zu Kompressen aus Calciumalginat verarbeitet. Diese Alginatkompressen sind sowohl für tiefe als auch für oberflächliche mittelstark bis stark nässende Wunden geeignet. Das Calci-

Apothekenexklusiv
zum attraktiven Preis

Gut fürs
GEHIRN*

Omega-3, das allen schmeckt!

Doppelherz system

OMEGA-3 FAMILY FLÜSSIG

- 250 mg DHA + 54 mg EPA¹
- DHA – ein essentieller Baustein des Gehirns*
- Mit leckerem Fruchtgeschmack

Doppelherz system

OMEGA-3 FAMILY GEL-TABS

- 180 mg DHA und 276 mg EPA²
- Zusätzlich: 10 µg Vitamin D²
- Erdbeer-Citrusgeschmack



PZN: 12351259



PZN: 18004412

* DHA leistet einen Beitrag zum Erhalt der normalen Gehirnfunktion³

¹ Tagesdosis: 30 ml ² Bei 2 Gel-Tabs (empfohlen ab 6 Jahren)

³ Die positive Wirkung stellt sich bei einer Aufnahme von 250 mg DHA täglich ein.



system



Bei einer arteriellen Durchblutungsstörung schmerzen die Beine schon nach kurzen Laufstrecken. Betroffene bleiben deshalb immer wieder stehen. Man bezeichnet dies daher auch als Schaufensterkrankheit.

► **Schaumstoffkompressen – weich und polsternd**

Wundauflagen aus Polyurethan-Schaumstoff (PU-Schaum) sind weich und sehr gut saugfähig. Sie ermöglichen einen freien Luft- und Wasserdampfaustausch. Durch ihre

Porenstruktur verfügen sie über Kapillarkräfte, die das Wundexsudat schnell abtransportieren. Man verwendet sie bei mäßig bis stark nässenden Wunden. Sie passen sich der Körperform an und bieten eine gute Polsterung der Wunde. Aller-

dings können sie mit der Wunde verkleben, wenn das Exsudat trocknet. Zudem kann ihre hohe Absorptionseigenschaft auch ein Nachteil sein, denn sie können bei trockenen Wunden das Wundbett austrocknen.

mehr umfassen: Wundanamnese, Wundinspektion, Wundbehandlung, Schmerztherapie und Wunddokumentation. Nur so kann der Heilungsprozess verkürzt werden beziehungsweise die Wunde überhaupt heilen. Dies ist ein interdisziplinärer Prozess, an dem verschiedene Personen im Gesundheitsbereich zusammenarbeiten. Ärzte und Krankenpfleger können sich zum Wundassistenten oder zum Wundtherapeuten weiterbilden, die auf chronische Wunden spezialisiert sind.

Technische Hilfsmittel für die Wundheilung

- + **Hyperbare Sauerstofftherapie:** der Patient sitzt in einer speziellen Kammer und atmet dort unter erhöhtem Luftdruck Sauerstoff ein.
- + Bei der **Vakuumversiegelungstherapie** wird die Wundflüssigkeit laufend mit einer Pumpe abgesaugt.
- + In der **Ultraschalltherapie** wird die chronische Wunde mit Schallwellen behandelt.
- + Bei der **Magnetfeldtherapie** werden über magnetische Kissen oder Matten schwache elektrische Spannungen im Wundbereich erzeugt. Der Vorgang soll die Wundheilung anregen.

Wundgaze – gitterartiges Gewebe

Als Wundgaze werden grobmaschige Netze aus Cellulose oder Kunstfasern bezeichnet. Damit die Wundgaze so wenig wie möglich auf der Wunde kleben bleibt, ist sie häufig mit wasserabweisenden Fettsalben, Öl-in-Wasser-Emulsionen oder Silikon beschichtet. Die Maschenweite erlaubt das ungehinderte Abfließen des Exsudates. Daher muss die Gaze immer mit einer Kompresse zur Aufnahme des Wundexsudates abgedeckt werden.

Wundmanagement Bei chronischen Wunden reicht es nicht, sie einfach nur abzudecken. Die Versorgung muss viel

Die Sepsis – immer ein Notfall

Bei chronischen Wunden besteht stets ein Risiko für eine Sepsis. Auch wenn Wunden nur in knapp zehn Prozent der Sepsis-Fälle die Ursache sind, ist die Gefahr durch die hohen Gesamtzahlen an Sepsis-Fällen und die Vorerkrankungen der Patienten mit chronischen Wunden nicht zu unterschätzen. Laut der Initiative „Deutschland erkennt Sepsis“ erkranken in Deutsch-

land jährlich rund 230 000 Menschen an einer Sepsis, mindestens 85 000 Menschen sterben daran. Es ist damit eine der häufigsten Todesursachen in Deutschland, an der etwa 30-mal mehr Menschen sterben als durch einen Verkehrsunfall. Umgangssprachlich wird eine Sepsis auch als Blutvergiftung bezeichnet. Es ist jedoch keine Vergiftung im eigentlichen Sinn, sondern die schwerste Verlaufsform einer Infektion. Sie entsteht, wenn das körpereigene Immunsystem nicht mehr in der Lage ist, eine lokale Infektion in Schach zu halten und sich die Infektion über den Blutkreislauf im ganzen Körper ausbreitet. Am häufigsten werden Septitiden durch Bakterien ausgelöst, vor allem als Folge einer Infektion der Lunge und der Atemwege, der

ableitenden Harnwege oder des Bauchraumes. Auf die Invasion der Erreger in die Blutbahn reagiert der Körper mit einer Aktivierung des Immun- und Gerinnungssystems. Das ist aber quasi eine fehlgeleitete Immunantwort. Denn dadurch werden nicht nur die Erreger geschädigt, sondern auch die Organe, insbesondere Lunge, Herz und Nieren. Es kann zum Multiorganversagen und zum septischen Schock kommen. Eine unbehandelte Sepsis endet stets tödlich. Auch bei den Überlebenden hinterlässt eine Sepsis oft schwere Spuren. Häufige Langzeitfolgen sind Müdigkeit, eingeschränkter Gedächtnisleistung, kognitive Einschränkungen, Konzentrationsschwäche, Depressionen, chronische Schmer-

zen, neuromuskuläre Schäden und Gleichgewichtsprobleme. Da es während der Sepsis zur Sauerstoffunterversorgung kommt, können einzelne oder mehrere Gliedmaßen stark geschädigt werden, sodass das Gewebe abstirbt und operativ entfernt werden muss. Daher sind Amputationen von Fingerringen, ganzen Fingern, Fußzehen oder sogar ganzen Gliedmaßen keine Seltenheit. Je früher eine Sepsis erkannt wird und die Behandlung beginnt, umso größer sind die Heilungschancen. Zu Beginn sind die Symptome allerdings recht unspezifisch und können auf viele Erkrankungen hinweisen. Wenn eine Infektion vorliegt, sollten folgende Krankheitszeichen an eine Sepsis denken lassen: Die Temperatur kann über 38 Grad Celsius (°C)

liegen, oft in Verbindung mit Schüttelfrost. Sehr junge und sehr alte Sepsis-Patienten haben statt Fieber allerdings häufig Untertemperatur. Davon spricht man, wenn die gemessene Körpertemperatur unter 36 °C sinkt. Auch Husten, Kurzatmigkeit und eine beschleunigte Atmung (Hyperventilation), ebenso wie eine erhöhte Herzfrequenz (Tachykardie) bis hin zum Herzrasen können auftreten. Zudem verspüren die Patienten ein extrem starkes Krankheitsgefühl und können massive Schmerzen haben. Ein weiteres Symptom ist die Veränderung des Bewusstseinszustands, wie beispielsweise Verwirrtheit, Desorientierung oder Wesensveränderungen. ▶



Anzeige

Die optimierte Aminomed – durch klinische Studien bestätigt



**OHNE
TITANDIOXID**

Die weiterentwickelte Formulierung der medizinischen Kamillenblüten-Zahncreme ist jetzt noch empfehlenswerter für **Sensitiv-Patienten und bei erhöhtem Parodontitis-Risiko z. B. durch hormonelle Veränderungen (Wechseljahre):**

- ✓ einzigartiges Doppel-Fluorid-System mit erhöhtem Fluoridanteil (1.450 ppmF)
- ✓ Rezeptur ohne Titandioxid – so werden die natürlichen Inhaltsstoffe wie z. B. Kamillenextrakte sichtbar
- ✓ noch sanftere Zahnpflege (RDA 31)² bei sehr guter Plaqueentfernung
- ✓ für die bestmögliche Mundpflege bei gereiztem Zahnfleisch und empfindlichen Zähnen / empfindlicher Mundschleimhaut

Wirksamkeit bestätigt durch zahnmedizinische Untersuchungen und klinische Studien



Senkung des Gingiva-Index nach 4 Wochen¹



weniger Schmerzempfindlichkeit bereits nach 7 Tagen¹



Senkung des Plaque-Index nach 4 Wochen¹



Dr. Liebe Nachf. GmbH & Co. KG
D-70746 Leinfelden-Echterdingen
www.aminomed.de/apotheken

¹ Klinische Anwendungsstudie unter dermatologischer und zahnmedizinischer Kontrolle, durchgeführt von dermatest.01/2021
² Messmethode „Zürcher Modell“; Aminomed bisher: RDA 50

Kostenlose Proben anfordern unter: bestellung@aminomed.de, Betreff: „PTAidApo“

► Bei einem fortgeschrittenem Sepsis-Verlauf kann der Blutdruck auf systolische Werte unter 100 mmHg sinken. Die Atemfrequenz erhöht sich auf mehr als 22 Atemzügen pro Minute. Es treten deutliche Bewusstseinsstörungen und Verwirrtheit auf. Die Haut wird kühl und blass und zeigt vor allem an den Händen und Füßen eine auffällige Marmorierung. Dies zeigt, dass sich die Durchblutung verschlechtert hat. Das Blut gerinnt nun leichter, es können sich Blutgerinnsel bilden, die zu Schlaganfall, Herzinfarkt oder Nierenversagen führen.

Der septische Schock – das Endstadium Entzündungsbotenstoffe bewirken eine starke Erweiterung der Blutgefäße. Das führt unter anderem zu einem extremen Blutdruckabfall. Dadurch werden die Organe nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt und können ihre Aufgaben nicht mehr ausführen. Man spricht auch vom septischen Multiorganversagen. Die Sterblichkeitsrate liegt selbst bei intensivmedizinischer Behandlung bei etwa 30 Prozent innerhalb von 30 Tagen.

Risikofaktoren für eine Sepsis Grundsätzlich kann jeder Mensch, der eine Infektion hat, an einer Sepsis erkranken. Es hängt noch nicht einmal vom Erreger und auch nicht vom primären Entzündungsherd ab. Menschen, deren Infektionsabwehr beeinträchtigt ist, haben ein erhöhtes Risiko. Dies sind Säuglinge unter einem Jahr, ältere Menschen, Menschen mit fehlender Milz oder mit chronischen Erkrankungen, wie Diabetes oder Rheuma und Patienten mit chronischen Wunden. Auch

die Einnahme von Immunsuppressiva, chemotherapeutischen Medikamenten oder Corticosteroiden erhöht das Risiko für eine Sepsis. Und auch bei Menschen, die kürzlich mit Antibiotika behandelt wurden, sollte man bei entsprechenden Krankheitszeichen an eine Sepsis denken.

Das Risiko für eine Sepsis ist zudem erhöht, wenn jemand kürzlich ein künstliches Gelenk oder eine künstliche Herzklappe bekommen hat. Auch über einen invasiven Zugang, also beispielsweise eine Sonde, einen Venen- oder einen Harnwegskatheter, können Bakterien in den Körper gelangen. Je länger diese Medizinprodukte im Körper verbleiben, desto größer ist das Risiko.

Die Behandlung – immer in der Klinik Eine Sepsis muss in jedem Fall stationär im Krankenhaus behandelt werden, viele Patienten landen auf der Intensivstation. Um die Verdachtsdiagnose zu bestätigen, wird Blut abgenommen. Zum einen können daraus die Blutparameter bestimmt werden, zum anderen kann direkt eine Kultur und ein Antibiogramm angelegt werden. Mithilfe verschiedener Testverfahren wird nach der Infektionsquelle gesucht.

Zur Behandlung wird sofort ein Breitbandantibiotikum intravenös verabreicht. Zu diesem Zeitpunkt weiß man noch nicht, mit welchem Antibiotikum der Erreger sicher zu bekämpfen ist und für welches Resistenzen bestehen. Durch die Wartezeit, bis die Testergebnisse vorliegen, würde zu viel wertvolle Zeit vergehen. Zusätzlich wird der Kreislauf über eine Gabe von Flüssigkeit stabilisiert. Bei einer schlechten Sauerstoffsättigung des

Blutes wird Sauerstoff über eine Nasensonde gegeben. Auch der Blutdruck muss bei Bedarf stabilisiert werden. Ist die Infektionsquelle gefunden, muss sie beseitigt werden. Etwaige Abszesse werden geöffnet und entleert, Sonden oder Katheter werden entfernt.

Multiresistente Keime Besonders gefürchtet sind Infektionen mit Bakterien, die resistent gegen die gängigen Antibiotika sind. Staphylococcus aureus ist einer, bei dem dies besonders häufig vorkommt. Er lebt natürlicherweise auf der Schleimhaut des Nasenvorhofs und seltener auch auf der Haut etwa jedes dritten Menschen. Solange der Mensch gesund ist, verursacht diese Besiedelung mit Staphylococcus keine Infektionen. Bei einer Verletzung der Haut oder durch medizinische Maßnahmen wie zum Beispiel eine Operation können jedoch Wundinfektionen entstehen. Auch dies ist in den meisten Fällen kein großes Problem und kann harmlos verlaufen. Bei geschwächtem Immunsystem kann es aber auch zu schweren Infektionen bis hin zur Sepsis kommen. Dann sollen Antibiotika bei der Bekämpfung der Bakterien helfen.

Manche Staphylococcus-aureus-Stämme sind jedoch inzwischen resistent gegenüber dem Antibiotikum Methicillin und allen anderen verfügbaren Beta-Lactam-Antibiotika. Methicillin war das erste penicillinasefeste Penicillin. Es konnte anfangs nicht durch das in den Bakterien gebildete Enzym Penicillinase inaktiviert werden. Inzwischen haben die Bakterien jedoch neue Mechanismen entwickelt. Daher spricht man vom Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus oder kurz MRSA. Auch der Begriff Mul-

tiresistenter Staphylococcus aureus ist geläufig. Das war zunächst nicht ganz korrekt, trifft aber inzwischen zu, weil auch andere Antibiotika-Gruppen ihre Wirkung verloren haben. Im Durchschnitt ist in deutschen Kliniken MRSA für jede vierte Staphylococcus-aureus-Infektion verantwortlich. Die Übertragung von MRSA erfolgt auch vor allem im Krankenhaus und zwar fast immer durch direkten Kontakt, äußerst selten über Tröpfchen und nicht über die Luft. Da MRSA resistent gegen die meisten Antibiotika ist, werden Reserveantibiotika vorgehalten, die zur Therapie von MRSA eingesetzt werden können. Sie werden in der Regel nur in der Klinik verabreicht. Zusätzlich zur Therapie muss MRSA mit einer sogenannten Sanierungstherapie auch von der Haut und Schleimhaut der Patienten entfernt werden. So wird die Grundlage für künftige Infektionen mit diesem Erreger genommen. Bei gesunden Menschen ohne Risikofaktoren lässt sich MRSA aus seinem Hauptreservoir, dem Nasenvorhof, leicht mit antibiotisch oder antiseptisch wirksamen Nasensalben entfernen. ■

Sabine Breuer,
Apothekerin/Chefredaktion

Die Autorin versichert, dass keine Interessenkonflikte im Sinne von finanziellen oder persönlichen Beziehungen zu Dritten bestehen, die von den Inhalten dieser Fortbildung positiv oder negativ betroffen sein könnten.

FORTBILDUNG

Mitmachen und punkten!

	A	B	C
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einsendeschluss ist der
30. September 2024.

DIE PTA IN DER APOTHEKE
Stichwort: »Chronische Wunden«
Postfach 57 09
65047 Wiesbaden

Oder klicken Sie sich bei
www.diepta.de
in die Rubrik Fortbildung.
Die Auflösung finden Sie dort
im übernächsten Monat.

Unleserlich, uneindeutig oder unvollständig ausgefüllte Fragebögen können leider nicht in die Bewertung einfließen, ebenso Einsendungen ohne frankierten/adressierten Rückumschlag.



CHRONISCHE WUNDEN

In dieser Ausgabe von DIE PTA IN DER APOTHEKE 08/2024 sind zum Thema zehn Fragen zu beantworten. Lesen Sie den Artikel, kreuzen Sie jeweils den Buchstaben der korrekten Antwort vom Fragebogen im nebenstehenden Kasten an und schicken Sie diesen Antwortbogen zusammen mit einem adressierten und frankierten Rückumschlag an unten stehende Adresse. Oder Sie klicken sich bei www.diepta.de in die Rubrik Fortbildung und beantworten den Fragebogen online. Wer mindestens acht Fragen richtig beantwortet hat, erhält in der Kategorie 7 (Bearbeitung von Lektionen) einen Fortbildungspunkt. Die Fortbildung ist durch die Bundesapothekerkammer unter BAK/FB/2023/571 akkreditiert und gilt für die Ausgabe 08/2024.

Mit der Teilnahme an der Fortbildung erkläre ich mich einverstanden, dass meine Antworten und Kontaktdaten elektronisch erfasst und gespeichert werden. Der Verlag erhält die Erlaubnis, die Daten zur Auswertung zu nutzen. Der Verlag versichert, dass sämtliche Daten ausschließlich im Rahmen der Fortbildung gespeichert und nicht zu Werbezwecken verwendet werden. Ebenfalls erfolgt keine Weitergabe an Dritte. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.



Ihr Fortbildungspunkt zum Thema

Datum

Stempel der Redaktion

ABSENDER

Name

Vorname

Beruf

Straße

PLZ/Ort

Ich versichere, alle Fragen selbstständig und ohne die Hilfe Dritter beantwortet zu haben.

Datum/Unterschrift



Kreuzen Sie bitte jeweils die **korrekte Antwort** an und übertragen Sie diese in das Lösungsschema.

FORTBILDUNG

1. Der diabetische Fuß ...

- A. ... äußert sich im Anfangsstadium durch Schmerzen.
- B. ... kann durch sorgfältige Fußpflege verhindert werden.
- C. ... macht sich zunächst durch dünne, pergamentartige Haut an den Füßen bemerkbar.

2. Das Unterschenkelgeschwür *Ulcus cruris*?

- A. ... kann sowohl durch Störungen im venösen als auch im arteriellen System entstehen.
- B. ... muss stets abgedeckt und mit einem Kompressionsverband behandelt werden.
- C. ... wird als *Ulcus cruris mixtum* bezeichnet, wenn alle Hautschichten und darunterliegende Gewebe betroffen sind.

3. Das Druckgeschwür *Dekubitus* ...

- A. ... tritt ausschließlich bei übergewichtigen immobilen Patienten auf.
- B. ... kann schon nach wenigen Stunden völliger Bewegungslosigkeit auftreten.
- C. ... ist trotz seiner Tiefe meist wenig schmerzhaft.

4. Die feuchte Wundbehandlung zählt zu den ...

- A. ... interaktiven Maßnahmen.
- B. ... inaktiven Maßnahmen.
- C. ... bioaktiven Maßnahmen.

5. Für stark nässende chronische Wunden eignen sich ...

- A. ... Alginate und Hydrokolloide.
- B. ... Hydrokolloide und Polyurethanschäume.
- C. ... Polyurethanschäume und Alginate.

6. Eine Sepsis ...

- A. ... endet unbehandelt immer tödlich.
- B. ... ist eine Überschwemmung des Blutes mit giftigen Stoffwechselprodukten.
- C. ... ist selten. Es sterben in Deutschland mehr Menschen bei Verkehrsunfällen als an einer Sepsis.

7. Welches Symptom kann auf eine Sepsis hinweisen?

- A. Verlangsamter Puls
- B. Körpertemperatur über 38 °C oder unter 36 °C
- C. Leichtes Krankheitsgefühl

8. *Staphylococcus aureus* ...

- A. ... ist prinzipiell resistent gegen das Beta-Lactam-Antibiotikum Methicillin.
- B. ... findet sich auf der Haut und im Nasenvorhof vieler Menschen.
- C. ... führt auch bei gesunden Menschen zu schweren Infektionen bis hin zur Sepsis.

9. Welchen Rat geben Sie einem diabetischen Kunden bezüglich der Füße?

- A. Laufen Sie möglichst niemals barfuß.
- B. Trocknen Sie die Füße nach dem Duschen oder Baden am besten mit dem Fön.
- C. Halten Sie die Nägel kurz und entfernen Sie regelmäßig die Hornhaut.

10. Bei der bettlägerigen Mutter einer Kundin hat sich eine kleine offene Wunde an der Ferse gebildet. Was sagen Sie ihr?

- A. Wenn der Druck nachlässt, schließt sich die Wunde von alleine wieder.
- B. Behandeln Sie die Stelle mit einer antiseptischen Salbe.
- C. Hier scheint sich ein Druckgeschwür zu entwickeln. Zeigen Sie es bitte schnellstmöglich dem Arzt oder dem Pflegedienst.

Expertenwissen zum **Venenleiden**

Was gibt **Sicherheit** in der Beratung?

Der Alltag in der Offizin ist oft voller Fragen und Herausforderungen. Insbesondere wenn Symptome wie schwere Beine, Schmerzen und Wadenkrämpfe unterschiedliche Ursachen haben können. Nur ein nächtlicher Wadenkrampf oder doch schon Venenleiden? Ist die Selbstmedikation ausreichend oder sollte bereits ein Arztbesuch empfohlen werden? Wie das Beratungsgespräch sicher gelingt, erklärt Venenexpertin und Apothekerin Dr. Ute Koch im Interview.



Venenexpertin und Apothekerin Dr. Ute Koch

Eine Kundin fragt aufgrund nächtlicher Wadenkrämpfe nach einem Magnesiumpräparat – welche Rückfragen sind hier wichtig?

Zunächst einmal die wichtigste Information: Wadenkrämpfe können viele Ursachen haben. Magnesiummangel ist nur eine davon. Daher ist der Mineralstoff kein Wundermittel, wie viele Apothekenkund:innen glauben. Magnesiumgaben sind bei Wadenkrämpfen nur dann wirksam, wenn tatsächlich ein Magnesiummangel dafür verantwortlich ist. Ein solcher lässt sich in der Apotheke nicht bestimmen und ist keinesfalls so weit verbreitet, wie es in den Medien vermittelt wird. Daher ist es notwendig, Apothekenkund:innen nach Begleitsymptomen ihrer Wadenkrämpfe zu fragen. Schwere Beine, Schwellungen in diesen, ebenso Kribbeln bis hin zu Juckreiz sprechen für eine Venenschwäche. Wadenkrämpfe können in jedem Stadium einer Venenschwäche auftreten, auch

schon in deren Frühstadium. Ebenso können Krampfadern zu Wadenkrämpfen führen, aber Wadenkrämpfe nicht zu Krampfadern. Manche Kund:innen denken bei Wadenkrämpfen an ein Restless-Legs-Syndrom. Dessen Symptome lassen sich im Beratungsgespräch leicht erfassen: unnatürlicher Bewegungsdrang, Kribbeln in den Beinen, Zuckungen, quälender Schmerz und Schlaflosigkeit. Auch beim Restless-Legs-Syndrom ist Magnesium keine Option.¹

Ein Venenleiden kann von Betroffenen mit Schwäche und Altsein assoziiert werden. Wie lässt sich Kunden im Beratungsgespräch ein gutes Gefühl geben?

Leider ist es tatsächlich so, dass viele Menschen Venenleiden mit Altsein verbinden. Sie denken an die Generation ihrer Eltern und Großeltern und sehen deren dick geschwollene Beine mit altmodischen Stützstrümpfen vor sich. Aus Angst vor diesem Zustand unterneh-

men sie nichts, leiden still vor sich hin, geben sich mit ihrer Situation ab. Das ist der falsche Weg. Daher sollten Kund:innen, die wegen eines Venenleidens in die Apotheke kommen, in ihrem Vorhaben „zu handeln“ bestärkt und ermutigt werden. Sie haben alles richtig gemacht. Je früher und konsequenter einer Venenschwäche begegnet wird, desto größer sind die Erfolgsaussichten, deren Fortschreiten zu verlangsamen oder dieses sogar aufzuhalten. Angefangen von Allgemeinmaßnahmen bis hin zu rezeptfreien pflanzlichen Arzneimitteln (z. B. Venostasin® retard mit Trockenextrakt aus Rosskastaniensamen) gibt es viele Möglichkeiten, ein Venenleiden aktiv anzugehen. Selbst vor Kompressionsstrümpfen muss sich niemand mehr ängstigen, sie sehen heutzutage wesentlich schicker aus als zu Omas Zeiten. Und nicht zuletzt: Venenleiden sind eine Volkskrankheit, je nach Studie und deren Einschlusskriterien sind davon etwa neun von zehn Erwachsenen betroffen.²

In welchen Fällen muss Kunden zum Arztbesuch geraten werden?

Vor allem Risikopatient:innen kann nicht früh genug zu einem Arztbesuch geraten werden. In jedem Fall erforderlich ist ein solcher, wenn Schwellungen sowie Bein- und Wadenkrämpfe stark ausgeprägt sind und/oder Wunden, Verhärtungen und Verfärbungen der Haut vorhanden sind. Diabetiker mit einem Venenleiden sollten sich immer in ärztliche Behandlung begeben. Sie haben krankheitsbedingt ein erhöhtes Risiko für arterielle Schäden und Thromboembolien, weshalb eine zusätzliche Venenschwäche besonders ernst genommen werden sollte. Und nicht zuletzt: Krampfadern lassen sich nur operativ entfernen.

¹https://register.awmf.org/assets/guidelines/030-081L_S2k_Restless-Legs-Syndrom_2024-01.pdf • ² https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/venen.pdf?__blob=publicationFile

