

# gpk

Sonderausgabe  
Nr. 2/2016

## Chronische Wunden

# Gesellschafts- politische Kommentare

Berlin/Bonn, Dezember 2016  
57. Jahrgang, Sonderausgabe Nr. 2  
Einzelpreis: 4,00 Euro

Dezember

Mehr Qualität und Effizienz in der Versorgung chronischer Wunden <i>Prof. Dr. Matthias Augustin, Prof. Dr. Martin Storck und Dr. Holger Lawall</i> .....	2	Über Einfluss und Wirken der Patientenvertreter <i>Mario Gehoff: Ein Interview mit Hans-Detlev Kunz</i> .....	45
Relevante Defizite in der Versorgung <i>Dr. Kristina Heyer, Kerstin Protz und Prof. Dr. Matthias Augustin</i> .....	3	Chancen und Hürden <i>Kerstin Protz</i> .....	48
Epidemiologie chronischer Wunden <i>Dr. Kristina Heyer, Prof. Dr. Matthias Augustin und Prof. Dr. Gerd Glaeske</i> .....	5	Mehr Qualität für Patienten: Der Deutsche Wundrat <i>Prof. Dr. Matthias Augustin, Prof. Dr. Martin Storck und Dr. Holger Lawall</i> .....	50
Was gehört zu den Standards? <i>Dr. Holger Diener und PD Dr. Katharina Herberger</i> .....	7	Die Initiative Chronische Wunden e.V. <i>Veronika Gerber und Dr. Karl-Christian Münter</i> .....	51
Chronische Wunden und die Kosten <i>Magdalene Krensel und Mandy Gutknecht</i> .....	9	Politische Notwendigkeit der neuen Verbandstoffdefinition <i>Werner Sellmer</i> .....	53
Behandlung durch niedergelassene Fachärzte <i>Dr. Karl-Christian Münter</i> .....	12	Versorgung chronischer Wunden <i>Daniela Piossek</i> .....	56
Definitionen und Standards in der Wundbehandlung <i>Prof. Dr. Joachim Dissemond</i> .....	15	Bedeutung der Politik für die Wundversorgung <i>Erwin Rüdell MdB</i> .....	58
Normalität oder Herausforderung? <i>Dr. Kristina Heyer, Kerstin Protz, Anne Kis und Dr. Jobst Augustin</i> .....	17	Wie wickelt Deutschland? <i>Kerstin Protz und Dr. Kristina Heyer</i> .....	59
Was können wir von Diabetes lernen? <i>Prof. Dr. Ralf Lobmann</i> .....	19	Etablierung hospitaler Standards <i>PD Dr. Katharina Herberger</i> .....	61
Einschränkungen und Mängel <i>Dr. Alexander Risse</i> .....	22	Die Bundeskonsensuskonferenz zu Wunden <i>Prof. Dr. Matthias Augustin, Prof. Dr. Eike Sebastian Debus und Prof. Dr. Jochen Schmitt</i> .....	62
Wundversorgung modern organisiert: TOMORROW <i>Prof. Dr. Martin Storck und Dr. Marc Schmidt</i> .....	24	Chronische Wunden im Alter <i>Dr. Thomas Wild</i> .....	64
Gut vernetzt – besser verheilt <i>Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher</i> .....	27	Lebensqualität: Messen und verbessern <i>Dr. Rachel Sommer und PD Dr. Christine Blome</i> .....	65
Versorgungsaspekte chronischer Wunden aus Sicht der AOK <i>Dr. Katrin Krämer und Dr. Sonja Milde</i> .....	29	Health Care of Chronic Wounds <i>PD Dr. Severin Lächli</i> .....	68
Telemedizin und chronische Wunden <i>Arick Trettel, Prof. Dr. Matthias Augustin und Dr. Johannes Wimmer</i> .....	31	Die rechtlichen Aspekte <i>Michael Wüstefeld</i> .....	71
Lebensqualität und Edukation <i>Kerstin Protz</i> .....	33	Die Wundversorgung qualitativ dokumentieren <i>Ann-Kristin Heucke und Norbert Matscheko</i> .....	73
Aus phlebologischer Sicht <i>Prof. Dr. Eberhard Rabe</i> .....	35	Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung <i>Dr. Patricia Wilken, Dr. Udo Möller und Dr. Wolfgang Walter</i> .....	75
Das Comprehensive Wound Center <i>PD Dr. Katharina Herberger, Dr. Holger Diener, Prof. Dr. Eike Sebastian Debus und Prof. Dr. Matthias Augustin</i> .....	36	Arzneimittelstandards sind auf Medizinprodukte nicht übertragbar <i>Dr. Angela Sauerwald und Prof. Dr. Matthias Augustin</i> .....	78
Wundnetze mit Standards für Effizienz und Lebensqualität <i>Dr. Wolfgang Paul Tigges</i> .....	39	Das Beispiel Acne inversa <i>Prof. Dr. Matthias Augustin</i> .....	80
Erfahrung mit einem integrierten Wundnetz <i>Prof. Dr. Martin Storck und Dr. Marc Schmidt</i> .....	41	Schritt für Schritt in die Zukunft <i>Prof. Dr. Matthias Augustin, Prof. Dr. Martin Storck, Dr. Holger Lawall und Mario Gehoff</i> .....	85
Selektivverträge bei chronischen Wunden <i>Dr. Kristina Heyer, Dr. Lisa Göpel und Prof. Dr. Matthias Augustin</i> .....	43	Autoren .....	82
		Impressum .....	6

## ***Zu dieser Ausgabe***

### **Mehr Qualität und Effizienz in der Versorgung chronischer Wunden**

Chronische Wunden sind in Deutschland mit einer Jahresprävalenz von 800.000 Personen, davon ca. 400.000 mit einer wundrelevanten Verordnung, häufig und medizinisch wie ökonomisch bedeutend. Ihre Gemeinsamkeit ist trotz vielfältiger Ursachen die fehlende Abheilung der Haut aufgrund eines krankhaft veränderten Gewebes. Zu den häufigsten chronischen Wunden zählen die chronischen Unterschenkelwunden (Ulcus cruris), die Fußwunden bei Diabetes und bei schweren arteriellen Durchblutungsstörungen sowie die chronischen Druckgeschwüre (Dekubitus).

Für die betroffenen Patienten, ihre Angehörigen und die versorgenden Ärzte und Pflegenden sind diese Wunden eine große Herausforderung. Aufgrund ihrer chronischen, meist langjährigen Verläufe sind sie für das Gesundheitssystem auch von hoher ökonomischer Bedeutung. Viele dieser Wunderkrankungen könnten bei rechtzeitiger und sachgerechter Intervention erheblich früher zur Abheilung gebracht und damit Leid und Kosten gespart werden. Mehr noch: ein Großteil der Wunden wäre bei konsequenter Behandlung ihrer Grunderkrankungen sogar vermeidbar. Die Gründe für die auch heute noch unnötig hohe Zahl chronischer Wunden liegen nicht im Mangel an therapeutischen Möglichkeiten, auch nicht an fehlender medizinischer Evidenz oder unzureichender Sachkenntnis der Wundspezialisten. Sie liegen vornehmlich darin, dass die Grunderkrankungen wie Gefäßleiden, Diabetes oder chronische Hautschäden zu spät behandelt werden. Als Risikofaktoren für chronische Wunden werden sie oft verkannt. Betroffene Patienten mit Krankheitsrisiken für chronische Wunden bleiben daher zu häufig ohne klare Diagnose und notwendige kausale Therapie.

Die Versorgungsforschung bei chronischen Wunden hat in Deutschland in den letzten Jahren einen markanten Aufschwung genommen, so dass inzwischen belastbare Daten zur Epidemiologie und Ökonomie der chronischen Wunden vorliegen. Mit diesen Daten hat sich auch zweifelsfrei gezeigt, dass hinter den Versäumnissen eine größere, aber überschaubare Anzahl an Defiziten in der Versorgung steckt. Diese beziehen sich vornehmlich auf eine unzureichende Organisation, Kommunikation und Leitlinien-treue in der Versorgung chronischer Wunden. Auch fehlen genügend Anreize für eine qualitativ hochwertige, leitlinienkonforme Versor-

gung inklusive der Prävention bei Risikopatienten. Die Erkenntnis, dass für die Behandlung eines einzelnen Patienten regelhaft mehrere ärztliche Disziplinen und weitere Berufsgruppen wie Pflegende, Lymphtherapeuten oder Ernährungsberater involviert sein müssen, setzt sich bisher nur langsam um. Eine Studie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) zeigte, dass innerhalb des ersten Jahres einer abzuklärenden chronischen Wunde durchschnittlich fünf verschiedene ärztliche Disziplinen und vier nichtärztliche Berufe für eine leitliniengerechte Versorgung gebraucht wurden. Auch die Befunde der internationalen Forschung, nach denen frühzeitig Spezialisten in die Versorgung von Problemwunden einzubeziehen sind, wurden in Deutschland bislang nicht ausreichend umgesetzt.

Umgekehrt wird der Ausbildungsstand der wundversorgenden Ärzte und Pflegenden sowie die Qualität der Einrichtungen durch Maßnahmen der Fachgesellschaften und Verbände immer besser. An zertifizierten Programmen lassen sich die qualitätsorientierten Personen und Institutionen erkennen. Zur Verbesserung der Versorgung werden auch zunehmend Standards eingeführt, etwa die Dokumentationsstandards der Bundeskonsensuskonferenz für chronische Wunden, an der über 30 Fachgesellschaften und Verbände mitwirken. Zudem entwickeln sich zusehends technische Hilfen in der spezialisierten Versorgung, etwa durch telemedizinische Unterstützung. Zusammen mit den erkannten organisatorischen und administrativen Verbesserungsbedarfen hat die Versorgung chronischer Wunden in Deutschland somit das Potential zu einer zunehmenden Qualität und Effizienz, das es zu nutzen gilt.

In der vorliegenden Sonderausgabe der Gesellschaftspolitischen Kommentare – gpk sollen die vielen Facetten der Versorgung chronischer Wunden beleuchtet und erklärt werden. Die erkannten Defizite werden themenweise durch die Beiträge aufgegriffen und jeweils Vorschläge zur Verbesserung gemacht. Es war dabei den Herausgebern ein großes Anliegen, möglichst viele Akteure aus dem Gesundheitswesen für dieses Thema sprechen zu lassen. Das Resümee mit einem Ausblick auf zukünftige Handlungsfelder rundet dieses Heft ab.

**Von Prof. Dr. Matthias Augustin,  
Prof. Dr. Martin Storck und Dr. Holger Lawall  
für den Vorstand des Deutschen Wundrats e.V.**

# Relevante Defizite in der Versorgung

## Wer versorgt Menschen mit chronischen Wunden in Deutschland?

Von Dr. Kristina Heyer, Kerstin Protz und Prof. Dr. Matthias Augustin

Die Krankheitsgeschichte von Patienten mit einer chronischen Wunde, wie Ulcus cruris (jeglicher Ätiologie), Dekubitus und diabetisches Fußulkus, ist geprägt durch jahrelange Wundverläufe sowie zahlreiche Rezidive und die damit verbundenen Einschränkungen der Lebensqualität [1-4]. Diese Patienten bedürfen zudem eines hohen pflegerischen sowie medizinischen Aufwands. Die Kosten der Versorgung von Menschen mit einem Ulcus cruris liegen aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zwischen 8.452 EUR und 10.384 EUR [5, 6]. In Deutschland haben etwa 800.000 Menschen eine dokumentierte chronische Wunde. Bei der Hälfte dieser Personen wurde zudem ein wundspezifisches Verbandmittel verordnet [7].

### Defizite der Versorgung

Einer qualifizierten und zeitgemäßen Therapie bei chronischen Wunden kommt eine hohe Bedeutung zu. Durch eine frühzeitige leitliniengerechte Behandlung kann die Rezidivrate (wiederkehrende Wunde) vermindert und die aus dem Wiederauftreten resultierenden Folgekosten verringert sowie die Therapiedauer verkürzt werden. Dies trägt zur Verbesserung der Lebensqualität bei und beeinflusst somit den gesamten Nutzen der Wundversorgung positiv. Als Defizite der Versorgung, die maßgeblich zu den hohen direkten und indirekten Kosten der Behandlung chronischer Wunden beitragen, sind die fehlende Früherkennung, die zu späte sachgerechte Diagnostik sowie die oft unzureichende bzw. nicht vorhandene Kausaltherapie zu nennen.

Hausärzte und Allgemeinmediziner fühlen sich in der Behandlung chronischer Wunden unsicherer als Spezialisten [8]. Studien zeigten bereits, dass bei der Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden durch ein interprofessionelles Team mit einem adäquaten Schnittstellenmanagement eine Verkürzung der Heilungszeit mit geringeren Kosten einhergeht [9-11]. Neben den klinischen Parametern kann eine multiprofessionelle Zusammenarbeit, die in eine intra-

sektorale Versorgung resultiert, bei einer adäquaten Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden von großer Relevanz sein. Als zentrales Ziel soll die Versorgung der Patienten als eine multiprofessionelle Aufgabe verstanden werden. Sie beinhaltet stattfindenden Kommunikations- und Informationsaustausch zwischen den Sektoren (Schnittstellen) und auch innerhalb der ambulanten Versorgung zwischen den einzelnen Versorgungspartnern (intra-sektoral). Dieser Austausch kann zum Erreichen einer verbesserten Versorgung und einer Versorgungskontinuität beitragen [12].

### Ärztliche Versorgung

Eine bundesweite versorgungswissenschaftliche Querschnittstudie an Patienten zeigte, dass knapp 70 Prozent der Patienten von Hausärzten behandelt wurden, 6,8 Prozent sogar von nicht auf das Krankheitsbild spezialisierten Versorgern, wie Heilpraktikern und Gynäkologen [13]. Die Gesamtheit der Patienten konsultierte vor Behandlung in einem spezialisierten Zentrum wegen eines Ulcus cruris venosum im Mittel 3,5 Ärzte [13]. Eine regionale Analyse in Hamburg zeigte, dass die Mehrheit der Patienten mit einem Ulcus cruris allein durch einen Hausarzt versorgt werden und nur in 26 Prozent der Fälle durch einen Dermatologen [2]. Bei Betrachtung dieser Versorgergruppe zeigten Analysen auf Basis von Routinedaten der GKV, dass die Hälfte der Versicherten mit einem Ulcus cruris durch mindestens einen wundrelevanten Facharzt, definiert als Fachärzte der Chirurgie oder Hautärzte (Dermatologen), behandelt wurde [14]. Die andere Hälfte wurde ausschließlich von einem Hausarzt behandelt. Der Anteil an Versicherten mit mindestens einer Konsultation lag innerhalb der ersten drei Monate nach Wundbeginn am höchsten und nahm im zeitlichen Verlauf deutlich ab.

Das primäre Behandlungsziel bei der Versorgung von Patienten mit einer chronischen Wunde ist häufig die Wundheilung. In Abhängigkeit von den versorgenden Arztgruppen waren unterschiedliche Heilungs-

raten zwischen den Facharztgruppen zu erkennen. Versicherte mit einem Ulcus cruris, die von einem wundversorgenden Facharzt (Fachdisziplinen Dermatologie oder Chirurgie) behandelt wurden, zeigten eine signifikant höhere Heilungschance als Versicherte ohne Beteiligung eines wundrelevanten Facharztes [14].

Neben der ambulanten stellt die stationäre Versorgung einen erheblichen Anteil von knapp 50 Prozent an den Gesamtkosten aus Sicht der GKV dar [5, 6, 15]. Eine Routinedatenanalyse mit Daten der GKV zeigte, dass 17 Prozent der Versicherten mit einem Ulcus cruris einen stationären Aufenthalt (Haupt- oder Nebendiagnose) hatten. Im Mittel konnten bei diesen Patienten 1,6 stationäre Aufenthalte innerhalb der aktiven Wundphase identifiziert werden [14].

### Mangel an multiprofessioneller Versorgung

Die Ergebnisse zeigen, dass eine Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden durch ein multiprofessionelles Team mit Einbindung von Fachärzten wie Chirurgen, Dermatologen oder Behandelnden, die sich zu einem Wundspezialisten weiterqualifiziert haben, daher stärker gefördert werden muss. Dies gilt vor allem vor dem Hintergrund, dass nach Analyse mit den GKV-Routinedaten diese multiprofessionelle Zusammenarbeit durch Einbindung eines wundversorgenden Facharztes die Heilungswahrscheinlichkeit von Versicherten mit einem inzidenten Ulcus cruris positiv beeinflusste. Jedoch besteht ein Missverhältnis zwischen der geringen Anzahl spezialisierter Versorger in Deutschland und der Anzahl zu behandelnder Patienten [16], wodurch sich eine relevante Versorgungslücke ergibt.

Dies spiegelt sich ebenfalls in dem hohen Anteil von Menschen mit einem Ulcus cruris, die ausschließlich durch einen Hausarzt behandelt werden, wider. Vor dem Hintergrund, dass sich Allgemeinmediziner in der Behandlung von Menschen mit chronischen Wunden unsicherer fühlen als Fachärzte und ein interprofessionelles Team mit einem adäquaten Schnittstellenmanagement zur Verkürzung der Heilungszeit beiträgt [8 - 11], besteht bis heute keine verpflichtende adäquate Facharzt-Behandlung von Menschen mit einer chronischen Wunde. Der Mangel an multiprofessionellen Teams als auch die fehlende Überwindung von Versorgungsschnittstellen spiegelte sich ebenfalls in der hohen Anzahl von stationären Wie-

deraufnahmen wider. Dies bedeutet für die Betroffenen, neben den krankheitsbedingten Einschränkungen, eine weitere Belastung durch Stress aufgrund enttäuschender Vorerfahrungen, zeitaufwändiger Suche nach neuen Versorgern sowie Vertrauensverluste gegenüber den Versorgern. Durch eine frühzeitige Facharztüberweisung kann eine fachgerechte Therapie unterstützt werden.

© gpk

### Literatur

- [1] Augustin M, Rustenbach SJ, Debus ES et al. Quality of care in chronic leg ulcer in the community: introduction of quality indicators and a scoring system. *Dermatology* 2011; 222(4):321-9.
- [2] Herberger K, Rustenbach SJ, Haartje O et al. Quality of life and satisfaction of patients with leg ulcers – results of a community-based study. *Vasa* 2011; 40(2):131-8.
- [3] Finlayson K, Edwards H, Courtney M. The impact of psychosocial factors on adherence to compression therapy to prevent recurrence of venous leg ulcers. *J Clin Nurs* 2010; 19(9-10):1289-97.
- [4] Persoon A, Heinen MM, van der Vleuten CJ et al. Leg ulcers: a review of their impact on daily life. *J Clin Nurse* 2004; 13(3):341-54.
- [5] Purwins S, Herberger K, Debus ES et al. Cost-of-illness of chronic leg ulcers in Germany. *Int Wound J* 2010; 7(2): 97-102.
- [6] Augustin M, Brocatti LK, Rustenbach SJ et al. Cost-of-illness of leg ulcers in the community. *Int Wound J* 2014; 11(3): 283-92.
- [7] Heyer K, Herberger K, Protz K et al. Epidemiology of Chronic Wounds in Germany: Analysis of Statutory Health Insurance Data. *Wound Repair Regen* 2016; 24: 434-42.
- [8] Müller-Bühl U, Leutgeb R, Bungartz J et al. Expenditure of chronic venous leg ulcer management in German primary care: results from a population-based study. *Int Wound J* 2013; 10(1): 52-6.
- [9] Gottrup F. A specialized wound-healing center concept: importance of a multidisciplinary department structure and surgical treatment facilities in the treatment of chronic wounds. *Am J Surg* 2004. 187(5a): 38-43.
- [10] Kjaer ML, Sorensen LT, Karlsmark T et al. Evaluation of the quality of venous leg ulcer care given in a multidisciplinary specialist centre. *J Wound Care* 2005; 14(4): 145-50.
- [11] Harrison MB, Graham ID, Lorimer K et al. Leg-ulcer care in the community, before and after implementation of an evidence-based service. *CMAJ* 2005; 172(11): 1447-52.
- [12] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung (SVR Gesundheit). Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten. 2012. [www.svr-gesundheit.de/index.php?id=410](http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=410) (abgerufen am 6. April 2014).
- [13] Protz K, Heyer K, Dissemmond J et al. Kompressionstherapie – Versorgungspraxis. Informationsstand von Patienten mit Ulcus cruris venosum. *J Dtsch Dermatol Ges* 2015; angenommen 3. Dezember 2015.
- [14] Heyer K. Versorgungsepidemiologie des Ulcus cruris in Deutschland. Erkrankungshäufigkeit, Versorgungsqualität und Prädiktoren der Wundheilung. Wiesbaden: Springer Medizin 2016.
- [15] Assadian O, Oswald JS, Leisten R et al. Management of leg und pressure ulcer in hospitalized patients: direct costs are lower than expected. *GMS Krankenhaushygiene interdisziplinär* 2011; 6(1): Doc07.
- [16] Augustin M, Debus ES (Hrsg.). *Moderne Wundversorgung: Im Spannungsfeld zwischen Qualitätsanspruch, Zuständigkeiten und Sparzwang*. 1. Auflage 2009. Wiesbaden: mhp Verlag.

# Epidemiologie chronischer Wunden

## Wie können wir valide Daten generieren?

Von Dr. Kristina Heyer, Prof. Dr. Matthias Augustin und Prof. Dr. Gerd Glaeske

Patienten mit chronischen Wunden (Ulcus cruris, Dekubitus und diabetisches Fußulcus) leiden unter ausgeprägten Einschränkungen der Lebensqualität und weisen einen hohen pflegerischen und medizinischen Versorgungsbedarf auf [1, 2, 3]. Zur besseren Versorgungsplanung und für einen zielgerichteten Einsatz vorhandener Ressourcen des deutschen Gesundheitssystems bedarf es neben versorgungswissenschaftlicher auch epidemiologischer Daten.

### Unterschätzte Erkrankungshäufigkeit

Analysen auf Basis von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zeigten, je nach Ziehungsalgorithmus, eine differierende geschätzte administrative Erkrankungshäufigkeit chronischer Wunden. Je nach Definition der Identifizierungskriterien wird die Erkrankungshäufigkeit chronischer Wunden (Ulcus cruris, Dekubitus und diabetisches Fußulcus) zwischen 1,8 Millionen und 440.000 Menschen geschätzt [4, 5, 6].

Bei der Identifizierung chronischer Wunden allein über die wundbezogenen Diagnosekodierungen konnte eine leicht rückläufige Erkrankungshäufigkeit ermittelt werden, wohingegen eine leichte Zunahme der geschätzten konservativeren Erkrankungshäufigkeit unter Berücksichtigung einer wundrelevanten Auflage zu verzeichnen war [5]. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass bei den Diagnosekodierungen durch Fehlklassifikation der Wunddiagnosen, also falsch eingestufte Wundarten, durch fehlende Differentialdiagnostik oder auch bedingt durch das Kodierverhalten des Behandlers die Reliabilität der Aussagen eingeschränkt sein kann [7]. Verordnungen wundrelevanter Auflagen können anhand der GKV-Routinedaten hinreichend valide erhoben werden. Zudem kann eine wundrelevante Verordnung als eindeutiger Marker einer Wunde herangezogen werden, da die Versorgung einer Wunde immer eine Wundaufgabe beinhaltet.

Aufgrund des demografischen Wandels und der dadurch bedingten zunehmenden Anzahl älterer Men-

schen mit der Grunderkrankung, wie Gefäßerkrankungen oder Diabetes melitus, wird mit einem weiteren Zuwachs an chronischen Wunden gerechnet [8, 9]. Dies widerspricht der vorgefundenen rückläufigen Erkrankungshäufigkeit allein über die Identifizierung von Diagnosekodierungen im ambulanten oder stationären Sektor und unterstreicht die Annahme, dass die alleinige Ziehung über die Diagnosen eher das Kodierverhalten der Behandler als die tatsächliche Häufigkeit chronischer Wunden in Deutschland widerspiegelt. Die deutlich höhere Prävalenz mittels Diagnosekodierungen kann auch auf eine Fortführung der Dokumentation von bereits abgeheilten Wunden zurückgeführt werden.

Auf Basis der vorliegenden gesundheitsbezogenen Inanspruchnahmedaten (GKV-Routinedaten) der Versicherten können keine Angaben über die unversorgte Morbidität getätigt werden, was ebenfalls zur Unterschätzung der Erkrankungshäufigkeit führen kann. Der Einfluss dieses „Underreporting“ wird bei der Bewertung sowohl der Erkrankungshäufigkeit als auch der Versorgungssituation von Patienten mit einer chronischen Wunde als eher gering eingeschätzt, da es sich um eine schwerwiegende Erkrankung handelt, die den Patienten in seiner Lebensqualität sehr einschränkt und daher eine Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen wahrscheinlich ist.

Eine genauere Abschätzung der Größenordnung fortgeführter oder auch falsch kodierter Diagnosen, des Anteils nicht berücksichtigter Verordnungen und unversorgter Morbidität kann allein anhand der GKV-Routinedaten jedoch nicht erfolgen. Zukünftig sollte daher die Möglichkeit eröffnet werden, Versorgungsdaten wie Daten der GKV mit klinischen Routinedaten oder Registerdaten zu verknüpfen („verlinken“), um eine Abschätzung der Größenordnung von Fehlkodierungen oder fortgeführter Diagnosekodierungen, der Anteil nicht berücksichtigter Verordnungen sowie der unversorgten Morbidität und die Qualität der Abrechnungsziffern dargestellt werden. Auf diese Weise würde auch eine Überprüfung der Reliabilität und der Gültigkeit der vorgefundenen Ergebnisse möglich werden.

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Nutzung von GKV-Routinedaten [10] auch für wundrelevante Fragestellungen, den differierenden administrativ geschätzten Erkrankungshäufigkeiten chronischer Wunden und dem daraus resultierenden Bedarf von Standards werden im Rahmen der bundesweiten Konsensuskonferenz „Ergebnismessung und Nutzenbewertung in der Versorgung chronischer Wunden“ [11], die unter Beteiligung von über 20 Fachgesellschaften und Verbänden aktiv ist, Standards für die Nutzung von GKV-Routinedaten in der Wundversorgung geschaffen. Neben Standards für die Nutzung von GKV-Routinedaten werden Standards in der Routineversorgung, der klinischen Forschung, der Versorgungsforschung, der Gesundheitsökonomie und für die wissenschaftliche Evaluation von Selektivverträgen systematisch im Rahmen der nationalen Konsensusgruppe erstellt und verabschiedet.

© gpk

#### Literatur

- [1] Augustin M, Brocatti LK, Rustenbach SJ et al. Cost-of-illness of leg ulcers in the community. *Int Wound J* 2014; 11(3): 283-92.
- [2] Müller-Bühl U, Leutgeb R, Bungartz J et al. Expenditure of chronic venous leg ulcer management in German primary care: results from a population-based study. *Int Wound J* 2013; 10(1): 52-6.
- [3] Purwins S, Herberger K, Debus ES et al. Cost-of-illness of chronic leg ulcers in Germany. *Int Wound J* 2010; 7(2): 97-102.
- [4] PMV-Forschungsgruppe. Epidemiologie und Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden. Eine Analyse auf der Basis der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen. Abschlussbericht. 2016. [www.info-wundversorgung.de/download/pmv-abschlussbericht-2015-12-03](http://www.info-wundversorgung.de/download/pmv-abschlussbericht-2015-12-03) (abgerufen am 14. Oktober 2016).
- [5] Heyer K. Versorgungsepidemiologie des Ulcus cruris in Deutschland. Erkrankungshäufigkeit, Versorgungsqualität und Prädiktoren der Wundheilung. Wiesbaden: Springer Medizin 2016.
- [6] Heyer K, Herberger K, Protz K et al. Epidemiology of Chronic Wounds in Germany: Analysis of Statutory Health Insurance Data. *Wound Repair Regen* 2016; 24: 434-42.
- [7] Schubert I, Ihle P, Köster I. Verwendung von GKV-Diagnosen in der Sekundärdatenforschung. In: Swart E, Ihle P (Hrsgg.). Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Huber 2006: 235-52.
- [8] Rabe E, Bauersachs RM, Pannier F et al. Venenerkrankungen der Beine. Robert Koch-Institut 2009; 44. [www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung) (abgerufen am 23. Juli 2015).
- [9] Deutsche Gesellschaft für Angiologie. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK). 2009. [www.awmf.org/leitlinien/detail/II/065-003.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/065-003.html) (abgerufen am 29. Juli 2014).
- [10] Hoffmann W, Bobrowski C, Fendrich K. Secondary data analysis in the field of epidemiology of health care. Potential und limitations. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2008; 51(10): 1193-1201.
- [11] Augustin M, Schmitt J, Herberger K et al. The German National Consensus on Wound Documentation and Outcomes: Rationale, Working Programme and Current Status. *Wound Medicine* 2014; 7: 8-13.

## Gesellschaftspolitische Kommentare

gpk

ISSN: 0016-9102

Herausgeber: Gisela Schütze-Broll,  
Leo Schütze

Chefredaktion: Gisela Schütze-Broll, Leo Schütze

Redaktion: Dr. Rudolf Hammerschmidt (verantwortlich),  
Dr. Franz-Josef Bohle (freier Mitarbeiter), Gabriela Broll,  
Corinna Grosser, André Haserück

Leo Schütze GmbH

Verlag Gesellschaftspolitische Kommentare

*Bestellanschrift: Zentralbüro (Eifel)*

Kapellenweg 18, 54614 Dingdorf

Tel.: (065 53) 921 10, Fax: (065 53) 921 13;

E-Mail: [schuetze-eifel@t-online.de](mailto:schuetze-eifel@t-online.de)*Hauptstadtbüro Berlin*

Einemstraße 14, 10785 Berlin

Tel.: (030) 26 55 13 50, Fax: (030) 25 79 45 52;

E-Mail: [schuetze-eifel@t-online.de](mailto:schuetze-eifel@t-online.de)Diese gpk-Sonderausgabe wurde in Kooperation mit dem  
Kompetenzzentrum für Versorgungsforschung in der Dermatologie (CVderm) sowie mit freundlicher Unterstützung von AbbVie  
Deutschland, BSN medical, Deutscher Wundrat e.V., Mölnlycke  
Health Care, URGO, wundnetze.de realisiert.Wir bitten, Paket- und Päckchensendungen ausschließlich an die  
Redaktion der Leo Schütze GmbH/Außenstelle Berlin, Biesenthaler  
Straße 18, 13055 Berlin, zu senden.Erscheinungsweise: monatlich. Der monatliche Bezugspreis beträgt  
4,00 Euro zuzüglich Porto und Versandkosten.Zu wichtigen Themen erscheinen Sonderausgaben. Diese werden  
gesondert berechnet.

Bankverbindung:

Gesellschaftspolitische Kommentare (gpk),  
Raiffeisenbank Westeifel eG, Konto 5 023 228, BLZ 586 619 01

Druck: Grafische Werkstatt Franz Pruckner,

Detmolder Straße 13, 10715 Berlin.

Tel.: (030) 85 47 95 90, Fax (030) 85 73 11 96

E-Mail: [gw-pruckner@t-online.de](mailto:gw-pruckner@t-online.de)Umbruch: Norbert Hertwig, [mail@hertwig-design.de](mailto:mail@hertwig-design.de)Die mit Verfassernamen oder Abkürzungen gekennzeichneten Ar-  
tikel geben nicht in jedem Fall die Auffassung der Redaktion wieder.Die mit „gpk“ gekennzeichneten Anmerkungen stammen von der  
Redaktion, nicht vom Verfasser.Nachdruck zu den üblichen Honorarbedingungen nur nach Zustimmung  
durch die Redaktion.

Zitierung nur mit Quellenangabe.

# Was gehört zu den Standards?

## Leitliniengerechte Therapie chronischer Wunden

Von Dr. Holger Diener und PD Dr. Katharina Herberger

Chronische Wunden sind in Deutschland häufig und haben nicht zuletzt aufgrund ihrer hohen Krankheitslast für den Patienten und aufgrund ihrer hohen Folgekosten eine große sozio-demographische Bedeutung [1 - 6]. Die Behandlung dieses zahlenmäßig steigenden Erkrankungsbildes erfordert einen interdisziplinären Behandlungsansatz [5] basierend auf dem Prinzip der evidenzbasierten Medizin, also unter Berücksichtigung der höchsten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz. Dabei werden verschiedene Evidenzstufen unterschieden, wobei Stufe I die höchste darstellt. Diese beinhaltet die Erkenntnisse aus Metaanalysen und systematischen Reviews, wohingegen die niedrigste Evidenz, Evidenzstufe IV, die Expertenmeinung darstellt. Die verfügbare Evidenz wird in Cochrane-Reviews, Metaanalysen und HTA-Berichten zusammengefasst und bewertet. Die Leitlinien der Fachgesellschaften bewerten die verschiedenen Behandlungsoptionen einer Erkrankung und fassen die verfügbare Evidenz zusammen.

In vielen Bereichen der Medizin, so auch in der Wundversorgung, liegen nur wenige aus hochwertigen Studien gesicherte Erkenntnisse vor. Bei fehlendem wissenschaftlichem Nachweis muss die Behandlung

jedoch dem Prinzip der besten verfügbaren Evidenz, also niedrigeren Evidenzstufen folgen. Nur 20 Prozent aller Entscheidungen bei der Versorgung chronischer Wunden können auf Basis höchster Evidenz erfolgen. Umso wichtiger ist es, in Bereichen der fehlenden Evidenz Leitlinien und Konsensempfehlungen zu verfassen, um auch hier eine gute Versorgung zu gewährleisten. Daher sind die Leitlinien der internationalen Fachgesellschaften, insbesondere aber die AWMF-Leitlinie zum Ulcus cruris venosum der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie (DGP) für die Praxis von großer Bedeutung [7]. Im Folgenden sollen die Grundzüge der leitliniengerechten Therapie chronischer Wunden cursorisch erläutert werden.

### Leitliniengerechte Therapie

Zu den Versorgungsbereichen gehören die Anamnese, die Diagnostik, die Therapie und die Prävention (Tabelle). Im ersten Schritt der Versorgung chronischer Wunden erfolgen eine sorgfältige Anamnese sowie eine Schmerzanamnese. Zur Diagnostik gehören die Wundstaterhebung und die Wundgrößenerfassung, diese dienen der Beurteilung des derzeitigen

I. Anamnese	II. Diagnostik	III. Therapie	IV. Prävention
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dauer der Wunde, potenzielle Auslöser (z. B. Trauma)</li> <li>• Erfassung von Begleiterkrankungen und Medikamenten</li> <li>• Schmerzanamnese</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sorgfältiger Wundstatus</li> <li>• Erfassung Wundgröße</li> <li>• Schmerzmessung</li> <li>• Gefäßstatus</li> <li>• BPI (Brachiopedalindex)</li> <li>• Abstrichdiagnostik</li> <li>• Biopsien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompression bei Ulcus cruris venosum</li> <li>• Optimierung einer arteriellen Durchblutungsstörung (Gefäßaufdehnung, Stent, Bypass)</li> <li>• Einstellung der Risikofaktoren</li> <li>• Wunddebridement</li> <li>• Schmerztherapie allgemein</li> <li>• Schmerztherapie bei Verbandwechsel</li> <li>• Feuchte Wundbehandlung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachsorge bei Abheilung</li> <li>• Klärung Compliance</li> <li>• Patientenedukation</li> </ul>

Tabelle: Indikatoren der leitliniengerechten Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris (modifiziert nach [1])

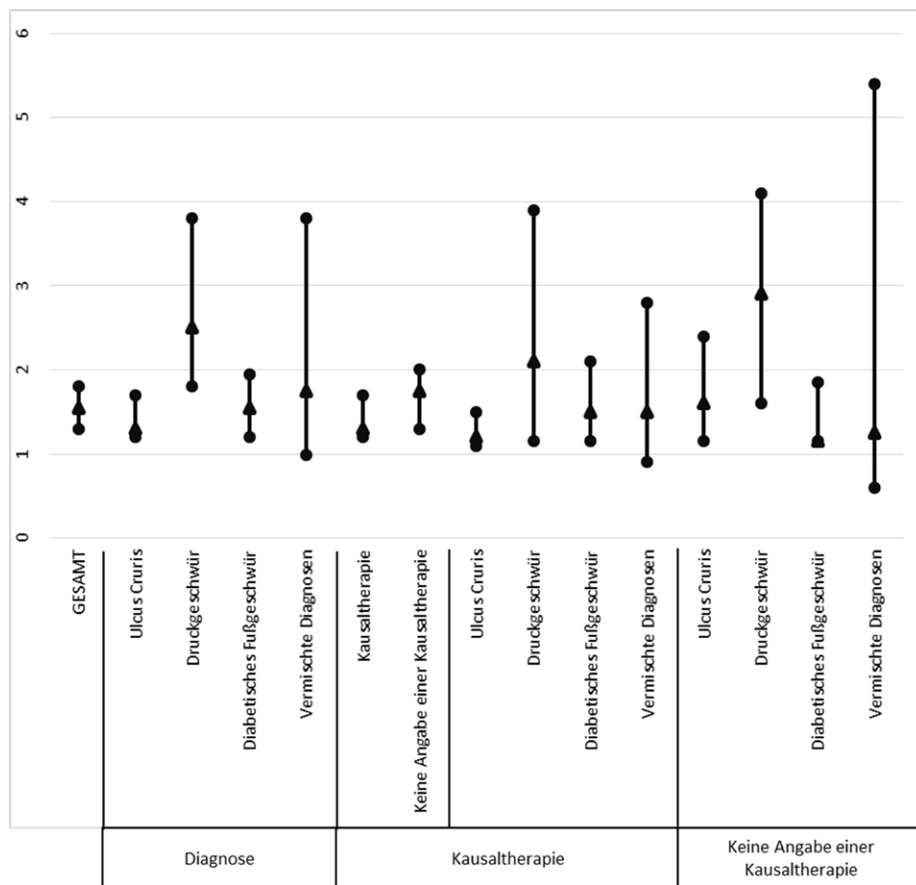


Abbildung: Hydroaktive Wundauflagen im Vergleich zu konventionellen Verbänden in Abhängigkeit von Diagnostik und Kausaltherapie. Eine sogenannte Odds ratio von > 1 zeigt die Überlegenheit hydroaktiver Wundauflagen (aus [9])

Wundzustands und der Verlaufsbewertung. Häufig sind Erkrankungen des Gefäßsystems Auslöser chronischer Wunden, daher ist eine Untersuchung des arteriellen und venösen Gefäßsystems mittels Ultraschall obligat. Weitere Basisuntersuchungen umfassen die Abstrichdiagnostik und die Biopsie. Da nahezu alle Wunden durch Erreger besiedelt sind, gilt es initial einen Abstrich zu entnehmen, um multiresistente Erreger zu erfassen und dann besondere Hygienemaßnahmen zu ergreifen oder im Falle einer Infektion gezielt zu therapieren. Eine Biopsie ist immer dann indiziert, wenn der klinische Befund auffällig ist oder die Wunde über ein Jahr keine Heilung zeigt. Nicht zuletzt sollte bei jeder Untersuchung das Schmerzaufkommen systematisch geprüft werden, um die Schmerztherapie adäquat durchführen zu können. Die weitere Diagnostik sollte fallorientiert erfolgen.

Im Vordergrund der leitliniengerechten Therapie chronischer Wunden steht die kausale, also die Ursachen beseitigende Therapie. Die zuvor sorgfältig gestellte Diagnose ist somit Grundvoraussetzung für eine kau-

sale Therapie und ermöglicht eine individuelle Behandlung. Beim venösen Ulcus steht die Behandlung der Beinschwellung aufgrund einer Blutabflussstörung im Vordergrund. Die Entstauungstherapie sollte mittels Kompressionswickeln oder Kompressionsstrümpfen erfolgen [7]. Wenn möglich und indiziert, sollte eine Therapie der Krampfaderen durch Operation oder Verödung erfolgen. Liegt bei einer Arteriosklerose eine relevante Verengung oder ein Verschluss der Arterien vor, sollte eine Gefäßintervention in Erwägung gezogen werden [8]. Begleiterkrankungen sind zu erfassen und adäquat zu therapieren.

Zur Basistherapie fast jeder chronischen Wunde gehört ein sorgfältiges Wunddebridement zum Entfernen von oberflächlichen Belägen. Dieses kann mechanisch, chirurgisch, durch Ultraschall oder wasserstrahlgesteuerte Verfahren erfolgen. Bei der Lokaltherapie chronischer Wunden haben sich hydroaktive Wundauflagen

der konservativen Wundtherapie als überlegen erwiesen [9]. In einer systemischen Aufarbeitung sowie einer Metaanalyse von 170 Studien und Beurteilung von 22.492 Wunden wurde durch eine unselektierte Herangehensweise die gesamte publizierte Evidenz zur Effektivität analysiert. Die Chance auf Abheilung war in den Studienarmen zu hydroaktiven Wundauflagen im Mittel um 52 Prozent signifikant höher. Unter Berücksichtigung von Beobachtungsstudien zeigte sich insgesamt eine Abheilungschance von 33 Prozent. Dabei zeigte sich die Überlegenheit hydroaktiver Wundauflagen unabhängig einer Kausaltherapie. Eine Bewertung einzelner Wundauflagen und Verfahren nimmt die S3-Leitlinie Chronische Wunden vor [10]. Die Schmerztherapie erfolgt nach WHO-Stufenschema und umfasst nicht nur die Dauertherapie, sondern sollte auch bei jedem Verbandwechsel berücksichtigt werden. Ebenso bedeutungsvoll wie eine individuelle Diagnostik und Therapie ist die Prävention chronischer Wunden. Hierzu gehört eine regelmäßige Nachsorge, sowie die strukturierte Aufklärung und Patientenedukation sowie die Prüfung der Com-



pliance zur Einschätzung der zu erwartenden Patientenressourcen.

© gpk

#### Literatur

[1] Augustin M, Rustenbach SJ, Debus ES et al. Quality of care in chronic leg ulcer in the community: introduction of quality indicators and a scoring system. *Dermatology* 2011; 222(4): 321-9.

[2] Herberger K, Rustenbach SJ, Grams L et al. Quality-of-care for leg ulcers in the metropolitan area of Hamburg—a community-based study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 26(4): 495-502.

[3] Herberger K, Rustenbach SJ, Haartje O et al. Quality of life And satisfaction of patients with leg ulcers – results of a community-based study. *Vasa* 2011; 40: 131-8.

[4] Augustin M, Brocatti LK, Rustenbach SJ et al. Cost-of-Illness of leg ulcers in the Community. *Int Wound J* 2014; 11(3): 283-92.

[5] Finlayson K, Edwards H, Courtney M. The impact of psychosocial factors on adherence to compression therapy to prevent recurrence of venous leg ulcers. *J Clin Nurs* 2010; 19(9-10):1289-97.

[6] Heyer K, Herberger K, Protz K et al. Epidemiology of Chronic Wounds in Germany: Analysis of Statutory Health Insurance Data. *Wound Repair Regen* 2015. [Epub]. DOI: 10.1111/wrr.12387.

[7] Deutsche Gesellschaft für Phlebologie. Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum. AWMF-Leitlinien-Register-Nr. 037/009. [www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/037-009l\\_S3\\_Diagnostik\\_und\\_Therapie\\_des\\_Ulcus\\_cruris\\_venosum\\_abgelaufen.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/037-009l_S3_Diagnostik_und_Therapie_des_Ulcus_cruris_venosum_abgelaufen.pdf) (abgerufen am 30. August 2016).

[8] Deutsche Gesellschaft für Angiologie, Gesellschaft für Gefäßmedizin. S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit. AWMF-Leitlinien-Register-Nr. 065/003. [www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/065-003l\\_S3\\_PAVK\\_periphere\\_arterielle\\_Verschlusskrankheitfinal-2016-04.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/065-003l_S3_PAVK_periphere_arterielle_Verschlusskrankheitfinal-2016-04.pdf) (abgerufen am 30. August 2016).

[9] Heyer K, Augustin M, Protz K et al. Effectiveness of Advanced versus Conventional Wound Dressings on Healing of Chronic Wounds. Systematic Review and Meta-Analysis. *Dermatology* 2013; 226: 172-84.

[10] Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung. Lokalthherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz. AWMF-Leitlinien-Register-Nr. 091/001. [www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Leitlinien/Evidenzbasierte\\_Leitlinien/091-001l\\_S3\\_Lokalthherapie\\_chronischer\\_Wunden\\_2012-06.pdf](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Leitlinien/Evidenzbasierte_Leitlinien/091-001l_S3_Lokalthherapie_chronischer_Wunden_2012-06.pdf) (abgerufen am 30. August 2016).

# Chronische Wunden und die Kosten

## Entscheidend ist immer der therapeutische Nutzen

### Von Magdalene Krensel und Mandy Gutknecht

#### Hintergrund

Ökonomische Faktoren sind in der Versorgung chronischer Wunden bei begrenzten finanziellen Ressourcen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der Entwicklung innovativer hochpreisiger Behandlungsmöglichkeiten, einer fortschreitenden Alterung der Gesellschaft und damit einhergehend einer Zunahme des Versorgungsbedarfs von zunehmender Bedeutung.

#### Kosten-Effektivitätsanalysen

Die begrenzten finanziellen Ressourcen in Kombination mit einem steigenden Bedarf machen eine Allokation der verfügbaren Mittel im Sinne einer gerechten und sinnvollen Verteilung notwendig. Dabei ermöglicht die Gesundheitsökonomie die Entscheidung zwischen zwei oder mehr Behandlungsalternativen, indem die Kosten und Nutzen einer Intervention mit einer bereits etablierten, in der Versorgung üblichen

Alternative verglichen werden (Kosten-Effektivitätsanalyse). In dieser Kosten-Nutzen-Abwägung werden die Nutzen auf verschiedene Weise dargestellt – etwa in Form klinischer Ergebnisse, in Form verbesserter Lebensqualität oder in Form von sekundären Kosteneffekten [1]. Wirtschaftlich ist ein medizinisches Verfahren dann, wenn Kosten und Nutzen in einem vertretbaren Verhältnis zueinander stehen.

Mittels solcher gesundheitsökonomischer Analysen belegen Studien beispielsweise die Kosten-Effektivität von Kompressionstherapie bei Ulcus cruris venosum. So ist nach Korn et al. die Behandlung des Ulcus cruris venosum mit Kompressionstherapie wirtschaftlicher gegenüber einer Behandlung ohne Kompressionstherapie [2]. Patienten unter konsequenter Kompressionstherapie wiesen lebenslange Kosten von 14.588 USD (USD = US Dollar) auf. Bei Patienten ohne Kompressionstherapie lagen diese Kosten bei 20.492 USD. Trotz der Mehrausgaben durch die Therapie ergab sich somit auf die Lebenszeit gerechnet ein Kostenvorteil von 5.904 USD pro Patient.

Franks et al. analysierten die Kosten-Effektivität einer Kompressionstherapie mit sehr hohem Verdichtungsdruck (4-Layer-Bandagen) gegenüber der üblichen Kompressionstherapie im häuslichen Pflegedienst [3]. Die Kosten pro Patient betragen 1.205 EUR bei hoher Kompression und 2.135 EUR bei herkömmlicher Therapie.

In einem Kosten-Effektivitätsmodell von Shannon 2007 zeigten sich ebenfalls signifikant geringere Kosten bei Patienten mit einer Best-Practice-Behandlung (evidenzbasierte Versorgung) gegenüber Patienten mit Standardtherapie (CAD 1.492 vs. CAD 5.554; CAD = kanadischer Dollar) [4].

Einer binationalen Studie zufolge war weiterhin die strikte Implementierung einer Leitlinie in der Diagnostik und Therapie des venösen Ulkus signifikant wirtschaftlicher [5]. Bei Einhaltung der Leitlinie war die Abheilungswahrscheinlichkeit in den USA 6,5-mal höher und in Großbritannien doppelt so hoch, die Dauer bis zur Abheilung verkürzt und die Behandlungskosten signifikant geringer.

### Kosten chronischer Wunden in Deutschland

Neben Kosten-Effektivitätsanalysen besteht im Rahmen der Gesundheitsökonomie großes Interesse an

Krankheitskostenstudien. Sie dienen der Ermittlung von Krankheitskosten, die aus der Behandlung von chronischen Wunden resultieren. Für Deutschland liegen derzeit drei Krankheitskostenstudien im Bereich chronischer Wunden vor.

Zwei Studien wurden aus der gesellschaftlichen Perspektive durchgeführt und umfassen sowohl direkte als auch indirekte Kosten, wobei sich die Studie von Purwins et al. auf das Krankheitsbild Ulcus cruris venosum beschränkt, während Augustin et al. zusätzlich Wunden mit arterieller und posttraumatischer Ätiologie einbezieht (siehe Abbildung). Die Krankheitskosten für chronische Wunden in Deutschland liegen entsprechend der Studien zwischen 9.060 EUR und 9.569 EUR pro Patient und Jahr [6, 7]. Die höheren Kosten in der Studie von Augustin et al. können darauf zurückgeführt werden, dass die Studienteilnehmer in spezialisierten Zentren eingeschlossen wurden, während die Teilnehmer in der Studie von Purwins et al. in unterschiedlichen Settings rekrutiert wurden.

Beide Studien zeigen eine ähnliche Verteilung der Kosten auf die unterschiedlichen Bereiche der Versorgung. Der größte Anteil ist mit mehr als einem Drittel der Kosten auf die stationäre Versorgung zurückzuführen, gefolgt von Ausgaben für die ambulante Versorgung (13 bis 20 Prozent) und für Medizinprodukte (17 bis 23 Prozent). In der ambulanten Versorgung

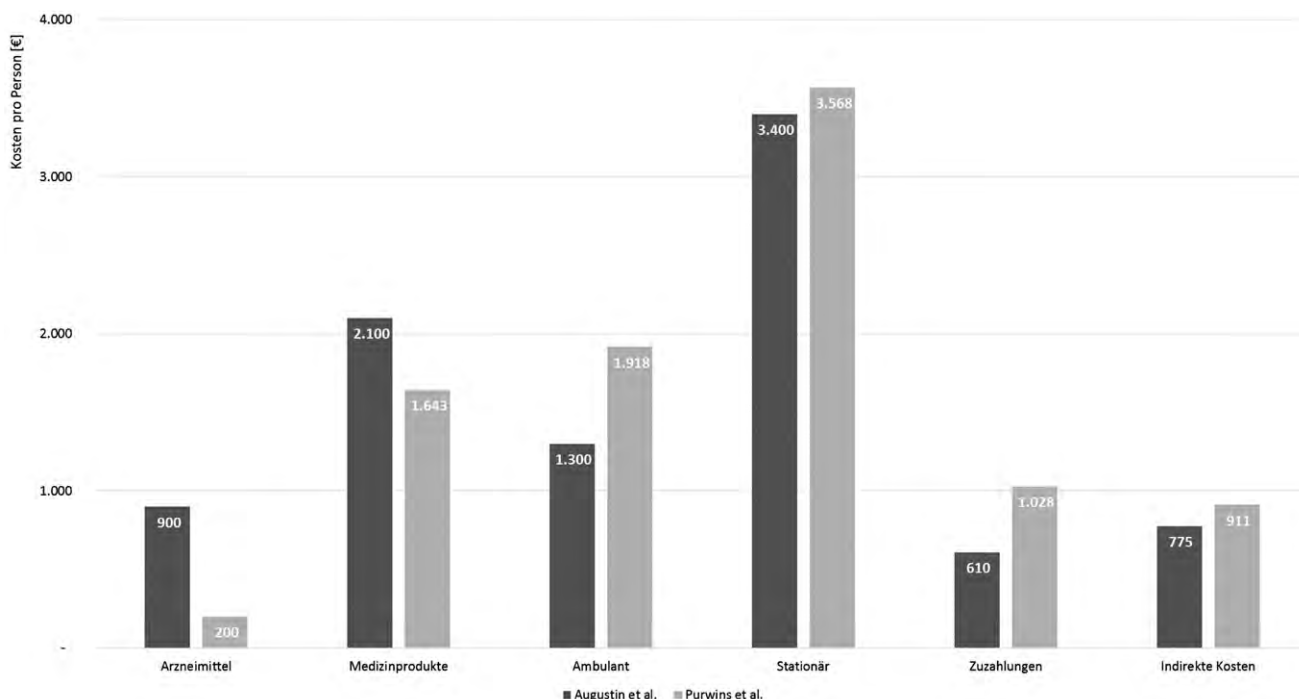


Abbildung: Krankheitskosten chronischer Wunden in Deutschland pro Patient und Jahr

stellen die Pflegekosten, die durch die Notwendigkeit regelmäßiger Verbandswechsel anfallen, den größten Kostentreiber dar. Als Prädiktor für anfallende Krankheitskosten gilt neben der Dauer bis zur kompletten Abheilung der Wunde auch die Rezidivrate.

In der dritten Studie untersuchen Müller-Bühl et al. die Kosten der Arzneimittel und Medizinprodukte bei Patienten mit chronisch venösem Ulkus [8]. Mit 1.646 EUR pro Patient und Jahr sind die Kosten vergleichbar mit den Ergebnissen von Purwins et al. (1.843 EUR).

## Nutzen

Krankheitskostenstudien stellen die gesellschaftliche und ökonomische Relevanz einer Erkrankung dar und zeigen auf, in welchen Bereichen der Versorgung Kosten entstehen. Das größere Gewicht bei gesundheitspolitischen Entscheidungen liegt jedoch in den Nutzenparametern. Die Nutzenbewertung ist zu einer zentralen, auch im Sozialgesetzbuch seit 2007 verankerten Größe geworden. Die Lebensqualität ist, als wichtiger Aspekt der Nutzendefinition, ebenfalls ein Instrument der gesundheitsökonomischen Evaluation.

## Praktische Implikationen

Die Gesundheitsökonomie wurde in der Wundversorgung als wichtiger Aspekt der Entscheidungsfindung anerkannt [9] und findet Berücksichtigung bei

- der Entscheidung über die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln und Therapieoptionen [1, 10],
- der Implementierung und Evaluation neuer Versorgungskonzepte [11] und
- der alltäglichen Versorgung durch Behandlungsleitlinien [12].

Entscheidend ist dabei immer der therapeutische Nutzen einer Intervention. Er hat ein größeres Gewicht als die Mehrkosten der Therapie, wenn nur so der notwendige Therapieerfolg erreicht wird.

© gpk

## Literatur

- [1] Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Allgemeine Methoden. Version 4.2 vom 22. April 2015. [https://www.iqwig.de/download/IQWiG\\_Methoden\\_Version\\_4-2.pdf](https://www.iqwig.de/download/IQWiG_Methoden_Version_4-2.pdf) (abgerufen am 30. August 2016).
- [2] Korn P, Patel ST, Heller JA et al. Why insurers should reimburse for compression stockings in patients with chronic venous stasis. *J Vasc Surg* 2002; 35(5):1-8.
- [3] Franks PJ, Posnett J. Position Document: Understanding compression therapy: Cost-effectiveness of compression therapy; European Wound Management Association (EWMA). 2003. [ewma.org](http://ewma.org) (abgerufen am 30. August 2016).
- [4] Shannon RJ. A Cost-utility Evaluation of Best Practice Implementation of Leg and Foot Ulcer Care in the Ontario Community. *Wound Care Canada* 2007; 5(1):53-6.
- [5] McGuckin M, Waterman R, Brooks J et al. Validation of venous leg ulcer guidelines in the United States and United Kingdom. *Am J Surg* 2002; 183(2):132-7.
- [6] Augustin M, Brocatti LK, Rustenbach SJ et al. Cost-of-illness of leg ulcers in the community. *Int Wound J* 2014; 11(3):283-92.
- [7] Purwins S, Herberger K, Debus ES et al. Cost-of-illness of chronic leg ulcers in Germany. *Int Wound J* 2010; 7(2):97-103.
- [8] Müller-Bühl U, Leutgeb R, Bungartz J et al. Expenditure of chronic venous leg ulcer management in German primary care: results from a population-based study. *Int Wound J* 2013; 10(1):52-6.
- [9] MGregor L (Hrsg.). Internationaler Konsens. Begründung für ein kosteneffizientes Wundmanagement. [www.akademie-zwm.ch/uploads/media/konsensusdokumente/Kosteneffizienz\\_im\\_Wundmanagement\\_WUWHS\\_2013.pdf](http://www.akademie-zwm.ch/uploads/media/konsensusdokumente/Kosteneffizienz_im_Wundmanagement_WUWHS_2013.pdf) (abgerufen am 30. August 2016).
- [10] Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG); AMNOG; 2010.
- [11] Goepel L, Heyer K, Herberger K et al. Selektivverträge zu chronischen Wunden – aktueller Stand in Deutschland. *Gefäßchirurgie* 2015; 20(1):18-24.
- [12] Deutsche Gesellschaft für Phlebologie. Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum. AWMF-Leitlinien-Register-Nr. 037/009. [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/037-009I\\_S3\\_Diagnostik\\_und\\_Therapie\\_des\\_Ulcus\\_cruris\\_venosum\\_abgelaufen.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/037-009I_S3_Diagnostik_und_Therapie_des_Ulcus_cruris_venosum_abgelaufen.pdf) (abgerufen am 30. August 2016).

## Gesellschaftspolitische Kommentare (gpk)

Kapellenweg 18 · 54614 Dingdorf · Einemstraße 14 · 10785 Berlin  
Tel.: (0 65 53) 9 21 10 · Fax: 9 21 13 · Tel.: (0 30) 26 55 13 50 · Fax: 25 79 45 52

E-Mail: [schuetze-eifel@t-online.de](mailto:schuetze-eifel@t-online.de)

Gesellschafts-  
politische  
Kommentare

# Behandlung durch niedergelassene Fachärzte

## Ausgestaltung des Spielraums

### Von Dr. Karl-Christian Münter

Der Titel dieses Artikels beinhaltet zwei Fragestellungen: Welche Facharztgruppe bzw. -gruppen sind gemeint? Was bedeutet Spielraum?

Es geht um den niedergelassenen, also den ambulant tätigen Facharzt. In der Behandlung chronischer Wunden arbeiten größtenteils Fachärzte für Allgemeinmedizin, Dermatologie und Chirurgie. Spezialisierte Arztgruppen aus unterschiedlichen Facharztgruppen kommend, wie Geriater, Diabetologen und Phlebologen, sind ebenfalls aktiv. Die genannten Gruppen unterliegen unterschiedlichen Abrechnungsregeln, sie verfügen über unterschiedliche Praxisausstattungen und Kenntnisse.

Die gesunkenen Liegezeiten in den Krankenhäusern führen dazu, dass der zeitlich weitaus größte Teil der Behandlung chronischer Wunden, in der Regel mehrere Monate, in der Ambulanz und der häuslichen Versorgung bzw. dem Pflegeheim stattfindet.

Unterschiedlichen Statistiken zufolge, die sich aktuell besonders auf Sekundärdaten der Krankenkassen beziehen, leidet ca. 1 Prozent der Bevölkerung an einer chronischen, nicht heilenden Wunde. Diese Angabe entspricht in Deutschland ca. 820.000 Menschen [1, 2].

In Deutschland waren im Jahr 2015 insgesamt 150.106 Ärzte im ambulanten Bereich tätig. 29.373 von ihnen befanden sich im Angestelltenverhältnis, so dass als Praxisinhaber bzw. Praxisteilhaber 120.733 Mediziner verbleiben [3]. Auf den ersten Blick besteht also ein leistungsfähiges, fachärztliches, ambulantes Netz, das mit der Versorgung der genannten Patientenzahl keine Schwierigkeiten haben sollte. Trotzdem machen viele Betroffene und ihre Angehörigen die Erfahrung, dass ihnen im ambulanten Bereich nicht schnell genug, nicht gründlich genug und nicht nachhaltig genug geholfen wird.

### Medizinische Möglichkeiten

Der in der ambulanten Wundversorgung arbeitende Arzt steht zwischen der Hochleistungsmedizin

der Krankenhäuser, in denen invasive diagnostische und therapeutische Eingriffe durchgeführt werden, und der häuslichen Krankenpflege, die den Großteil der praktischen, lokalen Wundbehandlung leistet. Es muss dabei gefragt werden, welche Rolle den niedergelassenen Ärzten noch bleibt. Gibt es überhaupt eine originäre ärztliche Aufgabe oder erstreckt sich das Wirken niedergelassener Ärzte lediglich auf die Verordnung von rezeptpflichtigen (teuren) Verbandmitteln, die – im Krankenhaus bereits erprobt – in der Häuslichkeit weiter verwendet werden?

Es lassen sich mehrere Aufgaben benennen, die für die Patienten essenziell wichtig sind und ohne deren Erfüllung eine effiziente Versorgung chronischer Wunden nicht möglich wäre.

### Die Früherkennung

Auch wenn die Zahl derjenigen steigt, die das Wochenende dazu nutzen, Krankenhausambulanzen zu stürmen, ist der erste Ansprechpartner bei medizinischen Problemen in der Regel der wohnortnah tätige, spezialisierte oder hausärztliche Arzt. Gerade auf den ersten Blick nicht durchschaubare Phänomene, wie offene Stellen in der Haut, die sich auch nach Wochen eigener Therapiebemühungen nicht schließen wollen, führen dazu, dass ärztlicher Rat in halbwegs vertrauter Umgebung gesucht wird.

Zudem haben Patienten und Ärzte, z. B. im Rahmen des Diabetes-2-Disease-Management-Programms oder des Hautkrebscreenings, Gelegenheit, erstmals über eine länger bestehende Wunde zu reden.

Der untersuchende Arzt wird insbesondere auf Hautschäden in der Folge chronischer Erkrankungen, wie der venösen Insuffizienz oder des Diabetes mellitus, die noch nicht zu offenen Wunden geführt haben, achten. Durch eine sachgerechte Behandlung und Pflege der Haut kann das Entstehen von Wunden bereits im Ansatz verhindert werden. Aber natürlich müssen auch kleine, oft vom Patienten noch gar nicht

bemerkte, Wunden erkannt werden, die den Betroffenen keine Schmerzen verursachen oder an Körperstellen liegen, die dem Patienten nicht einsichtig sind (z. B. im Zehenzwischenraum).

### **Die Eingangsdiagnostik**

Patient und Arzt wollen einen Befund interpretieren. Das gemeinsame Interesse richtet sich darauf, zu erklären, woher die Wunde kommt, wieso sie entstanden ist und warum sie nicht spontan abheilt. Hier helfen einfache diagnostische Methoden weiter, wie sie in durchschnittlich ausgestatteten Praxen durchaus angewandt werden. Anamnese, Inspektion, Labor und ggf. Sonographie erlauben eine erste Einordnung, verbunden mit der Möglichkeit, den Patienten über sein Problem aufzuklären. Auf dem Boden der so erhaltenen definitiven oder Verdachtsdiagnose können weiterführende Maßnahmen in spezialisierten Einrichtungen geplant werden. Die immer anzustrebende Beseitigung der zugrundeliegenden Ursache erfolgt dann häufig in Zusammenarbeit mit der Klinik, die nicht als Konkurrenz, sondern als Kooperationspartner gesehen wird.

### **Die Überwachung und Durchführung der Therapie**

Erfolgte die umfassende Diagnostik und gegebenenfalls eine operative Therapie in der Klinik, stellt sich der Patient wieder bei seinem ambulant tätigen Wundspezialisten vor. Diesem obliegt es nun, in Zusammenarbeit mit Pflegediensten, auf dem Boden der kausalen Therapie die lokale Wundbehandlung bis zur Abheilung zu organisieren. Während die routinemäßigen Verbandwechsel in der Regel von Pflegediensten oder Angehörigen durchgeführt werden, ist der Arzt für die Kontrolle des Therapiefortschrittes zuständig und natürlich in der Bekämpfung auftretender Komplikationen (bspw. Wundinfektionen) gefragt.

### **Die Prophylaxe**

Eines der großen Probleme in der Versorgung chronischer Wunden ist das häufige Auftreten von Rezidiven. Krankenpflegefachkräfte und Ärzte gemeinsam haben besonders zum Ende bzw. nach Abschluss der Behandlung die Aufgabe, die Patienten über die

notwendigen Maßnahmen zur Prophylaxe (z. B. das Tragen von Kompressionsstrümpfen) zu informieren.

### **Medizinische Einschränkungen**

Natürlich lassen sich nicht alle in der Wundbehandlung infrage kommenden diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen in der Praxis so einsetzen, wie es in Kliniken möglich ist. Anästhesieverfahren (bei Debridement oder Biopsie), Vakuumversiegelung, Ultraschall- oder Hydrojetdebridement und plastische Verfahren (z. B. Meshgraft) sind nur in sehr großen spezialisierten Praxen möglich und auch dort sollten sie nicht an allen (z. B. nicht an hochbetagten oder schwer kranken) Patienten durchgeführt werden.

### **Wirtschaftliche Möglichkeiten**

Alle vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) der Ärzte und Krankenkassen zugelassenen diagnostischen und therapeutischen Verfahren sind in der Praxis anwendbar. Ebenso ist das Verschreiben von Verbandmitteln bislang ohne Einschränkung erlaubt.

Hier liegen die Schwierigkeiten im Detail. Zum Beispiel hat die Vakuumversiegelung, ein in nahezu allen Kliniken eingesetztes Verfahren, die offizielle Anerkennung des G-BA (noch) nicht erhalten. Die Definition von Verbandmitteln ist zur Zeit Gegenstand der Diskussion und wird im Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) neu formuliert werden, eventuell mit Konsequenzen für die Verschreibepaxis. Heilmittel wie z. B. manuelle Lymphdrainagen und Hilfsmittel wie z. B. Kompressionsbestrumpfung werden ebenfalls von niedergelassenen Ärzten verordnet.

### **Wirtschaftliche Einschränkungen**

Die oben beschriebenen Freiheiten der niedergelassenen Ärzte finden allerdings ihre (engen) Grenzen in der Budgetierung der prinzipiell erstatteten Leistungen. Die Kosten der unbegrenzt verordnungsfähigen Verbandmittel fallen gänzlich in die Arzneimittelbudgets der Praxen. Angesichts der Preise dieser Produkte ist das Budget pro Patient bereits nach zwei bis drei Wochen überschritten und damit lange bevor eine chronische Wunde abgeheilt ist. Ebenso erreichen die Kosten der physikalischen Therapien schnell die Grenzen der Budgets.

Mag auch die Gefahr eines Regresses in der Realität noch gering sein, so ist doch das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung mit dem Risiko des ungünstigen Ausgangs – der in der Regel zur Privatinsolvenz des Betroffenen führen würde – Grund genug, sich hier nicht wissentlich in Gefahr begeben zu wollen.

### Zusammenfassung und Ausblick

Von allen Seiten unbestritten haben Patienten mit chronischen Wunden ein Anrecht auf „ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen, die das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen“ (Sozialgesetzbuch V [4]). Diese Leistungen werden erbracht und verordnet von niedergelassenen Ärzten.

Die im Verlauf der Behandlung einer chronischen Wunde anfallenden Kosten sind in jedem Einzelfall so hoch, dass sie die durchschnittlichen Kosten pro Patient weit übersteigen. Wundpatienten sind teure Patienten. Dem Risiko der Budgetüberschreitung können niedergelassene Ärzte zur Zeit noch nicht durch eine nachgewiesene Qualifizierung, ein zertifiziertes Qualitätsmanagement oder ähnliche Maßnahmen vorbeugen. Wirtschaftlichkeitsprüfungen mit aufwendigem Prozedere über Monate drohen in jedem Fall. Dem steht kein erkennbarer Vorteil gegenüber. Bislang gibt es keine positiven Anreize für Ärzte, sich den Patienten mit chronischen Wunden besonders zuzuwenden. Das Ergebnis ist eine qualitativ wie quantitativ ungenügende Versorgung von ungefähr einer Million Patienten, eine Versorgung, die vordergründig billiger scheint, im Endeffekt aber teuer wird.

Die demographische Entwicklung wird absehbar die Anzahl der von chronischen Wunden betroffenen Patienten in den nächsten Jahren vergrößern. Versorgungslücken im ambulanten ärztlichen Bereich sind

genauso absehbar, so waren 2015 bereits 37 Prozent aller Hausärzte über 60 Jahre alt [3].

Um unter diesen Bedingungen die im SGB V garantierte „ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche“ Therapie [4] zu gewährleisten, bedarf es leistungsfähiger, interdisziplinärer und interprofessioneller Zentren, die – bei nachgewiesener Qualifikation – ohne Gefährdung durch Regresse eine medizinisch notwendige Arbeit leisten können.

Hierzu gibt es durchaus Ansätze. In Metropolregionen, z. B. in Hamburg oder Köln, haben sich stationäre und ambulante Zentren vernetzt. Und zertifizierte Qualitätsmanagementsysteme (z. B. das „Wundsiegel“ der Initiative Chronische Wunden) gewährleisten auch jetzt schon das Einhalten qualitativ hochstehender Standards.

Es ist an der Zeit, diese Bemühungen auch von Seiten der Kostenträger zu würdigen, um die jetzige Situation zu verbessern und den großen Herausforderungen der Zukunft zu begegnen.

© gpk

---

### Literatur

- [1] Heyer K, Herberger K, Protz K et al. Epidemiology of chronic wounds in Germany: Analysis of statutory health insurance data. *Wound Repair Regen* 2016; 24(2): 434-42.
- [2] PMV-Forschungsgruppe. Epidemiologie und Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden. Eine Analyse auf der Basis der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen. Abschlussbericht. 2016. [www.info-wundversorgung.de/download/pmv-abschlussbericht-2015-12-03](http://www.info-wundversorgung.de/download/pmv-abschlussbericht-2015-12-03) (abgerufen am 14. Oktober 2016).
- [3] Bundesärztekammer. Ärztestatistik 2015. <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2015/> (abgerufen am 30. August 2016).
- [4] Fünftes Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) idF der Bekanntmachung vom 11. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2233).

# Definitionen und Standards in der Wundbehandlung

## Einheitliche Standards optimieren Versorgungsqualität

Von Prof. Dr. Joachim Dissemond

In die komplexen Behandlungsprozesse von Patienten mit chronischen Wunden sind Experten verschiedener medizinischer Professionen mit teils sehr unterschiedlichen Ausbildungen involviert. Alleine in Deutschland haben bereits mehr als 32.000 Teilnehmer eine Qualifizierung als Wundexperte entsprechend der Schulungen der Initiative Chronische Wunde (ICW) e. V. erfolgreich absolviert. Eine notwendige Grundlage für deren Kommunikation und Dokumentation ist eine einheitliche Nomenklatur. Daher hat der Vorstand der ICW aktuell damit begonnen, verschiedene Begrifflichkeiten zu definieren, damit hier ein einheitlicher Standard verwendet werden kann [1].

Festgelegt wurden unter anderem die folgenden Begriffe:

**Wunde:** Als Wunde wird der Barriereverlust zwischen dem Körper und der Umgebung durch Zerstörung von Gewebe an äußeren oder inneren Körperoberflächen bezeichnet.

**Chronische Wunde:** Eine Wunde, die nach 8 Wochen nicht abgeheilt ist, wird als chronisch bezeichnet. Unabhängig von dieser zeitlich orientierten Definition gibt es Wunden, die von Beginn an als chronisch anzusehen sind, da ihre Behandlung eine Therapie der weiterhin bestehenden Ursache erfordert. Hierzu gehören beispielsweise das diabetische Fußsyndrom, Wunden bei pAVK (peripherer arterieller Verschlusskrankheit), Ulcus cruris venosum oder Dekubitus.

**Akute Wunde:** Jede Wunde, die nicht chronisch ist, wird als akut bezeichnet.

**Erosion:** Als Erosion oder Schürfwunde wird eine oberflächliche Wunde bezeichnet, die ausschließlich die Epidermis/Oberhaut betrifft.

**Ulcus:** Als Ulcus oder Geschwür wird eine tiefe Wunde bezeichnet, die mindestens bis in die Dermis/Unterhaut reicht.

**Wundrand:** Als Wundrand wird die Grenze zwischen Wunde und intaktem Gewebe bezeichnet.

**Wundumgebung:** Als Wundumgebung wird der Bereich bezeichnet, der an den Wundrand grenzt und die Wunde umgibt.

**Nekrose:** Als Nekrose wird abgestorbenes, zuvor vitales Gewebe bezeichnet.

**Gangrän:** Als Gangrän werden abgestorbene Körperteile bezeichnet. Bei der Beschreibung von abgestorbenem Gewebe in Wunden spricht man daher von Nekrose und nicht von Gangrän.

**Wundexsudat:** Als Wundexsudat werden alle Flüssigkeiten bezeichnet, die von einer Wunde freigesetzt werden. In Abhängigkeit des Wundzustandes kann das Wundexsudat dabei Lymphe, Blut, Proteine, Keime, Zellen und Zellreste beinhalten.

## ABCDE-Regel der Diagnostik chronischer Wunden

Die Diagnostik chronischer Wunden stellt eine interdisziplinäre und interprofessionelle Herausforderung dar. Daher wurde ein einfach zu merkender Algorithmus für die strukturierte Diagnostik chronischer Wunden in Form der ABCDE-Regel entwickelt [2].

**A – Anamnese:** Die Anamnese sollte immer der erste Schritt in der Diagnostik sein. Hier wird der Patient unter anderem sowohl zu der aktuellen Wunde als auch zu Wunden in der Vergangenheit, Medikamenten sowie Begleiterkrankungen gezielt befragt.

**B – Bakterien:** Auch wenn Bakterien selten die alleinige Ursache für chronische Wunden sind, kommt ihrer Diagnostik eine besondere Bedeutung zu. Hier sind es insbesondere die multiresistenten Erreger (MRE), die sehr spezielle Hygienemaßnahmen notwendig machen.

**C – Klinische Untersuchung:** Die Lokalisation der Wunden kann ebenso wie der Wundrand und die Wundumgebung wichtige Hinweise auf die zugrundeliegende Genese liefern.

**D – Durchblutung:** Die Diagnostik des arteriellen Gefäßsystems beginnt mit dem Tasten der Fußpulse. Zudem sollte immer auch der Knöchel-Arm-Index (Ankle-Brachial-Index – ABI) bestimmt werden. Für die Diagnostik des Venensystems sollte die directionale Doppler- oder besser eine farbcodierte Duplex-Sonographie genutzt werden.

**E – Extras:** Insbesondere wenn mit der Basisdiagnostik die Genese der Wunden nicht eindeutig geklärt werden kann, existieren zahlreiche weiterführende Diagnostikverfahren, die zielgerichtet eingesetzt werden können. Neben serologischen Parametern, Pathergie-Test oder Kapillarmikroskopie ist es oft eine Biopsie, die hier entnommen werden sollte.

### M.O.I.S.T. – Lokalthherapie chronischer Wunden

Begleitend zu einer kausal ansetzenden Behandlung sollte auch eine an den Phasen der Wundheilung orientierte, feuchte Wundtherapie durchgeführt werden [3]. Die aktuell hierfür zur Verfügung stehenden Therapieoptionen sind sehr vielfältig, sodass es vielen Therapeuten schwer fällt, einen Überblick zu bewahren. Daher war es das Ziel einer Expertengruppe für Wund-D.A.CH., dem Dachverband der deutschsprachigen Fachgesellschaften im Wundheilungssektor, ein Akronym für die Systematik der Lokalthherapie chronischer Wunden zu entwickeln [4]:

**M – Moisture balance (Exsudatmanagement):** Die feuchte („moist“) Wundbehandlung ist seit mehreren Jahrzehnten der Goldstandard für die Behandlung chronischer Wunden. Hier muss bei jedem Patienten individuell eingeschätzt werden, ob Feuchtigkeit substituiert oder aufgesaugt werden muss, um ein möglichst optimales Exsudatmanagement zu gewährleisten.

**O – Oxygen balance (Sauerstoffbalance):** Bei chronischen Wunden spielt die Hypoxie eine zentrale Rolle. Für die Lokalthherapie bedeutet dies, dass insbesondere in Fällen, in denen Maßnahmen wie Revaskularisation und Kompressionstherapie keinen ausreichenden Erfolg erbracht haben, Therapieoptionen zur Verfügung stehen, die die Sauerstoffbalance wieder herstellen.

**I – Infection control (Infektionskontrolle):** Die Infektionskontrolle beschreibt sämtliche antimikrobiellen Strategien in der Wundbehandlung. Von zentraler Bedeutung ist hierbei der zeitlich begrenzte Einsatz von Antiseptika, die beispielsweise Polihexanid oder Octenidin enthalten, oder Wundauflagen, beispielsweise mit Silber.

**S – Support (Unterstützung des Heilungsprozesses):** Wenn Wunden trotz scheinbar adäquater Therapie nicht heilen, können temporär spezifische Wundtherapeutika zum Einsatz kommen, die aktiv in den gestörten Wundheilungsprozess eingreifen. Diese Unterstützung des Wundheilungsprozesses erfolgt beispielsweise durch eine Modulation von Matrixmetalloproteinasen, des pH-Wertes oder von Wachstumsfaktoren.

**T – Tissue management (Gewebemanagement):** Das Gewebemanagement beschreibt alle Maßnahmen einer Wundgrund-Konditionierung, beispielsweise mit neutralen Wundauflagen oder physikalischen Hilfsmitteln wie Unterdruck, Strom oder Ultraschall, welche die Wundheilungsprozesse fördern.

### Fazit

Durch die Verwendung von einheitlichen Definitionen und Standards in der Wundbehandlung können aktuelle Diagnostik- und Behandlungsstrategien optimiert und nachvollziehbar werden. Insofern ist es wünschenswert, dass diese über Fachgesellschaften propagierte Definitionen und Standards auch in der Routineversorgung von Patienten mit chronischen Wunden regelmäßig genutzt werden.

© gpk

### Literatur

- [1] Dissemmond J, Bültemann A, Gerber V et al. Definitionen für die Wundbehandlung. *Hautarzt* 2016; 67: 265-6.
- [2] Dissemmond J. ABCDE-Regel der Diagnostik chronischer Wunden. *J Dtsch Dermatol Ges* 2016; in Druck.
- [3] Dissemmond J, Augustin M, Eming S et al. Moderne Wundtherapie – praktische Aspekte der lokalen, nicht-interventionellen Behandlung chronischer Wunden. *J Dtsch Dermatol Ges* 2014; 12: 541-54.
- [4] Dissemmond J, Assenheimer B, Gerber V et al. M.O.I.S.T. – ein Konzept für die Lokalthherapie chronischer Wunden. *J Dtsch Dermatol Ges* 2016; in Druck.



# Normalität oder Herausforderung?

## Regionale Disparitäten in der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden

Von Dr. Kristina Heyer, Kerstin Protz, Anne Kis und Dr. Jobst Augustin

Laut bereits publizierter Studien gilt die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden (Ulcus cruris, Dekubitus und diabetisches Fußulkus) in Deutschland bis heute als unzureichend und weist Unter- und Fehlversorgung auf [1-5]. Zudem gestaltet sich die Implementierung von Leitlinien in die Routineversorgung und deren Umsetzung als schwierig [6, 7].

Unter den Defiziten der Versorgung, die maßgeblich zu den hohen Kosten chronischer Wunden aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beitragen, sind unter anderem eine fehlende Früherkennung chronischer Wunden, die zu späte sachgerechte Diagnostik sowie die oft unzureichende Einleitung der Kausaltherapien zu nennen.

### Versorgung mittels Kompressionstherapie

Eine der Säulen der kausalen Behandlung des Ulcus cruris venosum (UCV) ist die Kompressionstherapie, deren Wirksamkeit in Studien guter Qualität hinreichend belegt wurde [8]. Die Versorgung mit einer Kompressionstherapie umfasst medizinische Kompressionsstrümpfe (MKS), Ulkus-Strumpfsysteme, Mehrkomponentensysteme, adaptive Kompressionsbandagen sowie Kurzzugbinden und Polstermaterialien (Pelotten, Watte-/Schaumstoffbinden, Schlauchverbände) als verordnungs- und erstattungsfähige Hilfs- bzw. Verbandmittel, welche über Apotheken, Sanitätshäuser oder Homecare-Unternehmen abgegeben werden. Die Auswertung der GKV-Routinedaten zeigte, dass bei der Mehrheit (61 Prozent) der Versicherten mit einem UCV keine Kompressionstherapie verordnet wurde [3]. Betrachtet wurde jeweils der Zeitraum ein Jahr vor und nach Wundbeginn bei neuerkrankten Versicherten mit einem UCV.

Zudem konnten in der GKV-Analyse bundesweit einige regionale Versorgungsunterschiede identifiziert werden. Der Anteil der Patienten mit einem UCV, die eine Kompressionstherapie erhielten, lag im Saarland mit 36 Prozent am niedrigsten; in Bremen und Hamburg wurden hingegen 47 Prozent der betroffe-

nen Versicherten mit einer Kompressionstherapie versorgt (siehe Abbildung 1). Im Vergleich zur Hamburger Wundstudie (59 Prozent) [2] lag der Anteil etwas niedriger. Auch in anderen Studien konnte gezeigt werden, dass die Mehrheit der Patienten mit einem UCV keine Kompressionstherapie erhielt [5, 9, 10, 11].

### Regionale Mängel der Versorgung

Bei den Defiziten der Versorgung spielen die spezifischen Lokal-Therapeutika, insbesondere die Wundauflagen, nur eine untergeordnete Rolle. Dennoch können diese bei der Versorgung schwer heilender Wunden zur Verbesserung des Wundzustandes, der Lebensqualität der Patienten und der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise beitragen. Eine phasengerechte Wundversorgung beinhaltet, je nach Wundstadium, eine feuchte Wundbehandlung mittels hydroaktiver Wundauflagen.

Bei 75 Prozent der Versicherten mit einem inzidenten (neuerkrankten) Ulcus cruris jeglicher Ätiologie wurden sowohl hydroaktive als auch nicht-hydroaktive Wundauflagen innerhalb des ersten Jahres nach Wundbeginn eingesetzt bzw. über die Apotheke abgerechnet. Bei 23 Prozent wurde ausschließlich mit nicht-hydroaktiven Wundauflagen behandelt, was vermutlich nicht einer leitlinien- sowie phasengerechten Wundbehandlung entspricht [12].

Die Versorgung von Patienten mit einem Ulcus cruris mit ausschließlich nicht-hydroaktiven Wundauflagen variiert deutschlandweit und es besteht ein deutlicher Ost-West-Unterschied. Während der Anteil in Hamburg, in Schleswig-Holstein, in Hessen und im Saarland bei unter 20 Prozent liegt, werden 41 Prozent der Patienten in Sachsen mit nicht-hydroaktiven Wundauflagen versorgt (siehe Abbildung).

### Europäischer Wundatlas

Diese ersten bundesweiten Analysen verdeutlichen, neben einer defizitären allgemeinen Versorgungssi-

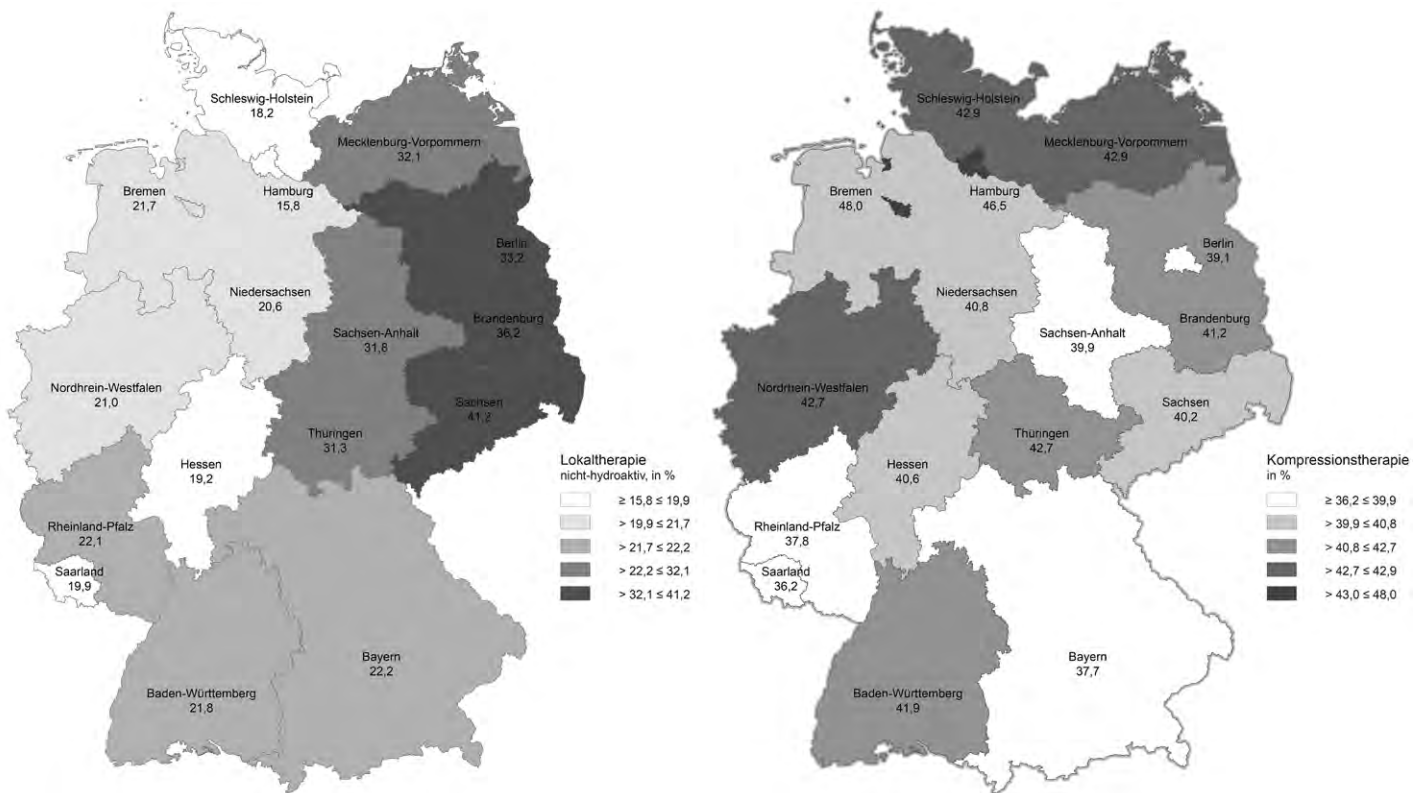


Abbildung: Regionale Verteilung ausschließlich nicht-hydroaktiver Wundauflagen (links) bei UCV und Versorgung mit mindestens einer Kompressionsverordnung bei Ulcus cruris venosum (rechts) nach Bundesland in Prozent (2010 bis 2012)

tuation, im speziellen bei Patienten mit einem Ulcus cruris, dass deutliche regionale Disparitäten bestehen. Inwieweit im europäischen Vergleich regionale Unterschiede in der Versorgung bestehen, ist bislang kaum bekannt. Vor diesem Hintergrund ist ein europaweiter Survey geplant, in dem in 28 Ländern Daten zur Epidemiologie, Versorgung oder auch Kosten von Wunden erhoben werden. Die Ergebnisse des Surveys werden als Europäischer Wundatlas aufbereitet und zugänglich gemacht.

Zukünftig wird es notwendig sein, die Erkenntnisse der Versorgungsforschung auf verschiedenen Ebenen in Versorgungskonzepte einfließen zu lassen. Auf der Ebene des versorgenden medizinischen und pflegerischen Personals bedeutet dies, Leistungsstand und Kenntnisstand in der Versorgung zu erhöhen. Hierfür sind entsprechende Anreize zu setzen. Zwischen „gut versorgen“ und „nicht hinreichend versorgen“ bestehen erhebliche Unterschiede im Ergebnis und in der Prognose der Entwicklung der Grunderkrankung.

Auf der Versorgungsebene sind Anreize dafür zu schaffen, dass Patienten mit Risikoerkrankungen für die Ausbildung und Entwicklung chronischer Wunden

rechtzeitig und nachhaltig in die Versorgung durch entsprechend spezialisierte Ärzte gelangen.

Auf eine rechtzeitige Vorstellung von beginnenden Erkrankungen bei einem Spezialisten ist immer dann hinzuwirken, wenn in der Basisversorgung die Kompetenz für eine entsprechende Kausaldiagnostik nicht besteht. Entscheidender Marker ist die Zeit vom ersten Symptom der Wunde bis zur abgeschlossenen Kausaldiagnostik. Die zeitliche Toleranz hierfür sollte gering sein und auch an die basisversorgenden Hausärzte und ambulanten Pflegedienste kontinuierlich kommuniziert werden.

In der therapeutischen Planung ist immer wieder auf das Primat der kausalen Therapie hinzuweisen. Diese kann nicht hinreichend durch das Pflegepersonal initiiert und umgesetzt werden. Jedoch kann diese Berufsgruppe im Gesamtmanagement eine wichtige Funktion haben, etwa in der Kompressionstherapie des UCV oder in der Vermeidung von Druckgeschwüren (Dekubitus) durch Bewegungsförderung. Auch in der therapeutischen Versorgung darf die Toleranz für zeitliche Verzögerungen nur gering sein. Therapieziele sollten in Verbindung mit definierten Verbesserungen stehen und in einen zeitlichen Rahmen gesetzt werden.

**Literatur**

- [1] Augustin M, Rustenbach SJ, Debus ES et al. Quality of care in chronic leg ulcer in the community: introduction of quality indicators and a scoring system. *Dermatology* 2011; 222(4): 321-9.
- [2] Herberger K, Rustenbach SJ, Grams L et al. Quality-of-care for leg ulcers in the metropolitan area of Hamburg-a community-based study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 26(4): 495-502.
- [3] Heyer K, Protz K, Glaeske G et al. Epidemiology and use of compression treatment in venous leg ulcers: nationwide claims data analysis in Germany. *Int Wound J* 2016. [Epub]. DOI: 10.1111/iwj.12605
- [4] Protz K, Heyer K, Dörler M et al. Kompressionstherapie – Kenntnisse und Anwendungspraxis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2014; 12(9): 794-801.
- [5] Protz K, Heyer K, Dissemond J et al. Kompressionstherapie – Versorgungspraxis. Informationsstand von Patienten mit Ulcus cruris venosum. *J Dtsch Dermatol Ges* 2015; angenommen 3. Dezember 2015.
- [6] Selbmann HK, Kopp I. Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. *Die Psychiatrie* 2005; 2: 33-8.
- [7] Kastner M, Estey E, Bhattacharyya O. Better guidelines for better care: enhancing the implementability of clinical practice guidelines. *Exp Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2011; 11(3): 315-24.
- [8] O'Meara S, Cullum N, Nelson EA et al. Compression for venous leg ulcers. *Cochrane database of systematic reviews* 2012.11: 1-141.
- [9] Srinivasiah N, Dugdall H, Barrett S et al. A point prevalence survey of wounds in north-east England. *J Wound Care* 2007; 16(10): 413-6, 418-9.
- [10] Rabe E, Hertel S, Bock E et al. Therapy with compression stockings in Germany – results from the Bonn Vein Studies. *J Dtsch Dermatol Ges* 2013; 11(3): 257-61.
- [11] Chaby G, Senet P, Ganry O et al. Prognostic factors associated with healing of venous leg ulcers: a multicentre, prospective, cohort study. *Br J Dermatol* 2013; 169(5): 1106-13.
- [12] Heyer K. Versorgungsepidemiologie des Ulcus cruris in Deutschland. Erkrankungshäufigkeit, Versorgungsqualität und Prädiktoren der Wundheilung. Wiesbaden: Springer Medizin 2016.

# Was können wir von Diabetes lernen?

## Disease-Management-Programme bei chronischen Wunden

Von Prof. Dr. Ralf Lobmann

Patienten mit Diabetes mellitus unterliegen einem hohen Risiko, eine chronische Wundheilungsstörung – insbesondere im Rahmen des diabetischen Fußsyndroms (DFS) – zu entwickeln. Die strukturierte Diagnostik und Therapie chronischer Wunden bei Patienten mit Diabetes mellitus ist der Schlüssel für eine erfolgreiche Behandlung. Noch immer werden in Deutschland allerdings zu viele Majoramputationen, d. h. Amputationen oberhalb der Knöchelregion, durchgeführt. Gerade dem Zusammenwirken von ambulanter und stationärer Behandlung kommt hier eine große Bedeutung zu [1 - 5].

### Kommunikation und konsequente Umsetzung

Entscheidend für den Erfolg eines Systems der geteilten Versorgung und Verantwortung (Shared-care-Modell) sind eine erfolgreiche Kommunikation und eine konsequente Umsetzung von Prozessplänen [1]. Gemeinsames Ziel aller Beteiligten muss, bei optimaler Koordination der zur Verfügung stehende Ressourcen, eine hohe Abheilungsrate sein, wobei dabei nicht die unkritische primäre Amputation gemeint sein darf. Ein ausreichender funktionaler (Rest-)Fuß und

eine geringe Rezidivrate sind Aufgaben der Sekundärprävention (Einlagen- und Schuhversorgung) [1]. Die intersektorale Zusammenarbeit kann beispielhaft durch Strukturen der Integrierten Versorgung (IV [6, 7]) oder Disease-Management-Programme (DMP [8]) verbessert werden.

Die Disease-Management-Programme sind systematisch organisiert und strukturierte, zum Teil evidenzbasierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen. Die DMP sollen bewirken, dass Hausärzte, Fachärzte, Krankenhausapotheken und Rehabilitationseinrichtungen besser koordiniert werden und kostengünstiger als zuvor zusammenarbeiten. Die Auswertungen der DMP-Programme (für Menschen mit Typ-2-Diabetes seit 2003, für Typ-1-Patienten seit 2005) zeigen, dass im Verlauf von 3 Jahren eine kontinuierlich sinkende Inzidenz eines DFS festgestellt werden kann [9]. Andere Arbeiten stellen durchaus die Behandlungsergebnisse beim diabetischen Fuß trotz DMP als unverändert schlecht dar [10].

Der Ansatz, welcher von diesen Versorgungsstrukturen geboten wird, muss aber in der Realität noch klarer implementiert, durch Prozessqualität unterfüt-

tert und durch eindeutige Reglementierungen gefestigt werden. Derzeit wird das offerierte Potenzial der DMP nur unzureichend im Sinne einer Verbesserung der Versorgungssituation genutzt.

Für die bisherige Dokumentation von Fußbefunden und Schweregraden in der Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom sind keine verbindlichen Diagnostik- und Therapieempfehlungen hinterlegt. Auch die Stufen der sektoralen Versorgung sind nicht verbindlich definiert und festgelegt.

### **Zu lange Dauer der Zuweisung in Wundzentrum**

Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass der Zeitraum, in dem eine chronische Wundsituation beim Patienten mit Diabetes in einer spezialisierten Wundbehandlungseinrichtung vorgestellt wird, immer noch zu lang ist. Während es in Deutschland zu Verzögerungen von Wochen oder gar Monaten kommt, sind die Regularien in anderen Ländern (z. B. in den Niederlanden) so gestaltet, dass Wunden ohne Heilungsdynamik nach spätestens fünf Wochen in dafür spezialisierten Zentren vorzustellen sind [11, 12]. Damit erfolgt die Zuweisung in ein Wundzentrum deutlich früher und meist in einem weniger fortgeschrittenen Krankheitsstadium (Wagner-Armstrong-Stadium). Spezifische Maßnahmen für die Optimierung der peripheren Durchblutungssituation, die Infektbekämpfung und die strukturierte Wundbehandlung setzen somit früher ein und sind schlussendlich erfolgreicher.

Die Notwendigkeit der multidisziplinären und multi-professionellen Teambetreuung [13- 15] umfasst die sektoren- und fachübergreifende ärztliche Kooperation ebenso wie die Integration der nichtärztlichen Assistenzberufe (Diabetesberater, Podologen, orthopädische Schuhmachermeister, Wundassistenten etc.). Ein solches Team benötigt, um erfolgreich arbeiten zu können, inhaltliche und formale Vorgaben (z. B. nationale und internationale sowie „hausinterne“ Leitlinien). Dabei ist eine adäquate Versorgung eines Patienten nur bei Überschreiten von Schnittstellen (und damit vorab der klaren Definitionen dieser Schnittstellen) möglich. Entsprechende ambulante und/oder stationäre Einrichtungen zur Versorgung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom, wie Kliniken, Praxen und Ambulanzen, sind von der Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) speziell zertifiziert und praktizieren bereits erfolgreich diesen multiprofessionellen

Betreuungsansatz. Daten von 2005 bis Mitte 2015 mit über 18.000 in diesen Zentren dokumentierten und evaluierten Fußulzerationen zeigen, dass mit den von der DDG vorgegebenen Strukturen gute Heilungsraten (mehr als 53 Prozent innerhalb von 6 Monaten) und niedrige Majoramputationsraten von weniger als 4 Prozent erzielt werden können. Gerade die letztere Rate, die Lebensqualität und auch Mortalität maßgeblich beeinflusst, ist dabei deutlich niedriger als der bundesdeutsche Durchschnitt von 10 bis 15 Prozent. Dabei fand sich ein klarer Zusammenhang zwischen dem Amputationsrisiko und dem Wagner-Armstrong-Stadium [16, 17].

### **Versorgungsstrukturen etablieren**

Erfolgreiche Strukturen zur Versorgung des diabetischen Fußsyndroms sind durch ein gemeinsames übergeordnetes Interesse von medizinischen Dienstleistern, Kostenträgern und Politik gekennzeichnet. Eine flächendeckende Versorgung steht allerdings noch aus und bis auf (über-)regionale Strukturverträge ist die Versorgungslage von Einzelinteressen geprägt. Diese zu bündeln und einen wirtschaftlichen Nutzen der vorhandenen, aber auch limitierten Ressourcen zu gewährleisten, ist Aufgabe der Entwicklung von flächendeckenden Konzepten wie beispielsweise durch die Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß der DDG. Gerade der diabetische Fuß als interdisziplinäres Problem eignet sich in besonderer Weise, prozessuale Strukturen für die Versorgungsrealität zu etablieren.

Dafür ist es zum einen notwendig, die Aufgaben der in der Versorgungskette beteiligten Professionen zu definieren und zu koordinieren. Auf ärztlicher Seite bietet sich hier in besonderer Weise der Diabetologe als Koordinator zwischen operativen (Chirurgie, Gefäßchirurgie, Orthopädie) und konservativen Unterstützungsprozessen (interventionelle Radiologie/Angiologie) sowie die Implementierung der Wundversorgung sowie Nachsorge (Podologie, Orthopädie-schuhmacher) an.

Zum anderen ist eine wirkungsvolle Versorgung mit dem Ziel einer zügigen Wundheilung und der Vermeidung von Amputationen nur möglich, wenn auch der dafür notwendige Aufwand entsprechend refinanziert ist. Die Bedeutung der chronischen Wunde gerade unter Berücksichtigung der allgemeinen demografischen Entwicklung, aber auch besonders aufgrund

der steigenden Fallzahlen von Adipositas und Diabetes, muss rasch zu tragfähigen Lösungsansätzen führen. Nur dann kann bei einem überschaubaren Kostenrahmen eine qualitativ akzeptable Versorgung der Menschen mit Diabetes und einer chronischen Wundheilungsstörung auch zukünftig sichergestellt werden.

### Kosten und ‚unbezahlbare‘ Effekte

Ökonomische Daten, die die tatsächlichen Kosten eines diabetischen Fußsyndroms bzw. einer im Rahmen dieser chronischen Wundheilungsstörung notwendigen Amputation wiedergeben, gibt es für Deutschland bisher noch nicht. Die bisherigen ökonomischen Daten fokussieren nur auf Teilbereiche wie ambulanter Sektor, stationärer Sektor, unmittelbare Wundversorgung oder Schuh-/Orthesenversorgung. Eine Betrachtungsweise, die den Gesamtfall bedenkt und somit die Gesamtkosten einschließlich der sozialmedizinischen Folgekosten (Arbeitsausfall, Umschulungsmaßnahmen, Rehabilitationsmaßnahmen, Pflegebedürftigkeit aufgrund von Majoramputation) betrachtet, wird noch nicht in ausreichendem Maße angewandt. Dies wäre aber unbedingt notwendig, um die gesundheitsökonomische Dimension und den für eine zielgerichtete Diagnostik und Therapie gegenüberstehenden Kostenaufwand zu bewerten. Eine strukturierte Diagnostik und Therapie mit dem Ziel des raschen Wundverschlusses und des Extremitätenerhalts führt nicht zuletzt auch zu „unbezahlbaren“ positiven Effekten wie den Erhalt der Mobilität, gerade von älteren Menschen, und der signifikanten Reduktion der Mortalität. Hervorzuheben ist die peri- und postoperative Sterblichkeit nach Majoramputation von 20 Prozent sowie eine 12-Monats-Sterblichkeit von weiteren 20 Prozent der Patienten. Die Mobilität ist in Abhängigkeit der Amputationshöhe signifikant beeinträchtigt und so werden z.B. nur rund 20 Prozent der Patienten nach Oberschenkelamputationen überhaupt wieder mobil und ein Drittel der Patienten erleiden im Verlauf ein Stumpfrezidiv [1].

Im Rahmen der strukturellen und ökonomischen Bewertung sind auch die signifikanten Unterschiede der Versorgung zwischen ländlichem und städtischem Raum zu betrachten. Gerade aktuelle Strukturverträge greifen besonders gut in Ballungsräumen, führen allerdings in Flächenländern erwartungsgemäß eher zu Problemen bei der Gestaltung eines struktu-

rierten Netzwerks. Besonders hier können definierte Prozessabläufe und Steuerung der Patientenströme in Verbindung mit auch innovativen Maßnahmen wie IT-Lösungen (z.B. telemedizinische Beratung oder Zweitmeinung vor der Operation/Amputation) zu einer Verbesserung der Versorgung auch in strukturell benachteiligten Regionen führen.

### Zweitmeinungsverfahren nötig

Eine adäquate Vergütung dieser aufwendigen und komplexen Erkrankung ist aber unabdingbar. Nicht zuletzt durch die Vermeidung von Amputationen können hier Ressourcen für eine optimierte Primärprophylaxe sowie eine – auch auf Kostenseite nachvollziehbare – ambulante/stationäre Wundversorgung bereitgestellt werden. Gerade um solche Amputationen zu reduzieren, ist ein generelles und verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren vor dem Eingriff notwendig.

Auch wenn das deutsche Gesundheitssystem mit seinen diagnosebezogenen Fallgruppen Fehlanreize zugunsten von Amputationen bietet, sind viele der heutigen Eingriffe vermeidbar, wenn bereits im ambulanten Sektor die interdisziplinäre Fürsorge für diese Hochrisikopatienten gelebt und eine Überweisung in spezialisierte ambulante oder stationäre Kompetenzzentren zeit- und indikationsgerecht erfolgen würde.

Das diabetische Fußsyndrom stellt nicht zuletzt eine ökonomisch relevante und die Lebensqualität, Morbidität und Mortalität des Patienten erheblich beeinflussende Komplikation des Diabetes dar. Frühzeitige und strukturierte Diagnostik und Therapie ermöglichen ein wesentlich besseres Behandlungsergebnis hinsichtlich Heilungs- und Amputationsrate. Dies ist aber nur in einer fach-, professions- und sektorenübergreifenden Umgebung mit ausreichender Kommunikation zwischen den Partnern zu erreichen.

© gpk

### Literatur

[1] Lobmann R. Das Diabetische Fußsyndrom. Der Internist 2011; 52: 539-48.

[2] Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Nationale Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes. Präventions- und Behandlungsstrategien für Fußkomplikationen. Version 2.8 Februar 2010 basierend auf der Fassung von November 2006. [www.diabetes.versorgungsleitlinien.de](http://www.diabetes.versorgungsleitlinien.de) (abgerufen am 30. August 2016).

- [3] Malyar NM, Freisinger E, Meyborg M et al. Amputations and mortality in in-hospital treated patients with peripheral artery disease and diabetic foot syndrome. *J Diabetes Complications* 2016; 30(6): 1117-22.
- [4] Körger K, Moysidis T, Feghaly M et al. Association of diabetic foot care and amputation rates in Germany. *Int Wound J* 2016; 13(5): 686-91.
- [5] Hochlenert D, Engels G. Integrated management in patients with diabetic foot syndrome. *MMW Fortschr Med* 2007; 149(17): 41-3.
- [6] Hochlenert D, Engels G, Altenhofen L. Integrierte Versorgung: Ergebnisse des Netzwerkes Diabetischer Fuß Köln und Umgebung. *Dtsch Arztebl* 2006; 103(24): A1680-3.
- [7] Stein V, Rieder A. Lost in transition – meeting the challenge through integrated care. Highlights from the 9th International Conference on Integrated Care in Vienna. *Int J Integr Care* 2009; 9: 1-11.
- [8] Lindner R, Ahrens S, Köppel D et al. The benefit and efficiency of the disease management program for type 2 diabetes. *Dtsch Arztebl* 2011; 108 (10): 155-62.
- [9] Ullrich W, Marschall U, Graf C. Versorgungsmerkmale des Diabetes mellitus in Disease-Management-Programmen. *Diabetes, Stoffwechsel und Herz* 2007; 6: 407-14.
- [10] Rumenapf G, Geiger S, Schneider B et al. Readmissions of patients with diabetes and foot ulcers after infra-popliteal bypass surgery:

attacking the problem by an integrated case management model. *Vasa* 2013; 42: 56-67.

- [11] Morbach S, Kersken J, Lobmann R et al. The German and Belgian accreditation models for diabetic foot services. *Diabetes Metab Res Rev* 2016; 32(Suppl 1): 318-25.
- [12] Bakker K, Apelqvist, J Lipsky BA et al. The 2015 IWGDF guidance on the prevention and management of foot problems in diabetes. *Int Wound J* 2016; 13(5): 1072.
- [13] Risse A, Hochlenert D. Integrierte Versorgung. Neue (?) Versorgungsformen am Beispiel des diabetischen Fußsyndroms. *Diabetologie* 2010; 6:100-7.
- [14] Frykberg RG. The team approach in diabetic foot management. *Adv Wound Care* 1998; 11(2): 71-7.
- [15] Bentley J, Foster A. Multidisciplinary management of the diabetic foot ulcer. *Br J Community Nurs* 2007; 12(12): S6, S8, S10.
- [16] Lobmann R, Müller E, Bergmann K et al. The diabetic foot in Germany: Analysis of quality in specialised diabetic wound care centers. *The Diabetic Foot Journal* 2007; 10: 68-72.
- [17] Lobmann R, Achwerdov O, Brunk-Loch S et al. The diabetic foot in Germany 2005-2012: Analysis of quality in specialized diabetic foot care centers; *Wound Medicine* 2014; 4(2): 27-9.

# Einschränkungen und Mängel

## Auf welche Grenzen stößt die Versorgung chronischer Wunden?

### Von Dr. Alexander Risse

Die Grenzen im Sinne von Möglichkeitseinschränkungen bei der Versorgung chronischer Wunden sind bedingt durch verschiedene Faktoren:

#### 1. Sozioökonomische Rahmenbedingungen für Diagnostik und Therapie

Die Diagnostik, insbesondere aber die Therapie chronischer Wunden, wird im Gegensatz zu apparativen Splendidangeboten (Onkologie, Radiologie, Kardiologie etc.) schlichtweg zu schlecht vergütet.

#### 2. Kenntnismängel der Therapeuten durch Versagen der Ausbilder

Es fehlt in der medizinischen Ausbildung eine kohärente Struktur zur Ätiopathogenese und Therapie

chronischer Wunden. Zudem liegt das Schwergewicht auf dem Leitbild der Akutmedizin und geht somit an den Bedürfnissen chronisch Kranker vorbei [1].

#### 3. Strukturmängel des Gesundheitswesens: fehlende Organisation der Prozesse, Fehlen des Ausschlusses von Defekturen

Die Kennzeichen des deutschen Gesundheitswesens sind Föderalismus, unnötig viele Krankenkassen mit je eigenen Bewertungen von Krankheiten einschließlich Vergütungsunterschieden und Vertragsmodellen der Integrierten Versorgung (IV), starre Sektor Grenzen trotz Fluktuiers der chronisch Kranken zwischen ambulanter und stationärer Therapienotwendigkeiten. Die fehlende Attribuierung von Qualifikationen der Fachgebiete führt zu entsprechendem Kompetenzgerangel (Allgemeinmedizin, Innere Me-

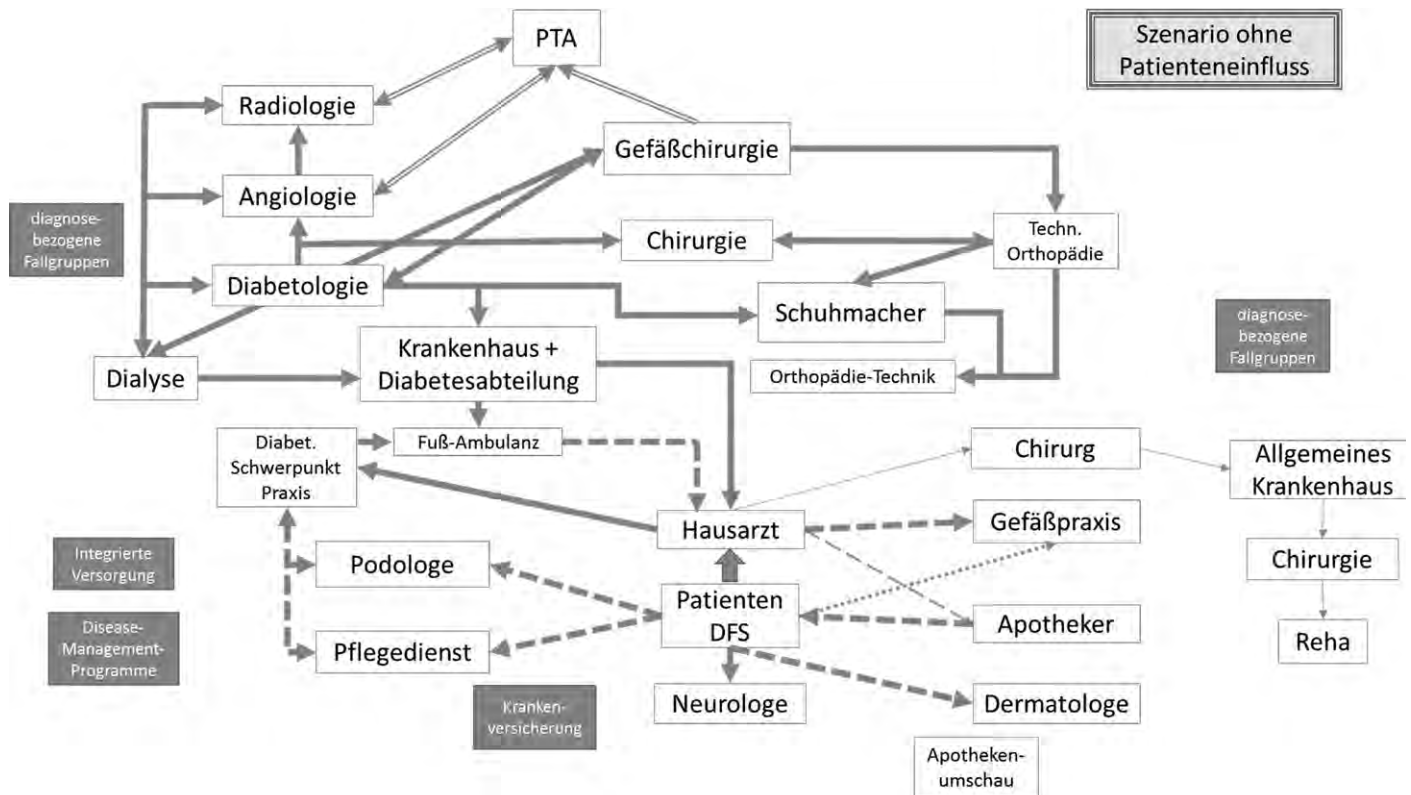


Abbildung: Organisationschaos des deutschen Gesundheitswesens

dizin, Chirurgie, Orthopädie, Dermatologie, Angiologie, Geriatrie, Gefäßchirurgie, Diabetologie, Pflege, Wundmanagement etc.). Die sogenannte „interdisziplinäre Kooperation“ findet nicht, wie eigentlich notwendig, extern gesteuert, sondern nur zufällig statt und zwar nur dort, wo die Überrasungsverhältnisse zwischen den einzelnen Protagonisten kompatibel sind. In spieltheoretischer Perspektive besteht hier die „Kooperation rationaler Egoisten“, implizit somit das strukturbedingte Scheitern [2]. Das Problem der überfordernden Komplexität durch fehlende Steuerung zeigt die Abbildung auf der nächsten Seite am Beispiel des Diabetischen Fußsyndroms (DFS). Es existieren vereinzelte Ausnahmen durch personengebundene Initiativen. Durch übergeordnete Organisation einschließlich externer Kontrolle gelingt dies z. B. im Fußnetz Rheinland [3].

#### 4. Fehlen einer verlässlichen Datenbasis und hierdurch fehlende Transparenz hinsichtlich der Qualität der Leistungserbringer

Es ist den ärztlichen Interessengruppen bis heute gelungen, ein einheitliches, deutschlandweites Register zu verhindern, dies auch unter geschickter Ausnutzung datenschutzrechtlicher und datenphobie-in-

duzierter Bedenken. Als ein entsprechendes Modell bieten sich die flächendeckenden und sektorübergreifenden Register in Schweden an. Die wissenschaftlichen Grundlagen einer Datenerfassung und -bewertung liegen auch in Deutschland vor [4].

Auf Seite der Patienten kommen hinzu:

#### 5. Überforderung durch Zwang zu tiefgreifenden Lebensstiländerungen und Änderungen der anthropologischen Tiefenschicht, die vom etablierten medizinischen Paradigma nicht erfasst wird

Die Begrenzungen der Therapie durch die Patienten sind je nach Wundart unterschiedlich:

##### Dekubitus

Hier besteht krankheitsimmanent fehlende Eigenbewegung, somit komplette Abhängigkeit von externer Mobilisierung. Ökonomische Begrenzungen und überzogenen Renditeerwartungen privater Leistungsanbieter (Krankenhäuser, Seniorenheime, Pflegestationen) zeitigen zu wenige Pflegekräfte und daher Zeitmangel.

### **Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVk), Ulcus cruris, Lymphödem**

Die Notwendigkeit zu stringenter und tiefgreifender Änderung des Lebensstils (Bewegungsvermehrung, konsequente und unangenehme Kompressionstherapien, Verzicht auf Inhalationsrauchen) kann von vielen nicht geleistet werden. Das Scheitern von individuellen Präventionsprogrammen mit Appell an individuelle, freiwillige Verhaltensänderung gibt hiervon seit mehr als 30 Jahren Zeugnis. Die Gegenübertragungsverhältnisse werden zudem nirgends systematisch thematisiert [5].

### **Diabetisches Fußsyndrom**

Die einzige notwendige und gleichzeitig zureichende Bedingung der Entstehung, Persistenz und der Rezidive – die diabetische Neuropathie – wird entweder überhaupt nicht erkannt oder in ihrer alles bestimmenden Bedeutung nicht gesehen. Das Implikat der dem Willen entzogenen Perzeption bedingt daher notwendigerweise Behandlungsfehler wie die Verordnung von sogenannten „Vorfußentlastungsschuhen“ und das Belassen der Stützbretter am Bettende, bei

des etablierte Maßnahmen, die ihrerseits zu erheblicher Drucküberlastung der Wunden führen [6].

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Begrenzungen der Therapie chronischer Wunden in staatlichen, edukativen, ökonomischen und patientenseitigen Behinderungen bestehen. Alles Parameter, die bei entsprechender externer Steuerung behoben werden könnten.

© gpk

#### **Literatur**

- [1] Burger W. Macht und Ohnmacht in der Arzt-Patienten-Begegnung. In: Wendel HJ, Kluck S (Hrsgg.). Zur Legitimierbarkeit von Macht. Freiburg: Karl Alber 2008; 151-75.
- [2] Risse A. Kooperation rationaler Egoisten. Wundmanagement 2013; 2: 76-8.
- [3] Risse A, Hochlenert D. Integrierte Versorgung. Neue (?) Versorgungsformen am Beispiel des diabetischen Fußsyndroms. Diabetologe 2010; 6:100-7.
- [4] Risse A, Dissemmond J, Engels G et al. Diabetisches-Fuß-Syndrom-Register. Diabetologe 2015; 11: 114-22.
- [5] Risse A. Compliance und Non-Compliance bei der Behandlung chronischer Wunden. Eine Übersicht unter Berücksichtigung der Therapeutenbetroffenheit. Phlebologie 2013; 42(4): 209-12.
- [6] Risse A, Großkopf V. Leibesinselschwund – ein haftungsrechtliches Problem bei Diabetes mellitus. Rechtsdepesche 2013; 10: 274-81.

# **Wundversorgung modern organisiert: TOMORROW**

## **Telemedizin bietet Chancen der kooperativen Vernetzung**

### **Von Prof. Dr. Martin Storck und Dr. Marc Schmidt**

In einem Gesundheitssystem, das durch die Erbringung transsektoraler Leistungen geprägt ist, besteht durch kooperative Vernetzung und kooperativer Information zwischen allen beteiligten Akteuren die Möglichkeit, einige Probleme, die durch die Fragmentierung entstanden sind, zu überwinden [1].

**Management by Objectives (MbO):** Führen nach Zielvorgaben, basierend auf Nutzenbewertung und Ergebnismessung, bildet die Grundlage zur Schaffung objektiver Bewertungskriterien. Diese bewirken, dass Sachargumente die Dialoge dominieren und ein multiprofessioneller Austausch ohne Vorbehalte möglich ist. Außerdem sind objektive Kriterien die unerlässliche Voraussetzung zur Zusammenführung un-

terschiedlicher Partner und Interessen (regional und überregional), um die Gräben an den Schnittstellen zu schließen [2].

Die vollständige Umsetzung einer optimalen Netzwerkstruktur ist zu gleichen Teilen Management- und Evaluationsaufgabe. Das Management schafft dabei die Voraussetzung für eine belastbare Datensammlung und -auswertung.

Die Therapie chronischer Wunden ist ein komplexes System. Ein Gesamtüberblick über das Versorgungsgeschehen ist aber in aller Regel nicht möglich, da weder ein zeitnaher Informationsaustausch in Bezug auf einen bestimmten Patienten, noch eine abgestimmte



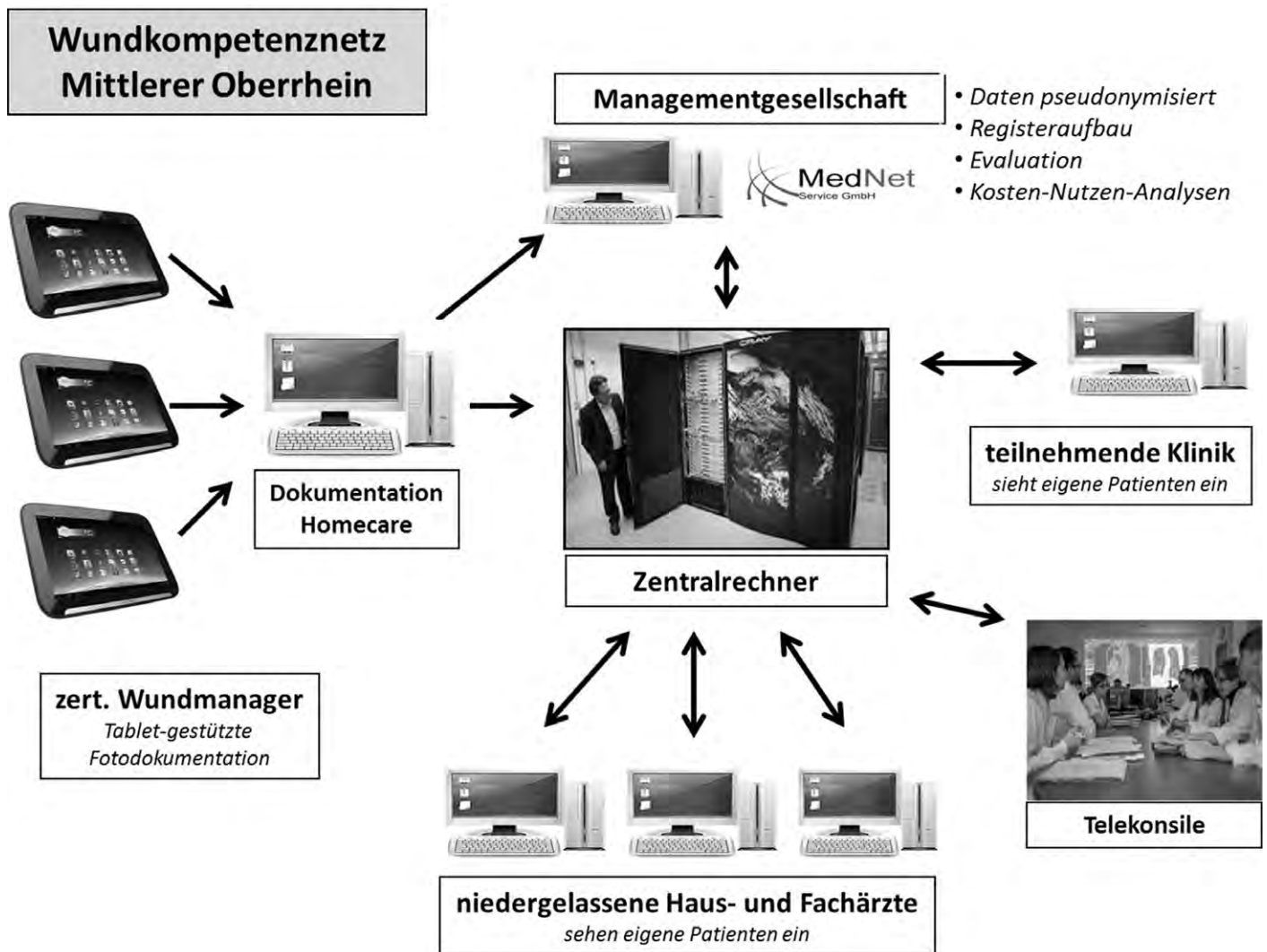


Abbildung: Flowchart der Organisationsstruktur im Wundkompetenznetz Mittlerer Oberrhein

und regelmäßige Zusammenführung der relevanten Datenbestände aus den verschiedenen Versorgungsektoren für das betroffene Patientenkollektiv über einen längeren Zeitraum stattfindet. Letztgenannte Zusammenführung würde retrospektive Analysen ermöglichen, auf deren Basis eine Einschätzung über zurückliegende, aber dennoch ausreichend aktuelle Versorgungsprobleme und korrespondierende Verbesserungspotentiale erfolgen könnte [1].

Zwar existieren international einige randomisierte kontrollierte Studien [3-6], diese sind aber auf Grund von Einschränkungen in der Vergleichbarkeit – vor allem bei Informationen über Kostenaspekte – nicht ohne weiteres auf das deutsche Gesundheitswesen übertragbar [7].

Im Wundkompetenznetz Mittlerer Oberrhein wurde im integrativen Versorgungsmodell TOMORROW der

Versuch gestartet, Transparenz über Heilungsverlauf und Kosten zu erzielen.

Bei der Auswertung von 450 eingeschlossenen Patienten im Jahr 2011 zeigten sich allerdings Schwierigkeiten bei der Umsetzung. Obwohl zuverlässige Ergebnisse über Komplianz, Heilungsraten und Behandlungskosten gewonnen werden konnten, erwies sich aber eine statistisch anspruchsvolle Auswertung – etwa in Form einer Multivariat-Analyse – als nicht möglich. Die Suche nach Gründen offenbarte, dass wichtige Informationen, etwa über Komorbidität, Begleitmedikationen oder wundbezogene Messgrößen, inkomplett erfasst wurden. Auch zeigte sich, dass der zentrifugale Informationsfluss im Modell funktionierte, jedoch der umgekehrte Weg trotz vernetzter Strukturen unbefriedigend war. Als größtes Problem erwies sich insbesondere ein unzureichender Dokumentationsstandard, der eine exakte Datenex-

traktion und -aufbereitung für relevante Forschungsfragen nicht in erforderlichem Maße zuließ. Mit allen Einschränkungen einer präliminären Analyse, dokumentiert die Studie die wichtige Rolle wundunabhängiger, patientenbezogener Determinanten. Die Resultate unterstreichen die Bedeutung eines lückenlosen und umfassenden Datenmanagements für potenzielle uni- oder multizentrische Auswertungen von Behandlungsmaßnahmen und -ergebnissen [7].

Zur Überwindung der bestehenden Probleme – insbesondere der Tatsache, dass unterschiedliche Akteure zu unterschiedlichen Zeiten von unterschiedlichen Orten Datensätze in fortlaufende Patientenakten übermitteln, die dort zu einem Gesamtbild zusammengesetzt werden – wurde 2016 eine speziell entwickelte Telematikstruktur implementiert. Durch den Einsatz bestimmter telematischer Komponenten entstand ein in sich geschlossenes System, das o. a. Anforderungen Rechnung trägt und zusätzlich alle Aspekte des Datenschutzes, der Erweiterung auf andere Indikationen und dem Durchführen eines Benchmarkings berücksichtigt (siehe Abbildung).

Hierbei wurden verschiedene Bereiche im Wundkompetenznetz Mittlerer Oberrhein eng miteinander verknüpft [8]:

**Telemedizin:** Gesundheitsdienstleistungen, bei denen die Entfernung prinzipiell einen kritischen Faktor darstellt (z. B. Internet-gestützte Fotodokumentation, Telekonsile etc.)

**Patientenakten:** Als einrichtungsübergreifende, Arzt- oder nicht Arzt-geführte elektronische Patientenakten

**Homecare/Telemonitoring:** Aufzeichnung bestimmter Parameter über eine Zeit und Weitergabe an ein Servicezentrum

Die Datenerfassung erfolgt vollständig (Ausfüllen von Pflichtfeldern), einheitlich (vorab definiert, nur digital, nur 1 oder 0 auswählbar) und aus vorab festgelegten, sicheren Quellen (z.B. Arztbrief). Ein Gesamtverantwortlicher überprüft die Plausibilität der

Daten und vervollständigt die fehlenden Informationen via Nacherhebung. Automatisierte, wöchentliche Erinnerungen durch das System garantieren maximale Konsistenz. Die so entstehenden individuellen Patientenakten werden Cloud-basiert gepflegt und ermöglichen jedem berechtigten Partner – in Abhängigkeit seines Status in der Behandlung – entweder eine Lese- oder Schreib-Funktion. Auf diese Weise sind der stationäre und der ambulante Sektor ebenso jederzeit virtuell verknüpft wie alle beteiligten Professionen. Rezidive werden automatisch erfasst, frühzeitiges Erkennen von Störungen und rasche Interventionen sind jederzeit möglich. Bei Bedarf können einzelne, regional agierende Register zur Evaluation zusammengeführt werden, um die Qualität der einzelnen Wundnetze zu vergleichen, gegebenenfalls neue Versorgungskonzepte abzuleiten, neue Allianzen zu schmieden oder das Netzwerk zu erweitern und innovative Behandlungspfade und -leitlinien zu entwickeln und zu implementieren.

© gpk

#### Literatur

- [1] Laux G. Aktuelle Ergebnisse einer Voranalyse auf Basis der Datenbank des Wundkompetenznetzes Mittlerer Oberrhein. Bericht an das WKN MOR; 14. Oktober 2013.
- [2] Schmidt M. Neuigkeiten und aktuelle Erfahrungen aus besonderen Versorgungsmodellen: Beispiel WKN MOR. Vortrag: Deutscher Wundkongress, Bremen, 15. Mai 2013.
- [3] Edwards H, Courtney M, Finlayson K et al. A randomised controlled trial of a community nursing intervention: improved quality of life and healing for clients with chronic leg ulcers. *J Clin Nurs* 2009; 18(11): 1541-9.
- [4] Morell CJ, Walters SJ, Dixon S et al. Cost effectiveness of community leg ulcer clinics: randomised controlled trial. *Br Med Journal* 1998; 316(7143): 1487-91.
- [5] Heinen M, Borm G, VleutenCvd et al. The Lively Legs self management programme increased physical activity and reduced wound days in leg ulcer patients: results from randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2012; 49(2): 151-61.
- [6] Finlayson K, Edwards H, Courtney M. Relationships between preventive activities, psychosocial factors and recurrence of venous leg ulcers: a prospective study. *J Adv Nurs* 2011; 67(10): 2180-90.
- [7] Müller Bühl U, Schmidt M, Mickley V et al. Potenzielle Determinanten für poststationäre ambulante Therapiekosten chronischer Wunden. *Gefäßchirurgie* 2014; 19: 352-7.
- [8] Bergh B, Schreiweis B, Brandner A et al. Telematikstudie: Abschlussbericht Studie zur Gesundheitstelematik in Baden-Württemberg im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, Baden-Württemberg; 2013.

# Gut vernetzt – besser verheilt

## DAK-Gesundheit optimiert Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden

Von Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher

Chronische Wunden sind eine große Belastung für die Betroffenen. Sie verursachen Schmerzen und beeinträchtigen häufig die Mobilität der Betroffenen. Außerdem stigmatisieren Wunden durch Optik und Geruch – häufig ziehen sich die Patienten immer mehr zurück. Eine gute Versorgung muss deshalb das Ziel haben, die Wundheilung zu beschleunigen. Die DAK-Gesundheit verbessert die Versorgung mit einem Beratungsangebot: Die Krankenkasse vernetzt Patienten, Hausärzte und Pflegedienste mit ausgewiesenen Wundexperten. Das Ergebnis ist positiv: Die Wunden heilen schneller und Patientenzufriedenheit und Lebensqualität steigen.

### Lange Krankheitsverläufe, hohe Kosten

Die DAK-Gesundheit analysiert das Versorgungsgeschehen so genau wie möglich. Dabei wird das größte Problem bei der Behandlung chronischer Wunden sichtbar: Verordnungen und Leistungsanträge zeigen, dass viele Wunden über Jahre bestehen. Trotz hoher Verbandstoffkosten und Verbandstoffmengen ist über lange Zeiträume keine Veränderung, geschweige denn Verbesserung erkennbar. Die Ergebnisse der Versorgungsforschung decken sich mit den Erfahrungen aus dem Versicherungsalltag: Die betroffenen Versicherten wissen zu wenig über ihre Wundproblematik. Die Pflegedienste sind oftmals mit der Wundversorgung überfordert und verfügen nicht über das notwendige Fachwissen, um eine moderne Versorgung sicherzustellen und die Verbandstoffe richtig zu handhaben. Der behandelnde Hausarzt ist meist gar nicht unmittelbar an der Versorgung beteiligt.

Das Resultat: Die meisten Wunden werden nicht phasengerecht versorgt. Neben der herkömmlichen Versorgung der Wunden werden mitunter große Mengen an Verbandstoffen verordnet. Ein Beispiel sind silberhaltige Verbände, die in der Praxis deutlich länger als vorgesehen verwendet werden. Darüber hinaus werden die Verbandstoffe oft falsch kombiniert.

Das Thema Versorgung und Behandlung von chronischen Wunden ist komplex. Damit es funktioniert, ist eine Vernetzung aller Akteure notwendig. Viel zu selten profitieren die Patienten vom Fachwissen speziell ausgebildeter Wundfachberater und anderer Wundspezialisten. Gerade in dünn besiedelten Regionen sind die Angebote nur punktuell verfügbar und auch die Zusammenarbeit mit Hausärzten und Pflegediensten findet noch zu selten statt.

### Ganzheitliches Versorgungsmanagement mit Wundfachberatern

Die Fäden aufzunehmen und zu einem durchgehenden Versorgungsnetz zu knüpfen, dafür setzt sich die DAK-Gesundheit ein. Damit das gelingt, haben die Versorgungsmanager der Krankenkasse für die betroffenen Versicherten nach Lösungsansätzen gesucht. Zunächst wurde die Wundversorgung der Patienten zu Hause und im Pflegeheim genauer untersucht. Das Ergebnis ist niederschmetternd. Jeder zweite Versicherte erhält nicht die richtige Therapie.

Um die Versorgungssituation zu verbessern, hat die DAK-Gesundheit ein Projekt initiiert, das vor allem die Verbesserung der Qualität in der häuslichen Versorgung im Fokus hat. Wundfachberater beraten vor Ort die betroffenen Patienten und deren Angehörige. Gleichzeitig unterstützen sie mit ihrem Expertenwissen den Hausarzt bei der Auswahl der richtigen Verbandstoffe und beraten den Pflegedienst bei der Handhabung der einzelnen Produkte. Die Wundfachberater haben den Verlauf der Wundheilung im Blick. Wichtig dabei: Die Behandlungshoheit bleibt in ärztlicher Hand. Der Wundfachberater kommt auf Initiative des Versicherten zusammen mit dem zuständigen Pflegedienst nach Hause – die DAK-Gesundheit vermittelt den Kontakt. Er schaut sich die Wunde an und fördert in Gesprächen die Adhärenz des Patienten und die Bereitschaft zur Mitarbeit. Denn das Verstehen ist oft ein grundlegender Faktor, um die Wichtigkeit einer Behandlung, beispielsweise die notwendige Kompression, zu erkennen und zu akzeptieren. Au-

Berdem ist das Wissen über die Entstehungsfaktoren der chronischen Wunde wichtig.

Wenn die Behandlung optimiert werden sollte, berät der Wundfachberater den behandelnden Hausarzt und den Pflegedienst über weitere Möglichkeiten der Versorgung und somit auch dazu, welcher Verbandstoff zu welchem Zeitpunkt eingesetzt werden sollte. Gemeinsam wird dann eine maßgeschneiderte Therapie für den Patienten entwickelt. Darüber hinaus werden im Bedarfsfall Hilfsmittel, wie beispielweise ein orthopädischer Schuh, besprochen. In besonders schweren Fällen empfehlen die Experten den Hausärzten, Betroffene an Fachärzte in Wundzentren zu überweisen. Kerngedanke ist, das Versorgungsnetz um den Patienten herum durch mehr Transparenz zu stärken. Dafür stellt die DAK-Gesundheit ihre Versicherten ins Zentrum eines Netzwerkes aus Haus- und Fachärzten, Pflegediensten, Wundzentren und zertifizierten Wundfachberatern.

Das seit 2014 umgesetzte Konzept zeigt Wirkung: Seitdem nahmen mehr als 2.000 DAK-Versicherte die Wundfachberatung in Anspruch. Die neue Ver-

sorgungssteuerung steigert die Lebensqualität der Betroffenen deutlich und senkt gleichzeitig die Kosten für das Gesundheitssystem, da Unter-, Über- und Fehlversorgung vermieden werden. Die Angst der behandelnden Akteure vor der Einflussnahme der Krankenkasse war am Anfang deutlich spürbar. Inzwischen wird die Wundfachberatung von den Ärzten und Pflegediensten aufgrund der Behandlungserfolge aktiv angefragt. Gleichzeitig ergibt sich durch eine verbesserte und zielgerichtete Wundtherapie eine Budget-Entlastung für die Ärzte, weil Dauer-Verordnungen reduziert werden und die Diagnostik- und Vorstellungsrate der Patienten in der Praxis abnimmt. Für die Pflegedienste bedeutet es eine Unterstützung bei der Versorgung zeitaufwendiger und problematischer Wunden und die Chance, sich stärker auf die darüber hinaus notwendige Pflege zu fokussieren.

Von dem neuen Versorgungskonzept der DAK-Gesundheit profitieren alle Beteiligten. Im Fokus bleibt der Patient: Er bekommt mehr Sicherheit und eine echte Chance auf Heilung.

© gpk

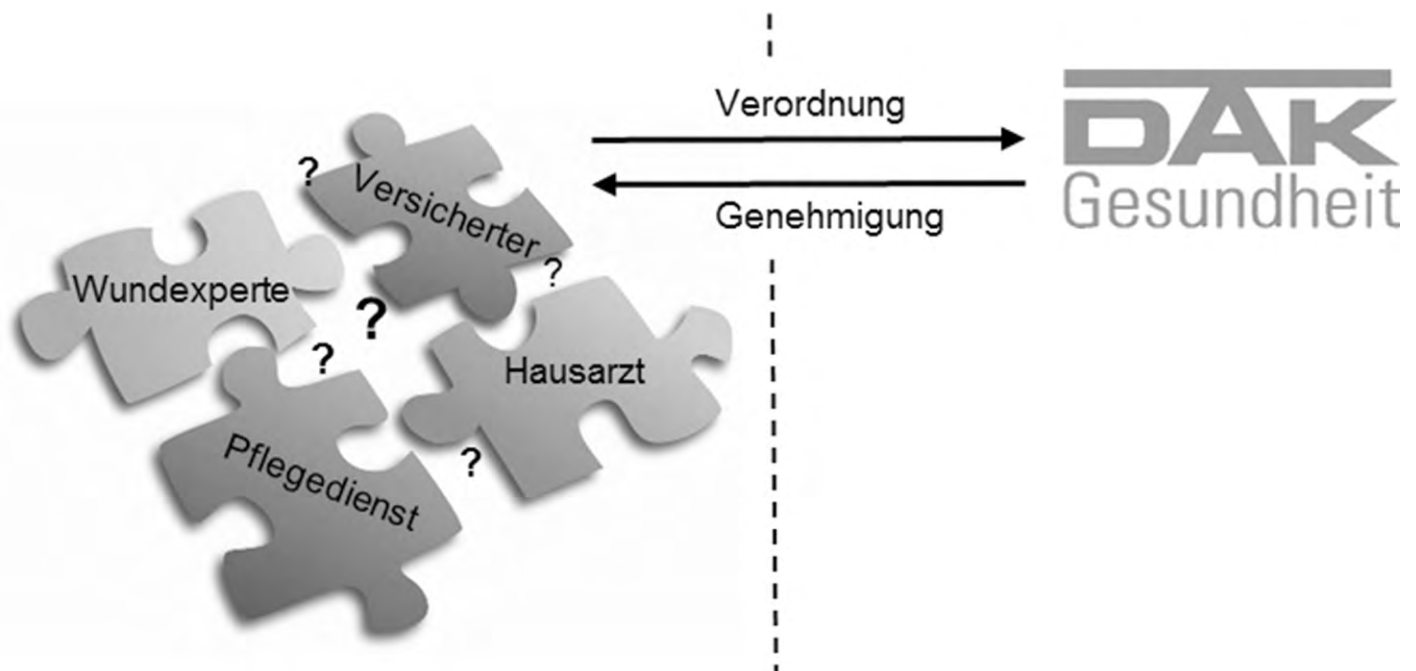


Abbildung 1: Ein Blick auf die aktuelle Versorgungssituation: Die Strukturen sind da, die Vernetzung fehlt (Quelle: DAK-Gesundheit)

# Versorgungsaspekte chronischer Wunden aus Sicht der AOK

## Fehlende Standards erschweren Vergleichbarkeit von Angeboten

Von Dr. Katrin Krämer und Dr. Sonja Milde

Fast 170.000 AOK-Versicherte pro Jahr leiden gemäß dokumentierter Diagnosen und abgerechneter Verbandstoffverordnungen an chronischen Wunden (Ulcus cruris, UC und Diabetischem Fußsyndrom, DFS). Patienten mit chronischen Wunden verursachen hohe Ausgaben im System jeder Krankenkasse. Insbesondere die Ausgaben für Verbandstoffe sind in der jüngeren Vergangenheit überproportional gestiegen. Soweit sich aus Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verlässliche Aussagen zur Versorgungsqualität ableiten lassen, zeichnen diese Analysen ein Bild starker regionaler Unterschiede.

Regionale Ursachen von Versorgungsunterschieden zu identifizieren und diese in Richtung einer qualitätsorientierten und entsprechend wirtschaftlichen Versorgung abzubauen, ist Ziel diverser Aktivitäten im AOK-System. Eine Universallösung ist nicht in Sicht: Je nach regionalen Gegebenheiten werden spezialisierte Wundzentren eingebunden, wird mit Fachärzten, Hausärzten oder „Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis“ (VERAHs) kooperiert oder werden sogar eigene Mitarbeiter zu zertifizierten

Wundexperten ausgebildet. Einige Allgemeine Ortskrankenkassen organisieren Wundstammtische und stehen Ärzten oder Pflegediensten als qualifizierte Ansprechpartner zur Verfügung. Vier Typen von Versorgungsansätzen der AOKs lassen sich identifizieren (vgl. Tabelle).

Erfahrungsberichte der AOKs beschreiben Erfolge, zeigen aber auch, wie komplex die Messung von Effekten auf Versorgungsqualität und -ausgaben ist, insbesondere da bisher keine einheitliche Operationalisierung und Messung der Versorgungsqualität erfolgt. Innerhalb einzelner Selektivverträge (auch anderer Krankenkassen) werden zwar Dokumentationsstandards, Qualitätsziele und Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart, ein Vergleich zu anderen Selektivverträgen, Wund- und Fußnetzen oder der kollektivvertraglichen Versorgung ist aufgrund fehlender übergreifender Standards jedoch nicht möglich. Evaluationen und selbst klinische Studien stellen auf verschiedene Zielkriterien ab [1]. Existierende Wunddokumentationssysteme erfassen verschiedene Parameter der Wundversorgung oder ähnliche, jedoch nicht interoperable Parameter [2].

Typ	Charakteristik	Beispiele
1. (HKP-)Fallmanagement	AOK-Mitarbeiter werden zu zertifizierten Wundexperten aus- bzw. weitergebildet. Im Rahmen eines gezielten Fallmanagements werden Patienten und/oder beteiligte Leistungserbringer (Arzt, Pflegedienst) kontaktiert, häufig auch in gemeinsamen Hausbesuchen, und hinsichtlich der Optimierung der Patientenversorgung individuell beraten.	AOK Hessen, Niedersachsen, Baden-Württemberg, Nordost, NordWest, Rheinland-Pfalz/Saarland und Sachsen-Anhalt
2. Hausarztzentrierte Ansätze	Beim hausarztzentrierten Ansatz sind die „Wundexperten“ im Gegensatz zu Typ (1) beim Hausarzt angestellte, nicht-ärztliche Mitarbeiter (z. B. VERAH, NäPA, AGnES zwei). Diese in der Hausarztpraxis direkt verorteten Wundexperten werden speziell qualifiziert. Sie beraten u. a. hinsichtlich der Verbandstoffwahl und des Umgangs mit dem Verbandstoff. Wesentliches Aufgabengebiet ist auch hier ein gezieltes Fallmanagement (z. B. Kontrolle Wundheilung, Koordination der Behandlung, Schnittstelle zum Facharzt). Im Unterschied zu Typ (1) liegt das Fallmanagement (durch die Einbindung des Praxis-Personals) in ärztlicher Verantwortung.	AOK Nordost: AGnES zwei; VERAH care; AOK PLUS: Wundmodul der hausarztzentrierten Versorgung Thüringen

Typ	Charakteristik	Beispiele
3. Facharztzentrierte Ansätze	Während die Typen (1) und (2) jeweils Versorgungsansätze für die Fläche darstellen, zielen facharztzentrierte Ansätze zumeist auf die Optimierung und Förderung lokaler Strukturen. Ein Kernziel ist dabei die Steuerung der betroffenen Patienten in diese spezialisierten, fachärztlichen Angebote (im Allgemeinen Gefäßchirurgen). Im Rahmen der Selektivverträge werden Qualitätsstandards für die Fachärzte vereinbart. Die Steuerung erfolgt zumeist durch ebenfalls vertraglich eingebundene Hausärzte oder durch die AOK-Wundexperten selbst.	AOK Baden-Württemberg: Wundkompetenznetz Mittlerer Oberrhein, Therapiezentrum Chronische Wunde in Lahr; AOK Bayern: Marktoberdorf, Rottal; AOK Nordost: HaffNet; AOK Nordost: interdisziplinäres Wundzentrum am Centrum für Gesundheit (CfG); AOK NordWest: Gesundheitsregion Siegerland GbR und KV Westfalen-Lippe; AOK Sachsen-Anhalt (4 Wundzentren)
4. DFS: facharztzentrierte Versorgung	Die Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms erfordert eine interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer (u. a. Diabetische Schwerpunktpraxen, Fußambulanzen, Orthopädietechnik, Pflegedienste und Apotheken). Im Rahmen dieser Selektivverträge, die teils Strukturen des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 ergänzen, wird diese Zusammenarbeit entlang existierender Leitlinien geregelt und teils durch gemeinsame Qualitätssicherungs- und Dokumentationsaktivitäten gestützt.	AOK Hessen; AOK Niedersachsen; AOK Nordost: Berlin; AOK NordWest: Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe; AOK PLUS: Thüringen und Sachsen; AOK Rheinland/Hamburg: Hamburg und Nordrhein; AOK Rheinland-Pfalz/Saarland

Tabelle: Unterschiedliche Versorgungsansätze am Beispiel der AOK

Vor dem Hintergrund der Intransparenz außerhalb von Selektivverträgen, der eingeschränkten Übertragbarkeit von Erkenntnissen aus oftmals kleinen Selektivverträgen, des Fehlens regelhafter Qualitätssicherungsverfahren und der geringen Aussagekraft der GKV-Routinedaten in Bezug auf die Qualität der Versorgung von UC und DFS haben acht AOKs gemeinsam mit dem AOK-Bundesverband einen Antrag an den Innovationsfonds gestellt, um die Qualitätssicherung in diesem Themenfeld weiterzuentwickeln und so die Sicherheit der betroffenen Patienten zu erhöhen. Ziel des Vorhabens ist die Implementierung und Erprobung eines Verfahrens zur Qualitätssicherung für Patienten mit UC und DFS in den verschiedenen Versorgungsumgebungen der beteiligten AOKs. Dazu soll eine in der Handhabung einfache, standardisierte ärztliche Dokumentation etabliert werden. Die Dokumentationsdaten der beteiligten Ärzte sollen von den beteiligten Vertrauensstellen und wissenschaftlichen Instituten mit GKV-Abrechnungsdaten verknüpft werden, die anhand dieser Daten berechneten Qualitätsergebnisse (und Versorgungsausgaben) werden an die teilnehmenden Ärzte zurückgespiegelt (Feedbackberichte, offenes Benchmarking, Qualitätszirkel).

Die entstehende Transparenz stellt somit einen zentralen Ausgangspunkt einer sektorenübergreifenden, interdisziplinären und interprofessionellen Kommunikation über gemeinsame Versorgungsziele dar. Dies ermöglicht eine bessere Abstimmung der am Versorgungsprozess Beteiligten und verbessert die Patientenpartizipation durch Patienteninformationen. Zudem werden vergleichende Aussagen zu verschiedenen Versorgungssituationen getroffen, die zu einer zielgerichteten Versorgungssteuerung führen.

Patienten mit chronischen Wunden stehen im AOK-System im Fokus der Anstrengungen zur Versorgungsoptimierung und die bestehenden Ansätze werden weiterentwickelt. Die Optimierung der Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden beispielsweise unter Nutzung der Telemedizin ist Gegenstand diverser AOK-seitig forcierter oder unterstützter Förderanträge an den Innovationsfonds. Wesentliche Voraussetzung für den Erfolg der Aktivitäten ist eine standardisierte Erfolgsmessung.

**Literatur**

[1] Heyer K, Augustin M, Protz K, Herberger K et al. Effectiveness of Advanced versus Conventional Wound Dressings on Healing of Chronic Wounds: Systematic Review and Meta-Analysis. *Dermatology* 2013; 226(2): 172-84.

[2] Hübner U, Krämer K, Milde S, Thye J et al. Szenarien zur Bewertung von elektronischen Wunddokumentationssystemen: Die Studie des AOK-Bundesverbandes. *Wundmanagement* 2016; 10(4): 188-95.

# Telemedizin und chronische Wunden

## Entwicklung in die Zukunft der Versorgung

Von Arick Trettel, Prof. Dr. Matthias Augustin und Dr. Johannes Wimmer

Im Laufe der letzten 20 Jahre hat sich die Anwendung telemedizinischer Verfahren zu einem wertvollen Hilfsmittel in der Patientenversorgung entwickelt und eine weltweite Nachfrage nicht nur auf Ärzte-, sondern auch auf Patientenseite generiert. Besonders die Behandlung chronischer Wunden eignet sich, aufgrund der guten visuellen Beurteilbarkeit, für diesen Einsatz.

In Hamburg leiden derzeit ca. 10 Prozent der Bevölkerung unter chronischen Wunden. Dies entspricht 65.000 Menschen mit Wunden und 120.000 Menschen mit einem erhöhten Risiko, eine solche zu entwickeln. Die Folgen chronischer Wunden sind für die Betroffenen, ihre Familien und das Gesundheitssystem erheblich, denn chronische Wunden gehen

einher mit langen Krankheitsverläufen, hohen Rückfallraten und stellen auch aufgrund der vielen Nebenerkrankungen eine große therapeutische Herausforderung für den behandelnden Arzt dar. Ein besonderes Problem in der Behandlung chronischer Wunden besteht auch in der zunehmenden medizinischen Unterversorgung peripherer, also insbesondere ländlicher Regionen. Dies führt zu langen Wartezeiten auf den nächsten Arzttermin und zum Teil weiten Anfahrtswegen. Die Nachfrage nach einer spezialisierten Wundversorgung können auch Pflegedienste nur unzureichend bewältigen, was das Ergebnis der 2007 durchgeführten Hamburger Wundstudie erklären könnte, in der 30 Prozent aller Patienten berichteten, ihren Verband selber wechseln zu müssen. [1]

Autor	Publikation	Land	Jahr	Ergebnis
Sood A et al. [2]	The Role of Telemedicine in Wound Care: A Review and Analysis of a Database of 5,795 Patients from a Mobile Wound-Healing Center in Languedoc-Roussillon, France	Frankreich/USA	2016	Telemedizin führte zu 75 % Wundheilung/ Wundverbesserung, 72 % Reduktion der Krankenhauseinweisungen, 56 % Reduktion der ambulanten Krankentransporte
Wirthlin DJ et al. [3]	Telemedicine in vascular surgery: feasibility of digital imaging for remote management of wounds	USA	1998	Telemedizinische Wundbeurteilung vergleichbar mit klassischer Wundbeurteilung
Salmhofer W et al. [4]	Wound teleconsultation in patients with chronic leg ulcers	Österreich	2005	Hohe Übereinstimmungsraten (ca. 80 - 90 %) zwischen telemedizinischer und klassischer Wundbeurteilung
Zarchi K et al. [5]	Expert advice provided through telemedicine improves healing of chronic wounds: prospective cluster controlled study	Dänemark	2015	Wundheilungsraten bei telemedizinischer Unterstützung von Pflegekräften durch Wundexperten 25 % höher als in der klassischen Wundversorgung

Tabelle: Publikationen über telemedizinische Wundversorgung



Abbildung: Vorteile telemedizinischer Versorgung

## Beispiele telemedizinischer Projekte

### Projekt: Televisite

Die Erkenntnis, dass man auf Versorgungslücken in der Behandlung chronischer Wunden reagieren muss, führte schließlich zur Entwicklung telemedizinischer Projekte am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Das Projekt Televisite wurde im CWC (Comprehensive Wound Center), einem Zusammenschluss des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie (IVDP) und dem Universitären Herzzentrum (UHZ) am UKE entwickelt und begleitet die Therapie chronischer Wunden mittels Smartphone. So stellen sich Patienten am Anfang ihrer Behandlung im UKE vor, um die Diagnose und einen Therapieplan zu erhalten. Anschließend wird ihnen dort ein Mobiltelefon mit Kamerafunktion ausgehändigt und sie werden darum gebeten, dem CWC im Laufe der Behandlung regelmäßig Bilder der Wunde für die Verlaufsbeurteilung zu schicken. Für die ärztliche Versorgung in der Praxis bedeutet dies, dass keine statischen Termine für den Patienten vergeben werden müssen, sondern der Patient sich dann vorstellt, wenn es die Dringlichkeit erfordert. Im Idealfall sehen damit die Ärzte jede Woche ein Bild der Wunde und können rechtzeitig darauf reagieren und eine Progredienz des Befundes verhindern. Der Patient erhält somit eine schnelle Rückmeldung bei akuter Verschlechterung, Verzögerungen aufgrund langer Wartezeiten auf einen Termin sind nahezu ausgeschlossen. Mit dem Projekt

Televisite wird die Versorgungsqualität für die betroffenen Patienten maximiert und zusätzliche Hemmnisse der Behandlung minimiert.

### Projekt: Telewunde

Beim in Deutschland einzigartigen Projekt Telewunde kooperiert das CWC mit insgesamt 15 verschiedenen medizinischen Einrichtungen in Hamburg, welche über eine telemedizinische Schnittstelle verfügen. Der Unterschied zum Projekt Televisite besteht

hier in einer Live-Kommunikation, welche es den behandelnden Ärzten, Wundexperten, Pflegekräften und Angehörigen ermöglicht, in einen direkten, fachlichen Austausch mit den Ärzten des UKE zu treten. Ein großer Vorteil dieser Technik besteht in der ohne Zeitverlust durchgeführten audiovisuellen Kommunikation zwischen den Zentren, sodass beispielsweise auch für die Wunde relevante Nebenerkrankungen besprochen werden können. Langfristig soll das Netzwerk telemedizinischer Beratungen in der Metropolregion Hamburg ausgebaut werden und zukünftig auch die Behandlung stationärer Patienten beinhalten.

### Ausblick

Die Telemedizin ist ein sinnvolles und zukünftig auch notwendiges Hilfsmittel in der medizinischen Behandlung, um auf die zunehmende ärztliche Unterversorgung in peripheren Regionen reagieren zu können. Sowohl Patienten als auch Ärzte werden sich, auch angesichts aktueller Studien, welche eine hohe Verlässlichkeit und eine effektive Behandlung durch digitale Hilfsmittel zeigten, an deren Anwendung gewöhnen und für einen routinemäßigen Einsatz sorgen. In der Bevölkerung besteht durch die flächendeckende Verbreitung von Smartphones ohnehin die technische Voraussetzung für eine solche Behandlung wie auch eine wachsende Nachfrage nach telemedizinischen Dienstleistungen, was an der zunehmenden Anzahl



von Anbietern telemedizinischer Apps oder Patienteninformationsseiten wie der Interplattform „Doktor-Johannes“ liegt.

Patientenedukation mittels Videos, welche über digitale Kanäle wie Smartphones, Tablets, Rechner oder Laptops konsumiert werden können, bringen in der Patientenbetreuung nachweisbare Erfolge. So zeigen sich deutliche Verbesserungen der Patientenzufriedenheit und ihrer subjektiven Einschätzungen, wenn mittels Videos, in denen Ärzte Abläufe in medizinischen Einrichtungen erläutern, Patienten aufgeklärt werden. Hierbei liegt der skalierbare Effekt einer verbesserten Patientenführung in erster Linie in der Erläuterung von Abläufen und Prozessen (wie Aufnahme oder Entlassung) sowie der Beantwortung der häufig gestellten Fragen.

Durch das zum 1. Januar 2016 in Kraft getretene sogenannte „E-Health-Gesetz“ [6] wird bereits jetzt ein digitaler Transfer von Patientendaten zwischen Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, Apotheken sowie weiteren Einrichtungen des Gesundheitswesens ermöglicht. Dieses beinhaltet die Speicherung von Notfalldaten, Arztbriefen, Medikationsplänen etc. auf der Krankenversicherungskarte im Sinne einer Patientenakte. Eine weitere wichtige Regelung, die zum 1. Juli 2017 von den Parteien der Selbstverwaltung umgesetzt werden muss, ist die Möglichkeit einer Online-Videosprechstunde bei Bestandspatienten. Hier bietet sich für alle dermatologischen Patienten inkl. Patienten mit chronischer Wunden ein großes zu-

künftiges Versorgungspotenzial. Damit nicht nur Datentransfer, sondern auch primäre Behandlungen zukünftig telemedizinisch stattfinden können, bedarf es allerdings einer weitergehenden Überarbeitung des Fernbehandlungsverbotes – ärztliche Leistungen dürfen nicht ausschließlich über indirekte, mediale Wege erfolgen, mindestens eine persönliche Initialvorstellung ist nötig – sowie der Schaffung finanzieller Anreize für die alltägliche Anwendung von praktizierenden Ärzten.

© gpk

#### Literatur

- [1] Bundesverband Medizintechnologie. Neue Versorgungsstudie zeigt Erfolge der modernen Wundversorgung. BVMed-Fachgespräch zur Wundversorgung. BV-Med-Newsletter 24/16. [www.bvmed.de/de/bvmed/publikationen/bvmed-newsletter/bvmed-newsletter-24-16/neue-versorgungsstudie-erfolge-der-modernen-wundversorgung](http://www.bvmed.de/de/bvmed/publikationen/bvmed-newsletter/bvmed-newsletter-24-16/neue-versorgungsstudie-erfolge-der-modernen-wundversorgung) (abgerufen am 30. August 2016).
- [2] Sood A, Granick MS, Trial C et al. The Role of Telemedicine in Wound Care: A Review and Analysis of a Database of 5,795 Patients from a Mobile Wound-Healing Center in Languedoc-Roussillon, France. *Plast Reconstr Surg* 2016;138(3 Suppl):248S-56S.
- [3] Wirthlin DJ, Buradagunta S, Edwards RA et al. Telemedicine in vascular surgery: feasibility of digital imaging for remote management of wounds. *J Vasc Surg* 1998;27(6):1089-99.
- [4] Salmhofer W, Hofmann-Wellenhop R, Gabler G et al. Wound teleconsultation in patients with chronic leg ulcers. *Dermatology* 2005;210(3):211-7.
- [5] Zarchi K, Haugaard VB, Dufour DN et al. Expert advice provided through telemedicine improves healing of chronic wounds: prospective cluster controlled study. *J Invest Dermatol* 2015;135(3):895-900.
- [6] Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze idF vom 21. Dezember 2015. BGBl I S. 2408.

# Lebensqualität und Edukation

## Verbesserte Versorgung chronischer Wunden aus Sicht der Pflegewissenschaft

Von Kerstin Protz

Bei der Pflege von Menschen mit chronischen Wunden liegt der Fokus der Pflegewissenschaft nicht auf der Versorgung der lokalen Wundsituation, sondern auf den wund- und therapiebedingten Einschränkungen des Patienten. Hierzu gehören insbesondere Schmerzen, Belästigungen durch Geruch oder Wundexsudat, Mobilitätseinschränkungen, Einschränkungen in der Körperhygiene sowie in der Kleider- und Schuhwahl. Viele Betroffene fühlen sich im Ver-

sorgungsprozess nur auf ihre Wunde reduziert. Daher liegt der Schwerpunkt der Pflege dieser Menschen auf den mit der Wunde einhergehenden Einschränkungen und Selbstpflegedefiziten. Zudem liegt die Therapiehoheit allein im Verantwortungsbereich des behandelnden Arztes. Auch daher ist es das Ziel der Pflegewissenschaft, nicht auszuformulieren, wie eine Wunde im Detail versorgt wird. Diese Aspekte bilden auch die Grundlage des Expertenstandards „Pflege

von Menschen mit chronischen Wunden“, der durch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2009 herausgegeben wurde. Eine Aktualisierung erfolgte im Jahr 2015 [1].

## Lebensqualität

Studien weisen darauf hin, dass für den Patienten häufig nicht seine Wunde und deren Abheilung im Vordergrund stehen, sondern die Beeinträchtigungen, die sich aus seiner Situation ergeben. Je nach zugrundeliegendem Krankheitsbild kann eine chronische Wunde die Lebensqualität des Betroffenen in unterschiedlicher Weise beeinträchtigen [2, 3, 4]. Neben den oben genannten Einschränkungen wird die Lebensqualität durch Schlafstörungen, Antriebslosigkeit sowie finanzielle und berufliche Belastungen gemindert. Diese Aspekte beeinflussen nicht nur die Gestaltung des gewohnten alltäglichen Ablaufes, sie erschweren darüber hinaus generell die Entfaltung der Persönlichkeit. Termine orientieren sich nicht mehr an eigenen Entscheidungen, sondern an den Abläufen der Therapie. Die Eigenwahrnehmung des Betroffenen, der sich in zunehmender Abhängigkeit von anderen mehr und mehr als Last empfindet, verändert sich, und die selbständige Kontaktaufnahme bzw. -erhaltung nimmt ab. Die soziale Isolation des Betroffenen kann als folgenschwerstes Resultat am Ende dieser Abwärtsspirale stehen. Hinzu kommen Frustration, Traurigkeit, Depression und Aggression.

## Erfassung der Lebensqualität

Um Lebensqualität in den Prozess der Versorgung einbeziehen zu können, ist es notwendig, diese zu erfassen. Assessmentinstrumente müssen bestimmten Grundsätzen genügen, um eine aussagekräftige Einschätzung gewährleisten zu können. Sie müssen objektiv, sensitiv (empfindlich), valide (gültig) und reliabel (zuverlässig) sein. Die Daten werden durch Selbsteinschätzung, d. h. durch Befragen des Patienten, ermittelt. Diese Vorgehensweise ist nur erfolgversprechend, wenn der Patient in der Lage ist, die Fragen zu seiner gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu verstehen und Aussagen darüber zu machen. Je nach zugrunde liegendem Krankheitsbild kann die Lebensqualität eines Menschen mit einer chronischen Wunde unterschiedlich eingeschränkt werden, daher empfiehlt der oben genannte Expertenstandard unter anderem folgende Assessmentinstrumente einzusetzen [1]:

- Wound-QoL: Fragebogen zur Lebensqualität bei chronischen Wunden
- WAS-VOB: Wittener Aktivitätenkatalog der Selbstpflege bei venös bedingten offenen Beinen
- FAS-PräDiFuß: Frankfurter Aktivitätenkatalog der Selbstpflege: Prävention Diabetisches Fußsyndrom

Nach Erfassung der Lebensqualität werden die Ergebnisse in die Pflegeplanung eingearbeitet. Eine erneute Einschätzung findet in individuell angepassten Abständen statt, beispielsweise alle vier Wochen [1].

## Edukation

Durch eine individuell angepasste Edukation entwickeln Betroffene ein Verständnis für ihre Erkrankung, deren Entstehungsmechanismen und die damit verbundenen Maßnahmen. Edukation erfolgt durch zielgerichtete Maßnahmen und beinhaltet die Bereiche Schulung, Anleitung, Information und Beratung, die sich untereinander ergänzen und teilweise ineinander übergehen [5]. Die Inhalte orientieren sich stets an den individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten des Betroffenen [6]. Pflegende Angehörige sollten immer in die Edukation mit einbezogen sein [7]. Eine wichtige weiterführende Unterstützung ist die Vermittlung von Kontakten zu Selbsthilfegruppen und gegebenenfalls spezialisierten Einrichtungen.

## Lebensqualität durch Edukation

Im persönlichen Gespräch ermittelt die Pflegefachkraft, was Wunde und Therapie für die Lebensqualität des Betroffenen bedeuten und welche Einschränkungen dieser dadurch hat. Darauf bauen die Erfassung der gesundheitsbezogenen Selbstmanagementfähigkeiten und die Abfrage des individuellen Beratungs- und Unterstützungsbedarfs auf. Hierbei kommen die oben genannten Assessmentinstrumente zur Anwendung.

Insbesondere für Patienten mit chronischen Wunden sind patientenzentrierte Informationen über Probleme und Auswirkungen im Umgang mit der Erkrankung im Alltag sowie spezifisches Wissen zu therapeutischen Maßnahmen von zentraler Bedeutung. Dabei haben sich Patienten- und Angehörigenbroschüren als wirksames Medium erwiesen, Patientenzufriedenheit sowie Adhärenz zu steigern, und können zum Empowerment vieler Patienten beitragen [8, 9]. Bei-

spielsweise ist die Materialpflege ein Faktor, auf den der Patient direkten Einfluss hat. Zu solchen Thematiken ist der Einsatz weiterführender Patienten- und Angehörigenbroschüren eine sinnvolle Ergänzung der edukativen Maßnahmen [10, 11]. Hierfür wurden vom Wundzentrum Hamburg e.V. entwickelte Patienten- und Angehörigenbroschüren validiert [6]. Eine individuell angepasste Edukation ist eine gute Möglichkeit, die Lebensqualität des Patienten zu steigern.

## Fazit

Ein Patient mit einer chronischen Wunde, der sich selbstbestimmt informiert und sich – darauf basierend – aus eigenem Antrieb kompetent in die Versorgung einbringt, wird zum wichtigen Partner in der Therapie. Die Tatsache vom Objekt der Versorgung zum Mitglied im Versorgungsteam zu werden, vermittelt ein befriedigendes Gefühl und steigert die Lebensqualität in mehrfacher Hinsicht.

© gpkv

## Literatur

[1] DNQP Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. 1. Aktualisierung. Osnabrück 2015.

[2] Persoon A, Heinen MM, van der Vleuten CJ et al. Leg ulcers: a review of their impact on daily life. *J Clin Nurs* 2004; 13(3):341-54.

[3] Price P. The Diabetic Foot: Quality of Life. *Clin Infect Dis* 2004; 39 (Suppl 2): 129-31.

[4] Gorecki C, Brown JM, Nelson EA et al. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57(7):1175-83.

[5] Panfil EM, Schröder G (Hrsgg.). Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. 3. aktual. Auflage. Bern: Huber Verlag 2015.

[6] Protz K, Verheyen-Cronau I, Heyer K. Broschüren zur Unterstützung der Patientenedukation in den Themenbereichen MRSA, Kompression und Wundwissen – Eine Untersuchung anhand der Veröffentlichungen des Wundzentrum Hamburg e.V. *Pflegewissenschaft* 2013;15(12):658-78.

[7] Abt-Zegelin A, Schäfer A. Patientenedukation und Patientensicherheit greifen ineinander. *Die Schwester Der Pfleger* 2009; 48(10): 970-4.

[8] Johnson A, Sandfort J, Tyndall J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 4: CD003716.

[9] National Health and Medical Research Council. How to present the evidence of consumers: preparation of consumer publications. Commonwealth of Australia 2000.

[10] Menche N. Pflege Heute. Kapitel 7: Patienten- und Familienbildung. Informieren – Schulen – Beraten. 5. Aufl.; München: Urban & Fischer 2011.

[11] Hossieny P, Smith RC, Yates P et al. Efficacy of patient information concerning casts applied post-fracture. *ANZ J Surg* 2012; 82: 151-5.

# Aus phlebologischer Sicht

## Verbesserte Versorgung chronischer Wunden

### Von Prof. Dr. Eberhard Rabe

Chronische Wunden unterschiedlicher Ursache stellen sowohl aus Patienten- wie auch aus ärztlicher Sicht ein großes Problem in unserer Bevölkerung dar. Im phlebologischen Bereich steht vor allem das Ulcus cruris venosum, das venöse Unterschenkelgeschwür, im Vordergrund. Die Prävalenz des Ulcus cruris venosum ist in den letzten 20 Jahren deutlich rückläufig und beträgt laut der Bonner Venenstudie 0,6 Prozent der Durchschnittsbevölkerung für das abgeheilte venöse Unterschenkelgeschwür und 0,1 Prozent für das floride Ulcus cruris [1]. Die rückläufige Häufigkeit des Ulcus cruris venosum führen wir auf die in den letzten 20 bis 30 Jahren deutlich verbesserte venöse Diagnostik und die frühzeitigere Therapie von chronischen Venenkrankheiten zurück.

Risikopatienten für die Entwicklung eines Ulcus cruris venosum sind in erster Linie Patienten mit einer Krampfaderbildung, besonders im Sinne einer Stammkrampfaderbildung, die bereits eine deutliche Ödemneigung oder auch Hautveränderungen wie Pigmentierungen, Verhärtungen der Haut und des Unterhautfettgewebes aufweisen. Zum anderen ist die Defektheilung nach tiefer Beinvenenthrombose mit Klappeninsuffizienz und/oder Abflussbehinderungen im tiefen Venensystem mit Ödemneigung und Hautveränderungen, das sogenannte postthrombotische Syndrom, eine Risikosituation für die Entwicklung venöser Unterschenkelgeschwüre. Hinzu kommen weitere Risikofaktoren wie die Adipositas und die Einschränkung der Beweglichkeit im oberen Sprung-

gelenk. Präventive Strategien beinhalten die frühzeitige Krampfaderanierung bei Risikopatienten sowie die konsequente Kompressionstherapie bei chronischer venöser Insuffizienz. Dazu kommen Maßnahmen zur Gewichtsreduktion und zur Mobilisation der Beweglichkeit des oberen Sprunggelenks.

Nach wie vor bestehen aber Defizite in der frühzeitigen Diagnostik und Therapie von chronischen Venenpatienten. In der Bonner Venenstudie konnten wir zeigen, dass Probanden aus der Durchschnittsbevölkerung mit einer Varikose und/oder Unterschenkelödemen in weniger als 50 der Fälle zu irgendeinem Zeitpunkt in der Vergangenheit bezüglich ihres Venensystems untersucht oder behandelt wurden [2]. Zusätzlich hat ein großer Teil der Patienten mit ausgeprägten chronischen Venenveränderungen bis hin zu Prä-Ulkus-Stadien keine konsequente Therapie erhalten. Dies beinhaltet auch die mangelhafte Verordnungssituation von Kompressionsmaßnahmen. In der Kompressionstherapie ist die Compliance von besonderer Wichtigkeit.

Patienten mit chronischen Wunden, und dies betrifft auch das Ulcus cruris venosum, gehören zu einem größeren Teil zur älteren Bevölkerung, die auch häufig unter anderen Krankheitsbildern wie Herz-Kreislauf-erkrankungen, Niereninsuffizienz oder Erkrankungen des Skelettsystems mit Einschränkungen der Be-

weglichkeit leiden. In diesen Fällen kann die Fähigkeit, Kompressionsstrümpfe selber anzuziehen, eingeschränkt sein. Häufig kann hier die Verordnung von Anziehhilfen Abhilfe schaffen. In anderen Fällen ist die Verordnung eines häuslichen Pflegedienstes zum Anziehen der Kompressionsstrümpfe aus medizinischer Sicht erforderlich. Hier ist darauf hinzuweisen, dass die Kompressionsklasse 1 in vielen Indikationen wirksam ist und die Einschränkung der Verordnungsfähigkeit des Pflegedienstes zum Anziehen der Strümpfe der Kompressionsklasse 1 rasch revidiert werden sollte.

Anzumerken ist, dass nicht jeder Patient mit einer Krampfaderbildung und einer chronischen Wunde ein Patient mit einem Ulcus cruris venosum ist. Viele andere Ursachen können Ulzera und chronische Wunden hervorrufen. Deshalb steht vor jeder Therapie einer chronischen Wunde eine exakte ärztliche Diagnosestellung der Ulkusursache durch einen Experten.

© gpk

#### Literatur

[1] Rabe E, Pannier-Fischer F, Bromen K. Bonner Venenstudie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie. Epidemiologische Untersuchung zur Frage der Häufigkeit und Ausprägung von chronischen Venenkrankheiten in der städtischen und ländlichen Wohnbevölkerung. Phlebologie 2003;32:1-14.

[2] Rabe E, Hertel S, Bock E et al. Therapy with compression stockings in Germany – results from the Bonn Vein Studies. J Dtsch Dermatol Ges 2013; 11(3): 257-61.

# Das Comprehensive Wound Center

Interdisziplinäre Behandlung am Universitätsklinikum Hamburg

Von PD Dr. Katharina Herberger, Dr. Holger Diener, Prof. Dr. Eike Sebastian Debus und Prof. Dr. Matthias Augustin

Die Ursachen chronischer Wunden sind vielfältig, wobei der überwiegende Teil auf vaskuläre Ursachen zurückzuführen ist. Beim Unterschenkelgeschwür (Ulcus cruris) handelt es sich in etwa 57 bis 80 Prozent um ein Ulcus cruris venosum, in 10 bis 25 Prozent um ein Ulcus arteriosum und in 5 bis 12 Prozent um ein Ulcus aufgrund einer diabetischen Angiopathie. 10 Prozent sind durch eine Vielfalt anderer Ursachen, darunter Vaskulitiden, Kollagenosen, Infektionen, Malignome, postoperative Wundheilungsstörungen und andere bedingt [1]. Für ein adäquates Therapiemanagement ist eine Klärung der zugrunde liegenden Erkrankungen unabdingbar. Infolge einer fehlenden strukturier-

ten Diagnostik und damit einem nicht kausalen Behandlungsansatz, kommt es zu unnötig verlängerten Krankheitsverläufen und damit zu höheren Kosten [2]. Darüber hinaus stellt die chronische Wunde oftmals die Endstrecke einer schwerwiegenden Systemerkrankung dar, was die Komplexität und den Schweregrad der Erkrankung unterstreicht. Zur sachgerechten Versorgung ist somit ein interprofessioneller, multikausaler und interdisziplinärer Behandlungsansatz vonnöten.

Hochspezialisierte Wundzentren haben sich in der Versorgung als überlegen erwiesen, die Behandlungszeiten können deutlich verkürzt, die Lebens-

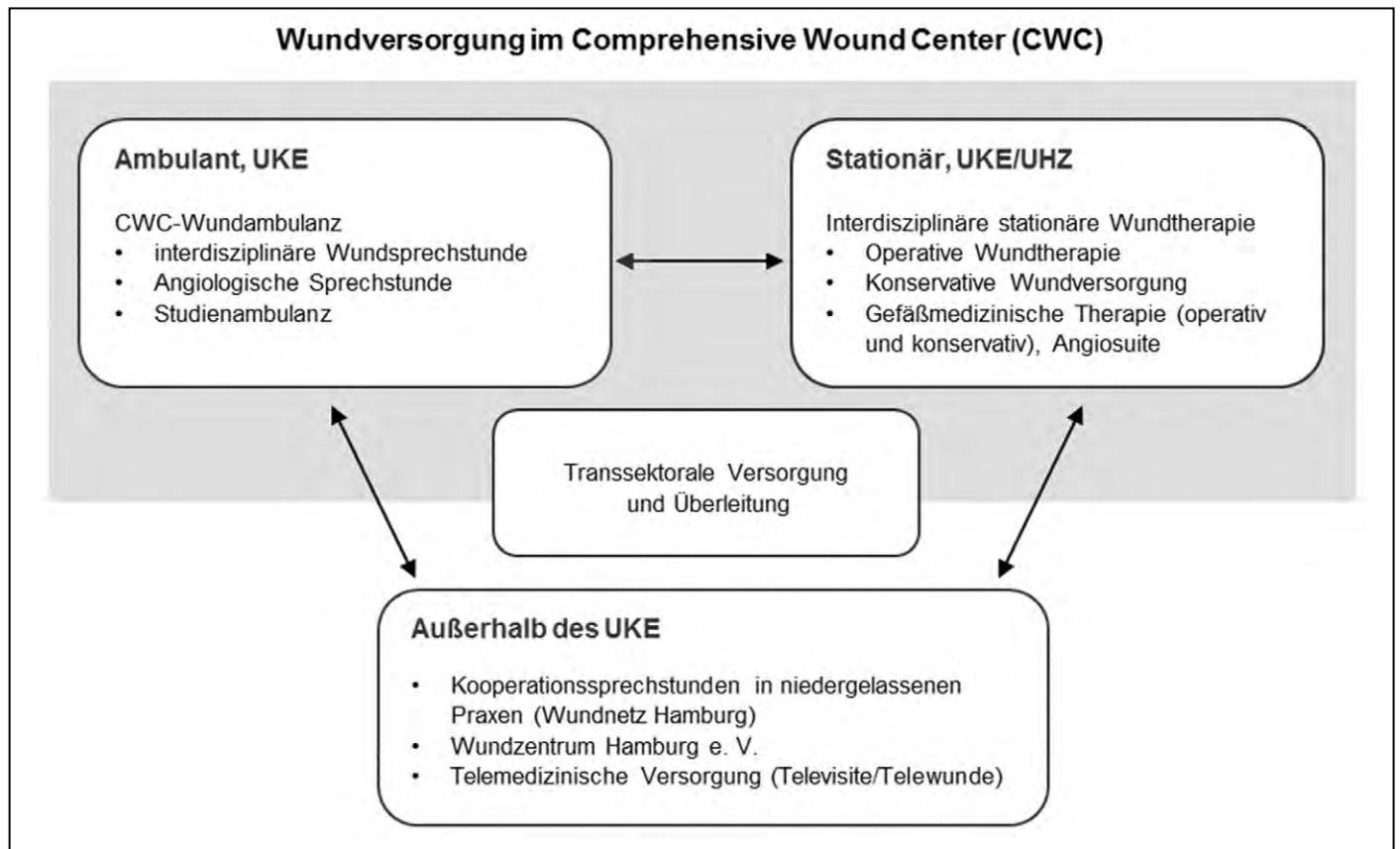


Abbildung 1: Struktur der Versorgung im Comprehensive Wound Center am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; modifiziert nach [6]

UHZ = Universitäres Herzzentrum, UKE = Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

qualität gesteigert und letztlich Kosten gesenkt werden [3]. Dies spiegelt sich neben der Verkürzung der Heilungszeiten und der Patientenzufriedenheit auch in der Vermeidung von Komplikationen wieder [2, 4, 5]

Vor diesem Hintergrund wurde am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) 2010 ein Konzept zur interdisziplinären Wundversorgung umgesetzt. Dieses Konzept stellt eine Neustrukturierung der Wundversorgung auf universitärem Niveau dar. Neben einer interdisziplinären Wundambulanz, dem Comprehensive Wound Center (CWC), umfasst dies die stationäre Wundversorgung im Gefäßzentrum, die Gründung einer Wundkommission als zentralem Steuerungsorgan der Wundversorgung am UKE sowie die strukturierte Grundlagen-, klinische und versorgungswissenschaftliche Forschung [6].

### Strukturierte Versorgung im Comprehensive Wound Center

Das erste Ziel einer interdisziplinären Versorgung wird im Comprehensive Wound Center im tägli-

chen Versorgungsalltag realisiert. In der ambulanten Wundsprechstunde sind in der Routine Dermatologen, Gefäßchirurgen und Angiologen anwesend. Hier wird nach ausführlicher Anamnese, Wunddokumentation und klinischer Untersuchung einschließlich Dopplerstatus sowie Duplexuntersuchung ein Diagnostik- und Therapiekonzept inklusive Therapiezielen erstellt und mit den Patienten besprochen. Eine weiterführende internistische, rheumatologische und plastisch-chirurgische Vorstellung erfolgt in direkter Absprache mit der Abteilung und nach Möglichkeit vor Ort im CWC. Pflegerisch wird die kompetente Wundversorgung durch zertifizierte Wundschwestern sowie Study Nurses gewährleistet. Auf diese Weise werden im Jahr etwa 1.250 Patientenversorgungen in der Wundambulanz des CWC durchgeführt.

Ist eine elektive oder notfallmäßige stationäre Versorgung nötig, so erfolgt diese in der 2009 gegründeten Klinik für Gefäßmedizin, welche eine ‚Totalvascular-Care-Einheit‘ vorhält. Dies beinhaltet ein Angebot aller vaskulären operativen und endovas-

kulären aber auch konservativen angiologischen Leistungsbereiche. Herausfordernde Fälle werden in der regelmäßig tagenden interdisziplinären Fallkonferenz diskutiert, zu der auch fallorientiert weitere Fachdisziplinen eingeladen werden. Die Konferenz findet in Anwesenheit des jeweiligen Patienten statt, dieser wird somit in die Entscheidungsfindung mit einbezogen.

### Planung und Steuerung durch die Wundkommission

Neben der Umsetzung eines interdisziplinären Wundversorgungskonzeptes wurde die Wundkommission am UKE im Auftrag des Vorstands ins Leben gerufen. Die Kernaufgaben dieses quartalsweise tagenden Gremiums aus Vertretern aller Fachabteilungen sind die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung akuter und chronischer Wunden am UKE. Hierzu gehört die Erstellung und Implementierung von Wundstandards in Form einer Wundfibel, die Vereinheitlichung der Wunddokumentation, die Beratung der Abteilungen und des Einkaufs hinsichtlich wirtschaftlicher Wundversorgung. Darüber hinaus erfolgt die Planung von Fortbildungsveranstaltungen zur sachgerechten Wundversorgung durch die Wundkommission. Neben Ausbildungsprogrammen an der Akademie für Bildung und Karriere des UKE wurde erstmals 2013 der „Thementag Wunde“ intern am UKE und 2016 auch für externe Wundversorger abgehalten.



Abbildung 2: Forschungsstruktur des CWC; modifiziert nach [6].

### Sektorenübergreifende Wundversorgung

Als hochspezialisiertes Zentrum kann eine engmaschige, fachgerechte, vor allem aber langfristige Wundversorgung nicht ohne eine enge Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, Pflege- und Sozialdiensten gewährleistet werden, was nicht zuletzt durch die begrenzten Kapazitäten einer universitären Versorgungseinheit bedingt ist. In dieser Kooperation nimmt das CWC insbesondere eine zentrale Rolle bei der Prozesssteuerung ein. Zudem soll die Unterhaltung von Sprechstunden in kooperierenden Arztpraxen das Behandlungsnetz im Wundnetz Hamburg verdichten, die Behandlungskontinuität fördern und Patienten den Zugang zur spezialisierten Versorgung und Forschung erleichtern. Diesem Ansatz folgend halten Ärzte und Pflegenden des CWC in verschiedenen Hamburger Praxen regelmäßige Sprechstunden ab. Weitere Ansätze zur Erweiterung der Versorgung und Kooperation in der Peripherie ist die enge Kooperation und Beteiligung im Wundzentrum Hamburg e. V. Durch regelmäßige gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen und kontinuierlichen Informationsaustausch soll der Zugang zur universitären Versorgung erleichtert und sektorenübergreifende Kommunikation gefördert werden.

### Umsetzung innovativer Versorgungsmodelle

Neue Versorgungsansätze sind bei zunehmenden demographischen Versorgungslücken von großer Bedeutung. Die Projekte „Televisite“ und „Telewunde“ sind Behandlungskonzepte, die auf telemedizinischer Basis innovative Behandlungsstrukturen realisieren sollen. Seit Oktober 2014 wurden im Projekt „Televisite“ 30 Patienten der DAK-Gesundheit telemedizinisch durch das CWC betreut. Die ersten Erfahrungen mit dieser telemedizinischen Versorgung zeigen ein effizientes Versorgungsmodell, welches eine engmaschige ärztliche und pflegerische Betreuung über große geographische Distanz ermöglicht und zu einer hohen Patientenzufriedenheit führt. Das zweite Projekt „Telewunde“ stellt ein webbasiertes Konzept zur Beratung und Diskussion von Patientenproblemen am Krankenbett dar. Es ermöglicht niedergelassenen Ärzten und Pflegediensten, ihre Patienten telemedizinisch mit universitären Spezialisten zu diskutieren und den Patienten dabei einzubinden.

### Beitrag zur Evidenzfindung

Neben einer evidenzbasierten Versorgung ist es die Aufgabe einer Universitätsklinik, zur Evidenzsteigerung

beizutragen. Das CWC hat seinen Schwerpunkt neben der klinischen Patientenversorgung daher in der experimentellen, klinischen und versorgungswissenschaftlichen Forschung. Bereits vor der CWC-Gründung konnte mit dem Kompetenzzentrum Dermatologische Forschung (CeDeF) eine klinische Forschungsambulanz etabliert werden. Dieses Jahr wurden bereits etwa 360 wissenschaftliche Visiten im Rahmen der Wundprojekte durchgeführt (Stand: 30. Oktober 2016). Es werden verschiedene Forschungszweige unterhalten, darunter klinische Studien, versorgungswissenschaftliche Projekte zu chronischen Wunden wie auch Grundlagenforschungsprojekte. Ein besonderer Schwerpunkt ist hierbei die Analyse der Versorgungssituation von Patienten mit chronischen Wunden. Hierzu wurden bereits Projekte zur Versorgungssituation chronischer Wunden im Großraum Hamburg, zur Versorgung von Lymphödemen sowie zu Kosten der Behandlung des Ulcus cruris in Deutschland mit einem hohen Erkenntnisgewinn durchgeführt [2, 4, 7, 8].

### Zertifizierte Versorgung nach Wundsiegel (ICW)

Im November 2013 wurde das CWC als erstes deutsches Zentrum mit dem Wundsiegel der Initiative Chronische Wunden e.V. (ICW) zertifiziert. Dieses Zertifizierungsverfahren für Wundmanagementsysteme

der Initiative Chronische Wunden gilt bundesweit als Qualitätsmodell für die vernetzte, interdisziplinäre Wundversorgung und erfordert ein regelmäßiges Re-Zertifizierungsprogramm.

© gpk

### Literatur

- [1] Alexander House Group. Consensus paper on venous leg ulcer. *J Dermatol Surg Oncol* 1992;18: 592-602.
- [2] Herberger K, Rustenbach SJ, Grams L, Münter KC, Schäfer E, Augustin M. Quality-of-care for leg ulcers in the metropolitan area of Hamburg – A community-based study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 26(4): 495-502.
- [3] Gottrup F. A specialized wound-healing center concept: importance of a multidisciplinary department structure and surgical treatment facilities in the treatment of chronic wounds. *Am J Surg* 2004; 187(5A): 38S-43S.
- [4] Augustin M, Rustenbach SJ, Debus S et al. Quality-of-care in chronic leg ulcers in the community - introduction of quality indicators and a scoring system. *Dermatology* 2011; 222(4): 321-9.
- [5] Purwins S, Herberger K, Debus ES et al. Cost-of-illness of chronic leg ulcers in Germany. *Int Wound J* 2010; 7: 7-102.
- [6] Herberger K, Debus ES, Diener H et al. Comprehensive Wound Center am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. *Gefäßchirurgie* 2010; 15: 262-6.
- [7] Augustin M, Blome C, Zschocke I et al. Benefit evaluation in the therapy of chronic wounds from the patients' perspective – development and validation of a new method. *Wound Repair Regen* 2012; 20: 8-14.
- [8] Herberger K, Heyer K, Blome C et al. Development and use of guideline-derived quality indicators for community lymphoedema. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013; 27(2): 227-34.

## Wundnetze mit Standards für Effizienz und Lebensqualität

### Bedeutung von Wundnetzen für die Versorgung chronischer Wunden

#### Von Dr. Wolfgang Paul Tigges

Netzwerkstrukturen sind für eine evidenzbasierte Behandlung von komplexen Krankheitsbildern unvermeidbar, weil die Spezialisierung einzelner Fachdisziplinen soweit fortgeschritten ist, dass eine für den Patienten zufriedenstellende und zielorientierte Behandlung mit Verbesserung der Lebensqualität nur in einem interdisziplinären Team erfolgen kann. Darüber hinaus erfolgt insbesondere die Behandlung chronischer Erkrankungen heute sektorenübergreifend und wechselt damit je nach Behandlungsabschnitt zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

Das gilt in besonderer Weise für die Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden. Einige Besonder-

heiten kommen in dieser oft jahrelangen Behandlung hinzu: die Therapieoptionen, die sich durch die Professionen nach ärztlicher und pflegetherapeutischer Behandlung unterscheiden, und die Einbindung von weiterem Personal aus dem Bereich der Homecare sowie Heil- und Hilfsmittelversorgung.

### Kooperierende Versorgung

Alle Professionen, Pflegenden wie interdisziplinär tätige Ärzte und Dienstleister, haben sich sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich auf eine standardisierte Behandlung zu verständigen, die ein

kontinuierliches Interagieren ohne Schnittstellenproblematik von einem Sektor, einer Profession oder einer ärztlichen Disziplin mit einer anderen garantiert. Dieses komplexe Gefüge kann nur durch eine übergeordnete Architektur, einem Netzwerk, entstehen und verbindlich nach Prozessabläufen und vorgegebenen Strukturen definiert und erfolgreich umgesetzt werden.

In Deutschland haben sich zu diesem Zweck seit einigen Jahren Wundnetze gebildet (vgl. auch [www.wundnetze.de](http://www.wundnetze.de)). Es besteht jedoch keine Vergleichbarkeit der zu unterschiedlichen Zeiten und in unterschiedlichen Regionen Deutschlands gegründeten, eigenständigen Wundnetze, die in der Regel als eingetragener Verein geführt werden. Beispielsweise mag das Wundnetz des im Jahre 2001 gegründeten Wundzentrums Hamburg e.V. aufgeführt werden, das im Sinne eines überregionalen Netzwerkes in Deutschland als Ratgeber und Kompetenzpartner die Gründung weiterer Netzwerke initiiert hat. Das Wundnetz Hamburg hatte beispielsweise maßgeblichen Einfluss auf die Gründung der Wundnetze Kiel (2008) und Saar (2010).

In einer vom Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) seit 2010 initiierten Studie über die Erfassung von Wundnetzen konnten zwischenzeitlich 47 verschiedene Netze in Deutschland registriert werden [1]. Obwohl der Begriff Wundnetz nicht einheitlich definiert und die inhaltliche Ausrichtung somit nicht vergleichbar ist, soll in diesem Beitrag von den Wundnetzen gesprochen werden, die kein eigenwirtschaftliches Interesse verfolgen. Die Mitglieder rekrutieren sich vielmehr aus unterschiedlichen, jeweils wirtschaftlich selbständigen Einheiten oder Wundtherapeuten vor Ort mit dem Interesse, eine Verbesserung der Wundbehandlung von Patienten mit chronischen Wunden zu ermöglichen und damit ihre Lebensqualität zu verbessern. Strukturen und Prozesse eines Wundnetzes werden dazu benötigt und genutzt.

Wundnetze bieten sich im Sinne der Verbesserung der Behandlung eines chronischen Krankheitsbildes im Verantwortungsbereich von Krankenkassenverbänden und politischen Einrichtungen als Ratgeber an. Ihre gesundheitspolitische Relevanz steht damit außer Frage. Das Wundzentrum Hamburg hat als überregional tätiges Wundnetz evidenzbasierte Standards und Empfehlungen der Wundbehandlung erstellt, nach der sich die Mitglieder des Netzwerkes

verbindlich bei der Behandlung ihrer Patienten richten. Daneben werden durch das Wundnetz regelmäßige Fortbildungen und wissenschaftliche Veranstaltungen für die Mitglieder angeboten.

### **Qualitätssicherung der Versorgung**

Die Behandlung von Patienten mit chronischer Wunde findet in Deutschland im Rahmen der Regelversorgung statt, in der für die Behandlung derartiger Patienten weder eine fachliche Expertise gefordert, noch deren Ergebnisse nach Qualitätsindikatoren abgefragt wird. In einer solchen Versorgungslage bietet damit ein Wundnetz eine nach neuesten Erkenntnissen erstellte Handlungsanweisung, an der sich alle Professionen in den verschiedenen Behandlungssektoren der Therapie orientieren. Damit wird die Behandlung auf ein Qualitätsniveau gehoben, auf dem die Ergebnisse deutlich über denen singulärer Einrichtungen ohne Vernetzungsstrukturen besteht: Abheilungszeiten und -quoten von chronischen Wunden zeigen die Vorteile, Amputationen werden deutlich weniger durchgeführt [2]. Die Lebensqualität des Patienten wird wesentlich verbessert.

In einer von Malyar veröffentlichten Studie [3] über die flächendeckende, im Rahmen der Regelversorgung stattfindende Versorgung von mehr als 40.000 Patienten mit den Diagnosen Diabetisches Fußsyndrom (DFS), periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) sowie pAVK mit Diabetes einer deutschen Krankenkasse über 4 Jahre konnte gezeigt werden, dass die Patienten mit DFS die höchsten Amputationsraten, jedoch die niedrigsten Revaskularisationsraten (Therapie zur Verbesserung der Durchblutung) unter den drei Diagnosegruppen aufwiesen. Diese Zahlen zeigen eine deutliche Diskrepanz zu den Ergebnissen, wie sie in den ausgewiesenen Netzwerkstrukturen erreicht werden können.

### **Interdisziplinäre Diagnose, interprofessionelle Behandlung**

Behandlungserfolge im Sinne der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten, schnellerer Abheilung von Wunden und Verminderung von Amputationen erfordern eine interdisziplinäre Diagnose der Ursache der chronischen Wunde, eine interprofessionelle Behandlung nach neuesten Erkenntnissen, verbindliche Strukturen und einen unmittelbaren und lücken-



losen, sofortigen und sektorenübergreifenden Zugang zu den unterschiedlichen Experten. Selbstverständlich ermöglicht die strukturierte Organisation in Wundnetzen auch eine kontinuierliche Re-Evaluation des eigenen Handelns und bildet damit die Grundlage für sinnvolle Qualitätsentwicklung und Versorgungsforschung. Derartige Voraussetzungen können in Wundnetzen sichergestellt werden. Damit sind auch eine durchgängige Dokumentation der wesentlichen Leistungen in den einzelnen Behandlungspfaden und eine vergleichende Evaluation des Behandlungsergebnisses verbunden. Wundnetze sind somit Partner und Ansprechpartner für die Sicherstellung einer hochwertigen und ergebnisorientierten Behandlung chronischer Wunden für

Verbände, Kostenträger und Träger von gesundheitspolitischer Entscheidungsgewalt.

Wundnetze stellen mit ihren Standards die Effizienz und die Lebensqualität sicher.

© gpk

#### Literatur

[1] Goepel L, Herberger K, Debus ES et al. Wundnetze in Deutschland. Struktur, Funktionen und Ziele. *Der Hautarzt* 2014; 65(11): 960-6.

[2] Hochlenert D, Engels G, Altenhofen L. Integrierte Versorgung: Ergebnisse des Netzwerks Diabetischer Fuß Köln und Umgebung. *Dtsch Arztebl* 2006; 103(24): 1680-3.

[3] Malyar NM, Freisinger E, Meyborg M et al. Amputations and mortality in patients with peripheral artery disease and diabetic foot syndrome. *J Diabetes Complications* 2016; 30(6): 1117-22.

# Erfahrung mit einem integrierten Wundnetz

## Das Wundkompetenznetz Mittlerer Oberrhein

### Von Prof. Dr. Martin Storck und Dr. Marc Schmidt

Die nationale S3-Leitlinie „Lokaltherapie chronischer Wunden“ empfiehlt, dass in der Wundbehandlung „multidisziplinäre, sektorenübergreifende Elemente einer integrierten Versorgung eingesetzt und sinnvoll kombiniert werden“ [1].

„Integrierte Versorgungen (...) sind Konzepte zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit“ der Therapie von z.B. Patienten mit chronischen Wunden [2].

Das Wundkompetenznetz Mittlerer Oberrhein startete in Kooperation mit der AOK Baden-Württemberg im Jahr 2006. Neben in der Region angesiedelten Kliniken und Klinikambulanzen sind niedergelassene Haus- und Fachärzte, ambulante Pflegedienste, Alten- und Pflegeheime, Sanitätshäuser und Home-care-Unternehmen sowie Gutachterorganisationen und eine Management-Gesellschaft eingebunden.

Nach einer sorgfältigen Analyse des Versorgungsalltags wurden zunächst die geeigneten Teilschritte identifiziert und daraus neue Behandlungspfade programmiert, die dann zu folgendem innovativen Therapiekonzept zusammengesetzt wurden:

- Information, Aufklärung und Einschreibung betroffener Patienten im stationären Bereich

- nach leitliniengerechter Differenzialdiagnose folgt die passende Kausaltherapie
- Pflegeüberleitung organisiert die strukturierte Überleitung in den ambulanten Bereich
- Sicherstellen einer modernen, hydroaktiven, phasenadaptierten Wundversorgung nach definiertem SETI-Standard [3] im ambulanten Sektor durch zertifizierte Wundmanager.
- Der gesamte Therapieverlauf wird von einer lückenlosen, IT-gestützten Dokumentation (Foto) und Patienten-individuellem Versorgungsmanagement mit angeschlossener wissenschaftlicher Evaluation begleitet.

Bereits 2011 konnte eine Verbesserung der medizinisch-pflegerischen und ökonomischen Qualität gezeigt werden [4].

Ein mit der AOK Baden-Württemberg im Jahr 2012 geschlossener Vertrag über die integrierte Versorgung (IV) nach § 140 ff SGB V wurde bereits zum zweiten Mal verlängert – dieser regelt die Verantwortlichkeiten und Vorgehensweisen bzw. Prozesse der beteiligten Akteure.

Die permanente Bewertung der Auswertungen bildet die Grundlage für eine regelhafte Überprüfung der

Qualität der Behandlungspfade und Standards und dient der ständigen Weiterentwicklung des Modells sowie dem Aufbau neuer Strukturen vor allem bei Problem- und Spezialversorgungen.

Obwohl Nutzen und Qualität der Versorgung zweifelsfrei belegt bzw. gesteigert werden konnten, war ein Benchmarking mit anderen Initiativen bzw. Wundnetzen bezüglich Wundschlussraten, Wundheilungsgeschwindigkeit, Amputations- und Rezidiv-Vermeidung, Lebensqualität und Kosten (Reduktion) eben so wenig möglich wie die Entwicklung eines Algorithmus zum frühzeitigen Identifizieren von 5 Prozent Hochrisikopatienten, die ca. 50 Prozent der Kosten verursachen.

Zur Beurteilung der Qualität der einzelnen lokalen Initiativen und Wundkonzepte im überregionalen Kontext bedarf es der Implementierung eines nationalen Wundregisters mit einer einheitlichen Sammlung und Abbildung der Daten sowie einem Vergleich der Outcomes auf einer wissenschaftlich anerkannten Basis.

Die vorgeschalteten Konferenzen zur verbindlichen Konsentierung von (Mess-)Methoden zur Nutzenbewertung sind bereits seit 2012 etabliert [5], letztere aber noch nicht flächendeckend umgesetzt.

Eine Untersuchung existierender integrierter Versorgungsformen und IV-Verträge zur Therapie chronischer Wunden auf Bedarf und Erfüllung von Informationsaustausch und Koordination unter den Beteiligten brachte folgende Ergebnisse:

„Die Grundlagen sind gut definiert, die Weiterleitung an sich allerdings ist unzureichend adressiert (zeitnah, lesbar, umfassend, vollständig, Nachweis über Autorenschaft, elektronische Verfahren).“ [6]

Gut funktionierende Kommunikation ist ein wichtiger Erfolgsfaktor bei der Therapie chronischer Wunden im Netzwerk, um unzureichende Behandlungsergebnisse aufgrund von mangelhafter sektorenübergreifender Kooperation oder unregelmäßigem Informationsfluss zu vermeiden.

Zur flächendeckenden Umsetzung und Vernetzung integrierter Versorgungskonzepte für Patienten mit

chronischen Wunden bedarf es der Organisation eines geregelten integralen und zentrifugalen Datenflows, dem Einsatzes moderner telemedizinischer Elemente wie Tablet-PCs und Arbeiten in einer Cloud unter Berücksichtigung aller datenschutzrelevanten Vorschriften und dem Aufbau eines Patientenregisters im Hybriddesign, in dem nicht-variable Patienten (und Therapiestammdaten) mit Therapieverlaufdaten (variabel bezüglich Indikation und Patient) verknüpft werden [7]. Durch die Kombination von beobachtender und experimenteller Untersuchungsform – also der parallelen Durchführung eines experimentellen Designs und eines Registers – erhält man eine kleinere Gruppe homogener Patienten mit Aussagen zur Wirksamkeit einer Intervention, die eingebettet ist in eine größere Gruppe von Patienten, an der sich die Wirksamkeit auch im Versorgungsalltag bemessen lässt. So wird Evidenz zur Sicherheit von Patientengruppen geschaffen, die üblicherweise nicht an klinischen Studien teilnehmen können (z.B. Patienten mit chronischen Wunden). Hohe Fallzahlen und lange Laufzeiten erlauben die Überwachung seltener und/oder zeitlich verzögerter Ereignisse.

© gpk

---

#### Literatur

- [1] Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung. Lokalthherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz. [www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Leitlinien/Evidenzbasierte\\_Leitlinien/091-0011\\_S3\\_Lokalthherapie\\_chronischer\\_Wunden\\_2012-06.pdf](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Leitlinien/Evidenzbasierte_Leitlinien/091-0011_S3_Lokalthherapie_chronischer_Wunden_2012-06.pdf) (abgerufen am 30. August 2016).
- [2] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Sondergutachten. 2012. <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=378> (abgerufen am 30. August 2016).
- [3] Karl T, Storck M. Ergebnisse der Implementierung eines Wundbehandlungsstandards im Haus der Maximalversorgung. *Gefäßchirurgie* 2007; 12: 121-9.
- [4] Schmidt M, Storck M, Schindzielorz M et al. Versorgung chronischer Wunden im Netzwerk. *Pharmazeutische Zeitung* 2011; 18.
- [5] Ergebnisprotokoll der 1. bundesweiten Konsensuskonferenz zur Ergebnismessung und Nutzenbewertung in der Versorgung chronischer Wunden, Berlin 3. Februar 2012.
- [6] Egbert N, Hübner U. Do integrated care programmes ensure a proper flow of information? *Wundmanagement* 2013; 2: 54-60.
- [7] Neugebauer AM. Patientenregister: eine Vorbedingung für die Forschung? Workshop Forschung der nationalen Konferenz für seltene Erkrankungen, Berlin 13./14. Oktober 2010.

# Selektivverträge bei chronischen Wunden

Welche gibt es? Wie wirksam sind sie?

Von Dr. Kristina Heyer, Dr. Lisa Göpel und Prof. Dr. Matthias Augustin

Seit 1997 wurden – mit dem „Zweiten Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG) – Strukturverträge zu selektiven Versorgungsverträgen im Sozialgesetzbuch aufgenommen (SGB V, 2016 [1]). Eine Erweiterung fand mit der „GKV-Gesundheitsreform“ im Jahr 2000 durch die Schaffung gesetzlicher Grundlagen für die Integrierte Versorgung (IV) als Bestandteil der Regelversorgung statt. Die Integrierte Versorgung wurde im Jahr 2004 mit Einführung des „GKV-Modernisierungsgesetzes“ (GMG) und mit der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V weiterentwickelt. Somit konnten ambulante Versorgungsleistungen außerhalb der sogenannten Regelversorgung auf beiderseits freiwilliger Basis zwischen einzelnen gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringern in sogenannten Selektivverträgen (Direktverträge) vereinbart und gesondert vergütet werden. Hierzu gehören beispielweise Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung und Managementverträge, die reine Organisationsleistungen beinhalten.

Selektivverträge innerhalb der ambulanten ärztlichen Versorgung (zwischen einzelnen gesetzlichen Krankenkassen und einzelnen Leistungserbringern, u. a. Vertragsärzten oder Krankenhäusern) können in folgende Vertragstypen untergliedert werden:

- Modellvorhaben § 63 SGB V (Weiterentwicklung und Erprobung von neuen Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen zur Strukturverbesserung sowie zur Verringerung der Mehrfachinanspruchnahmen)
- Hausarztzentrierte Versorgung § 73b SGB V (Hausarztzentriertes Modell, ambulante fachärztliche Leistungen werden nur auf Überweisung durch gewählten Hausarzt in Anspruch genommen)
- Besondere Versorgung § 140a SGB V
- Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder interdisziplinäre Versorgung
- Disease-Management-Programme (DMP) § 137f-g SGB V (strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)

Selektivverträge haben, über gesondert vergütete Versorgungsleistungen, zum Ziel, die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern sowie die Effizienz zu steigern und/oder die Gesundheitskosten zu senken. Dies wurde bereits im Jahr 2000/2001 vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) im Gutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ [2] betont, dass in Form von Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem noch ein beachtliches Potenzial zur Erhöhung der Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung sah. Zudem wurde im Jahr 2012 vom Sachverständigenrat insgesamt eine nur befriedigende Kosten-Nutzen-Relation festgestellt. [3] Zur Optimierung des deutschen Gesundheitssystems bedarf es daher zukünftig der Qualitätssteigerung, einer stärkeren Patientenorientierung sowie einer verbesserten Effizienz- und Kostenstruktur bei gleichzeitig hoher Leistung der Versorgung. Als zentrales Ziel soll die Versorgung von Patienten als eine multiprofessionelle Aufgabe verstanden werden. Eine interdisziplinäre als auch intraprofessionelle Zusammenarbeit kann dabei zu einer verbesserten Versorgung und einer stattfindenden Versorgungskontinuität führen.

Die Versorgung in Selektivverträgen hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen und stellt eine Möglichkeit dar, Patienten mit chronischen Wunden in interdisziplinären und interprofessionellen Versorgungsprogrammen/-settings über die Routineversorgung hinaus zu behandeln. In einer bundesweiten Befragung zeigte sich, dass 2014 insgesamt 59 Prozent der Krankenkassen in Deutschland Selektivverträge zu chronischen Wunden führten (n = 33), in denen insgesamt 20.068 Patienten behandelt wurden, was etwa 2 Prozent aller Patienten mit chronischen Wunden entspricht [4]. 85 Prozent der Selektivverträge waren Verträge der integrierten Versorgung (§ 140a SGB V), 6 Prozent Verträge der ambulanten ärztlichen Versorgung und 3 Prozent strukturierte Behandlungsprogramme.

Neben einer wissenschaftlichen Begleitung bei der Umsetzung von neuen Versorgungskonzepten bedarf

es einer fundierten Evaluation (Erfolgskontrolle) neuer und alter Versorgungskonzepte, um das Ziel einer verbesserten patientenorientierten Behandlungsqualität und somit die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität überprüfen zu können. Darüber hinaus bedarf es einer wissenschaftlichen Begleitung, um eventuelle notwendige Vertragsanpassungen vornehmen und den Erfolg eines Vertrages bzw. Konzeptes messen zu können. Jedoch werden nur 15 Prozent der Selektivverträge extern evaluiert [4].

Eine Evaluation von Selektivverträgen ist im Gesetz nicht explizit erwähnt. Jedoch soll ein Wirtschaftlichkeitsnachweis spätestens vier Jahre nach Vertragsabschluss erfolgen (§ 140a Absatz 2). Ausgenommen sind hierbei die Modellvorhaben (§ 63 SGB V) sowie Disease-Management-Programme (§ 137f SGB V). Hier ist unter § 65 „Auswertung der Modellvorhaben“ bzw. in § 137f. Abs. 2 Nr. 6 eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards vorgesehen. In Folge des Inkrafttretens des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) wurde 2016 der Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA; § 92a Abs. 2 Satz 3 SGB V) zunächst für vier Jahre eingerichtet. Dieser fördert, mit Bekanntmachung vom 8. April 2016, Vorhaben, bei denen eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung erfolgt. Dies unterstreicht die Bedeutung einer wissenschaftlichen Evaluation von Selektivverträgen zur Überprüfung des Versorgungsmodells in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität.

Eine systematische Literaturrecherche zeigte, dass es in Deutschland bislang keine Standards zur Bewertung z. B. zur Effektivität und Effizienz sowie keine Empfehlungen zum Einsatz von Bewertungsmethoden von Selektivverträgen bei Patienten mit chronischen Wunden gibt [5]. Es existieren einige Studien zu nicht wundspezifischen Indikationen, welche die Evaluation verschiedener bestehender Selektivverträge beschrieben. Bis heute fehlt es an konsentierten und somit standardisierten Ziel- und Outcomeparametern bei der Evaluation von Selektivverträgen in der Versorgung von chronischen Wunden.

Im Rahmen der nationalen Wundkonsensuskonferenzen, unter Beteiligung der wundversorgenden

Fachgesellschaften und Verbände, werden einheitliche Standards in der Beurteilung und Dokumentation der Behandlung von chronischen Wunden erstellt und verabschiedet [6]. Dabei werden unter anderem Standards in der Routineversorgung, der klinischen Forschung, der Versorgungsforschung, der Gesundheitsökonomie und der wissenschaftlichen Evaluation von Selektivverträgen systematisch im Rahmen der nationalen Konsensusgruppe geschaffen. Verabschiedete Standards zur Versorgung von Patienten mit einem Ulcus cruris wurden bereits publiziert [5, 7, 8]. Die Evaluationsindikatoren bei Selektivverträgen umfassen Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität. Zudem wurden die Datenherkunft und die jeweilige Operationalisierung mit Bedingung und Messverfahren, je nach definierter Datenherkunft, spezifiziert. Somit liegt erstmals in Deutschland ein evidenzbasierter, konsentierter methodischer Standarddatensatz zur Evaluation von Selektivverträgen bei Patienten mit einem Ulcus Cruris vor, dessen Anwendung in Selektivverträgen empfohlen wird.

© gpk

#### Literatur

- [1] Fünftes Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) idF der Bekanntmachung vom 11. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2233).
- [2] Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. [www.svr-gesundheit.de/index.php?id=18](http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=18) (abgerufen am 6. April 2014).
- [3] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung (SVR Gesundheit). Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. [www.svr-gesundheit.de/index.php?id=410](http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=410) (abgerufen am 6. April 2014).
- [4] Goepel L, Heyer K, Herberger K et al. Selektivverträge zu chronischen Wunden – aktueller Stand in Deutschland. *Gefäßchirurgie* 2015; 20: 18–24.
- [5] Heyer K, Herberger K, Protz K et al. Wunddokumentation beim Ulcus cruris - Nationaler Konsensus Teil 1: Routineversorgung – Nationaler Konsensus zu „Standard-Dataset“ und „Minimum-Dataset“. *Der Hautarzt*; angenommen: 17. Juni 2016.
- [6] Augustin M, Schmitt J, Herberger K et al. The German National Consensus on Wound Documentation and Outcomes: Rationale, Working Programme and Current Status. *Wound Medicine* 2014; 7: 8-13.
- [7] Herberger K, Heyer K, Protz K et al. Wunddokumentation beim Ulcus cruris – Nationaler Konsensus Teil 2: Routineversorgung – Nationaler Konsensus zu Klassifikation der Variablenausprägungen. *Der Hautarzt*; angenommen: 17. Juni 2016.
- [8] Heyer K, Milde S, Schmitt J et al. Nationaler Konsensus über den Standard-Datensatz für die Evaluation von Selektivverträgen bei Patienten mit einem Ulcus cruris. *Der Hautarzt*; angenommen: 17. Juni 2016.

# Über Einfluss und Wirken der Patientenvertreter

## Ein Interview mit Hans-Detlev Kunz, Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Von Mario Gehoff

**Redaktion:** Herr Kunz, Sie sind fast seit seiner Gründung vor über zwölf Jahren Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss. Sehen Sie neue Aufgaben auf sich zukommen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss nach dem Willen des Gesetzgebers jetzt auch Entscheidungskompetenzen bei Heil- und Hilfsmitteln übernimmt?

**Hans-Detlev Kunz:** Für die Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss sehe ich nicht unbedingt neue, sondern eher eine Ausweitung der bisherigen Aufgaben. Ich vermute, es wird bei den alten Verfahren bleiben. Sie werden nur zusätzlich auf den neuen Beratungsgegenstand der Heil- und Hilfsmittel angewendet. Der Gesetzgeber hat es sich zur Methode gemacht, den Ausschuss mit immer neuen Aufträgen zu belasten. Heil- und Hilfsmittel sind bisher auf anderem Wege in die Versorgung gekommen als z. B. verordnungspflichtige Arzneimittel. Wenn der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Entscheidungskompetenzen bei Heil- und Hilfsmitteln überträgt und dabei den Weg in die Versorgung nur nach Nutzenüberlegungen öffnet, dann wird dies in ähnlicher Weise wie bei verordnungspflichtigen Arzneimitteln umgesetzt werden. Die Patientenvertretung hätte dann, sofern der Status quo Beachtung findet, auch bei Heil- und Hilfsmitteln ein Mitberatungsrecht nach § 140f SGB V. Inhaltlich sehe ich eher, dass die Hersteller von Heil- und Hilfsmitteln vor neue Aufgaben und Herausforderungen gestellt werden, da sie dem Gemeinsamen Bundesausschuss nun evidenzbasierte Studien unter Einsatz anerkannter medizinisch-technischer Verfahren vorlegen müssen, um den Nutzen ihrer Medizinprodukte nachzuweisen.

**Redaktion:** Wie wird eine solche neue Regelung innerhalb der Patientenschaft umgesetzt? Woher nehmen Sie die Experten?

**Hans-Detlev Kunz:** Die Patientenvertreter werden, wie bei den verordnungspflichtigen Arzneimitteln bisher auch, ihre Betroffenenexpertise und Patientenperspektive in die Beratungsprozesse einbringen. Bei der

Beurteilung aus Patientensicht stehen der Nutzen und die Praktikabilität in den Lebenswelten der Patienten im Vordergrund. Ob es dabei um Arzneimittel, medizinische Methoden oder um Heil- und Hilfsmittel geht, ist letztlich egal. Zu beidem verfügen die Patienten über hinreichend Erfahrungswissen. Insofern haben wir die Experten für Heil- und Hilfsmittel schon längst an Bord. Daher ist es eigentlich völlig unverständlich, dass der Gesetzgeber erst jetzt auf die Idee gekommen ist, dem Gemeinsamen Bundesausschuss, und damit den Patienten, auch bei Heil- und Hilfsmitteln diese Entscheidungskompetenz einzuräumen. Die Ausweitung und die Fülle der Aufgaben, die der Gesetzgeber auf den Ausschuss überträgt, haben gravierende personelle und finanzielle Folgen für die freiwillige Patientenvertretung, deren Kapazitäten nicht eben mal so per Gesetz erhöht werden kann. Das ist ein deutlicher Unterschied zu den anderen Akteuren, die notwendiges Personal auf dem Arbeitsmarkt rekrutiert.

**Redaktion:** Hat sich der Gemeinsame Bundesausschuss bereits mit der Frage zur Evidenz von Medizinprodukten befasst und wie ist seine Motivation, hier weitere Aufgaben zu übernehmen?

**Hans-Detlev Kunz:** Über die Motivation des Gemeinsamen Bundesausschusses kann ich Ihnen keine Auskunft geben. Der Gemeinsame Bundesausschuss erfüllt seine gesetzlichen Aufträge gemäß Sozialgesetzbuch V. Allerdings ist es für Patienten von hohem Interesse, dass Heil- und Hilfsmittel ihnen auch tatsächlich nutzen. Es gibt zwischenzeitlich eine Fülle von Beratungsanfragen und zur Feststellung des Potentials von medizinischen Hilfsmitteln.

**Redaktion:** Speziell für Patienten mit chronischen Wundleiden und ihre Angehörigen gibt es nach unserer aktuellen Recherche immer noch keine Patientenorganisationen. Woran könnte dies liegen und was raten Sie betroffenen Patienten stattdessen? An wen sollten Sie sich bei Anliegen rund um ihre Wunden wenden?

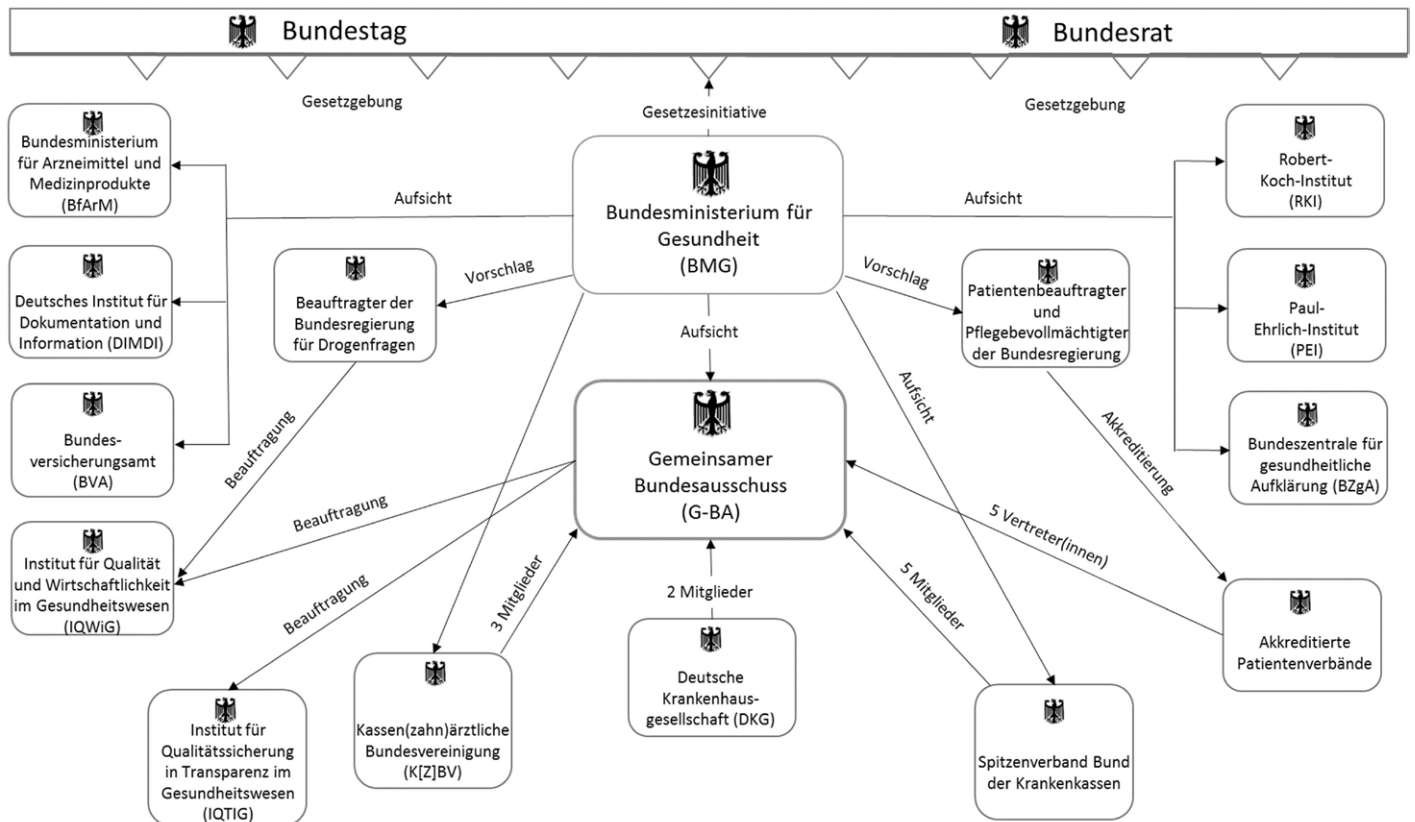


Abbildung: Der Gemeinsame Bundesausschuss

**Hans-Detlev Kunz:** Das Zusammenfinden von Patienten mit gleichen krankheitsbedingten Beeinträchtigungen entspricht leider nicht mehr dem Zeitgeist. Es erfordert schon sehr viel Enthusiasmus, genügend Zeit, gute Kontakte und letztlich auch etwas Geld sich mit tapferer Überzeugungsarbeit daran zu machen, Gleichgesinnte davon zu überzeugen, dass es eine gute und sinnvolle Sache ist, sich zusammenzuschließen, sich gegenseitig zu helfen und zu unterstützen und für die gemeinsamen Ziele einzustehen und politisch zu kämpfen. Denn das ist es, was Selbsthilfe am Ende ausmacht. Leider wird dies in den modernen, immer mehr von Egoismus geprägten Wirtschaftsgesellschaften, also auch in Deutschland, zunehmend verkannt und den elektronischen Medien überlassen. Eine Selbsthilfeorganisation muss daher zumindest die kardinale Frage schlüssig beantworten können: „Was habe ich ganz persönlich davon, wenn ich mich dieser Organisation anschließe und dafür auch noch einen Beitrag oder sonstige Zahlungen leisten soll?“ Patientenselbsthilfeorganisationen im originären Sinne bieten keine Leistung an, die als direkter finanzieller Wert für den Einzelnen erkannt wird. Psychosoziale Unterstützung, kompetente Beratung, hochwertige Informationsmaterialien und auch die von Patientenselbsthilfeorganisatio-

nen erstrittenen Leistungen des Gesundheitssystems werden zwar von den meisten Menschen gerne in Anspruch genommen, aber dafür bezahlen bzw. eine langfristige Mitgliedschaft eingehen, wollen leider nur die Wenigsten. Nur mit Argumenten wie „Solidarität“ und „für den guten Zweck“ kommt man heutzutage leider nicht mehr sehr weit. Aber dennoch sollten Patienten mit chronischen Wunden versuchen, sich zu finden und zu organisieren. Denn die gemeinschaftliche Selbsthilfe ist eine tolle und wichtige Sache. Sie ist unverzichtbar in Deutschland – und sie ist ohnehin unbezahlbar. Bis es eine solche Patientenselbsthilfeorganisation gibt, so mein Rat als medizinischer Laie, sollten Patienten mit chronischen Wunden die sogenannten Wundsprechstunden aufsuchen, die es mittlerweile in den meisten Regionen gibt.

**Redaktion:** Sicherlich hören Sie diese Frage häufig: Welchen Einfluss haben Vertreter von Patientenorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss auf die Entscheidungen? Fühlen Sie sich dort genügend repräsentiert und einflussreich?

**Hans-Detlev Kunz:** Der Wert von Patientenvertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss wird öffentlich überhaupt nicht wahrgenommen. Das scheint

auch nicht wirklich gewollt zu sein. Patientenvertreter haben ein Mitberatungsrecht und tragen ihre Sicht der realen Verhältnisse in der Versorgung bis an den Verhandlungstisch. Wer sich einmal die Mühe macht, sich inhaltlich mit der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses auseinanderzusetzen, wird sehr deutlich erkennen, welche inhaltlichen Ansprüche an die Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss gestellt werden. Sie machen das wohlgerne ehrenamtlich, in ihrer Freizeit. Sie sind in der Regel nicht nur berufstätig, sondern – ich glaube, das wird manchmal vergessen – auch noch direkt oder indirekt von Erkrankungen und Behinderungen betroffen und eingeschränkt. Patientenvertreter treffen hier auf hauptamtliche Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die sich in ihrem Berufsleben meist ausschließlich nur mit dem Thema „Gemeinsamer Bundesausschuss“ beschäftigen und dafür aus Mitteln der gesetzlich Versicherten bezahlt werden.

Im Gemeinsamen Bundesausschuss werden nach einem ausgeklügelten Stimmrecht Mehrheitsentscheidungen getroffen. Das sind meist reine Machtentscheidungen, bei denen in der Regel die sogenannten Unparteiischen den Ausschlag geben. Der Deutsche Psoriasis Bund e.V., die Selbsthilfe bei Schuppenflechte, fordert schon lange, dass die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss mit einem qualifizierten Vetorecht ausgestattet wird, das zu einer Überprüfung von Beschlüssen führt und inhaltlich öffentlich darzulegen ist. Wenn den Patienten schon kein gleichwertiges Stimmrecht zugestanden wird, dann sollten Patientenvertreter, insbesondere die themenbezogenen, die teilweise äußerst fragwürdigen Entscheidungen wenigstens aufschieben und öffentlich machen können. Auch müsste es eine angemessene Unterstützung für Patientenselbsthilfeorganisationen, die Patientenvertreter zur Mitberatung

in den Gemeinsamen Bundesausschuss entsenden, geben: Zum einen sind die Organisationen mit hinreichend finanziellen Mitteln auszustatten, um ihre Rekrutierungsarbeit nachhaltig gewährleisten und regelmäßige Abstimmungstreffen der Patientenvertreter ermöglichen zu können. Zum anderen sind die besondere Fachlichkeit und die beanspruchte Zeit der Patientenvertreter angemessen zu dotieren.

**Redaktion:** Welche praktischen Beispiele gibt es speziell im Bereich der Versorgung von Wunden und Hautkrankheiten über den Wert der Patientenbeteiligung?

**Hans-Detlev Kunz:** Bezüglich der Versorgung von Wunden sind mir praktische Beispiele nicht bekannt. Bezüglich des Wertes der Patientenbeteiligung bei Hautkrankheiten kann ich berichten, dass Patientenvertreter vom Deutschen Psoriasis Bund e.V. sich sehr intensiv – und erfolgreich – eingebracht haben, damit die ambulante Balneo-Phototherapie (Therapieansatz bestehend aus UV-Licht und substanzhaltigen Bädern, d. Red.) zur Behandlung der Schuppenflechte in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen wurde. Andererseits hat sich der DPB deutlich dagegengestemmt, dass ohne jede evidente Grundlage topische Arzneimittel in der Apotheke ausgetauscht werden – leider erfolglos. Diese Entscheidung hat aber eindrucksvoll gezeigt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Evidenz eines Arznei-, Hilfs- oder Heilmittels durchaus machtpolitisch den wirtschaftlichen Interessen von Krankenkassen unterordnet, wenn diese durch den Austausch massive Einsparungen erwarten dürfen. Hier waren Einsparungen durch Rabattverträge offenkundig wichtiger als evidente, medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse und die Sicherheit von Patienten.

**Redaktion:** Herr Kunz, ich danke Ihnen für das Gespräch.

© gpk

# Chancen und Hürden

## Wie gelingt die Implementierung eines nationalen Expertenstandards?

### Von Kerstin Protz

Der Gesetzgeber fordert von den Leistungserbringern im Gesundheitssystem ein bestimmtes Vorgehen bei der Versorgung der ihnen anvertrauten Patienten. Das Sozialgesetzbuch (SGB) V § 135 a formuliert diesen Anspruch folgendermaßen (Auszug):

„Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.“ [1]

Zur Gewährleistung der hier geforderten Art und Weise der zu erbringenden Leistungen ist die Anwendung von Standards, unter anderem bei der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden, ein probates Mittel. Die Etablierung und Anwendung von Standards in der Pflege macht darüber hinaus den Arbeitsprozess transparent und gewährleistet eine gleichbleibende Qualität der Versorgung. Daher nutzen die meisten Einrichtungen selbst erarbeitete Standards. Die Verwendung solcher Standards kann Nachteile für die Einrichtungen bedeuten, z. B. besteht mangelnde Rechtssicherheit, wenn selbsterarbeitete hausinterne Standards sich nicht am aktuellen Stand der Wissenschaft orientieren. Ein Versorgungsprozess, der sich auf selbst entwickelte Standards stützt, ist zudem nur schwer ohne Brüche fortzusetzen, wenn der Patient beispielsweise zwischen den Einrichtungen wechselt [2].

Die Anwendung von nach einheitlichen Vorgaben und unter Einbindung von Pflegefachexperten verschiedener Versorgungsbereiche entwickelten Expertenstandards, die gleichermaßen auf praktischen Erfahrungen, wie wissenschaftlichen Grundlagen basieren und denen eine Analyse der aktuellen Literatur zugrunde liegt, sind eine sinnvolle Alternative zu selbst erarbeiteten Standards. Seit mehr als zehn Jahren werden zu diesem Zweck nationale Expertenstandards entwickelt, die für die professionelle Pflege von besonderer Bedeutung sind [3]. Diese Expertenstandards werden seit 1999 durch das Deutsche Netz-

werk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelt und aktualisiert. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG), das am 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist, wurde die Verwendung von Expertenstandards für die „[...] zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich“ (SGB XI § 113 a (3)). Diesbezüglich ergänzt der § 72 SGB XI (3) „Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die [...] sich verpflichten, alle Expertenstandards nach § 113 a anzuwenden.“ [4]

Schon vor dieser Erweiterung des Sozialgesetzbuches waren DNQP-Expertenstandards als vorweggenommenes Sachverständigengutachten vor Gericht verwertbar [3]. Durch die Verankerung der Expertenstandards im SGB XI sind derzeit ausschließlich die Einrichtungen der ambulanten Pflege und stationären Altenpflege zur Implementierung dieser Standards gesetzlich verpflichtet.

### Personelle Voraussetzungen

Die Zielsetzung des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ lautet: „Jeder Patient/Bewohner mit einer chronischen Wunde vom Typ Dekubitus, Ulcus cruris venosum/arteriosum/mixtum oder diabetischem Fußulkus erhält eine pflegerische Versorgung, die das individuelle Krankheitsverständnis berücksichtigt, die Lebensqualität fördert, die Wundheilung unterstützt und die Rezidivbildung von Wunden vermeidet“ [5]. Als Zielgruppe gelten, wie bei allen Expertenstandards, Pflegefachkräfte. Unter dieser Berufsbezeichnung sind alle examinierten Pflegefachkräfte wie Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger aber auch Fachkräfte zusammengefasst, die über eine Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang verfügen. Allerdings ist eine allgemeine pflegerische Ausbildung nicht ausreichend für die Erfüllung aller in diesem DNQP-Expertenstandard definierten Aufgaben. Für spezielle Aufgaben, wie differenzierte Erfassung und Dokumentation der Wunde, Dekubitus-Klassifikati-



on oder das sach- und fachgerechte Anlegen einer Kompressionstherapie sind speziell weiterqualifizierte Pflegefachkräfte mit reflektierter praktischer Erfahrung erforderlich. Der DNQP-Expertenstandard sieht daher das Hinzuziehen von sogenannten pflegerischen Fachexperten im Rahmen der Pflege und Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden vor. Hierbei können auch externe pflegerische Fachexperten eingesetzt werden. Die Beratung sollte dabei produktunabhängig erfolgen. Pflegerische Fachexperten im Sinne des Expertenstandards sind solche Pflegefachkräfte, die sich auf die Wundversorgung spezialisiert haben, über praktische und reflektierte Erfahrung im Umgang mit den betroffenen Patienten verfügen sowie ihr Fachwissen durch entsprechende Fort- und Weiterbildungen immer auf dem aktuellen Stand halten [5].

### Implementierung

Der DNQP-Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“, der 2009 erarbeitet und erstmals 2015 aktualisiert wurde, ist eine valide Empfehlung einer Expertengruppe. Eine Druckversion sollte in jeder Einrichtung vorhanden sein und ist über das DNQP zu beziehen. Die Implementierung beginnt mit der Gründung einer Arbeitsgruppe, die sich aus pflegerischen Mitarbeitern, inkl. der Qualitäts- und Leitungsebene, zusammensetzt. Zudem ist ein pflegerischer Fachexperte einzubinden. Es sollte die Möglichkeit bestehen, interessierte Angehörige anderer Berufsgruppen, insbesondere der Medizin, mit einbinden zu können. Für die Implementierung ist eine längerfristige Zeitplanung von sechs bis zwölf Monaten erforderlich.

Der Nutzen der Expertenstandards wird in den jeweiligen Einrichtungen unterschiedlich bewertet, wofür eventuelle Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Standards in den pflegerischen Alltag ursächlich sein können. Schon bei der modellhaften Einführung im Rahmen der Veröffentlichung des Expertenstandards erwies sich der Mangel an Patienten mit chronischen Wunden als wesentliche Hürde. In den Kliniken haben diese Patienten meist relativ kurze Liegezeiten, da sie wegen ihrer Grunderkrankung und nicht wegen

der Wunde behandelt werden. In der stationären Altenpflege sind diese Patienten eher selten und in der ambulanten Pflege werden sie häufig durch spezialisierte Einrichtungen versorgt. Zudem wurden Probleme deutlich, mit denen sich insbesondere die ambulanten Einrichtungen konfrontiert sehen. Für diesen Bereich ergibt sich aus mangelnden personellen und zeitlichen Ressourcen sowie einer nicht ausreichenden Vergütung eine besondere Herausforderung. Üblicherweise werden für einen Verbandwechsel zehn Minuten veranschlagt und vergütet. In dieser kurzen Zeitspanne sind die aufwändigen Verbandwechsel dieser Wunden inkl. Reinigung, Neuversorgung und gegebenenfalls noch Kompressionsbandagierung sowie eine adäquate Begutachtung und Dokumentation nicht zu leisten. Zudem werden die im Expertenstandard geforderten edukativen Maßnahmen nicht vergütet, wenn der Patient keine Pflegestufe hat. Auch fehlt es aus strukturellen oder individuellen Gründen oft an einer adäquaten Diagnosestellung und einer darauf aufbauenden Kausaltherapie.

In Rückmeldungen an die Expertengruppe des DNQP anlässlich der ersten Überarbeitung des Expertenstandards wurde angemerkt, dass es hilfreich wäre, einzugrenzen, welche Aspekte und Kriterien im ambulanten Sektor nicht oder nur eingeschränkt gelten würden. In der Überarbeitung des Standards erläuterte die Expertengruppe des DNQP, dass dahingehend jedoch keine Abänderungen erfolgen könnten, da ihrer Ansicht nach das Qualitätsniveau der Versorgung von Menschen nicht verhandelbar ist [5].

© gpk

### Literatur

- [1] SGB V Recht des öffentlichen Gesundheitswesens, 19. Auflage (22. Juli 2016).
- [2] Schmidt S. Expertenstandards in der Pflege – Eine Gebrauchsanleitung. Berlin: Springer 2016.
- [3] Panfil EM, Schröder G. Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Lehrbuch für Pflegenden und Wundexperten. 3. Aufl. Bern: Huber 2015.
- [4] Protz K, Timm JH. Moderne Wundversorgung, in: K. Protz, J. H. Timm: Moderne Wundversorgung. 8. Auflage. München: Elsevier Verlag 2016.
- [5] Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. 1. Aktualisierung 2015. <http://www.dnqp.de> (abgerufen am 30. August 2016).

# Mehr Qualität für Patienten: Der Deutsche Wundrat

## Koordinierte Versorgung durch Koordination der Versorgenden

Von Prof. Dr. Matthias Augustin, Prof. Dr. Martin Storck und Dr. Holger Lawall

Die Versorgung chronischer Wunden ist komplex und wird durch eine Vielzahl verschiedener ärztlicher und pflegerischer Disziplinen und Organisationen geleistet. Die Barrieren der sachgerechten Versorgung wurden hinlänglich beschrieben [1, 2], sind jedoch noch nicht wesentlich verbessert worden [3, 4]. Die meisten Betroffenen mit chronischen Wunden sind betagt und multimorbide, so dass ihnen in gesundheitspolitischen Anliegen die Unterstützung durch eine eigene Interessenvertretung fehlt. Angesichts der Heterogenität der Fachgesellschaften und der komplexen Versorgungsbelange bei chronischen Wunden ist es naheliegend, ein Forum zu schaffen, das bundesweit die Interessen der Wundversorgenden und der Patienten bündelt und sie mit den weiteren Akteuren des Versorgungssystems in einer transparenten Diskussion zusammenführt.

Vor diesem Hintergrund wurde der Deutsche Wundrat e. V. gegründet [5]. Als gemeinnütziger Verein versteht er sich als einheitliches Forum für alle mit der Behandlung chronischer Wunden befassten Sektoren und Akteure. Als Dachverband soll er die Aktivitäten der regionalen Wundnetze dokumentieren und koordinieren und dabei eine enge Kooperation zwischen verschiedenen, ansonsten nicht miteinander vernetzten Fachgesellschaften und Verbänden gewährleisten. In der Vertretung versorgungspolitischer Anliegen stellt er ein gemeinsames Forum von Kostenträgern, Wundversorgenden und Patientenvertretern dar.

Dementsprechend obliegen dem Deutschen Wundrat folgende Aufgaben:

1. Förderung einheitlicher Dokumentationsnormen in der Bundeskonsensuskonferenz [6]
2. Dokumentation und Koordination der regionalen Wundnetze inkl. jährlicher Netzwerktreffen
3. Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsarbeit
4. Entwicklung von Indikatoren zur Qualitätsmessung in der Wundversorgung
5. Förderung von Innovationen (z. B. Telemedizin) und Beratung in wissenschaftlichen Studien und Registern.

6. Bündelung der Impulse aus allen Sektoren der Versorgung
7. Beratung und Ansprechpartner für die Politik
8. Plattform für eine einheitliche Vertretung der Versorgungsanliegen („One Voice“)
9. Annahme und Aufnahme von Patientenanliegen
10. Formulierung nationaler Versorgungsziele zu chronischen Wunden

Die Gremien des Deutschen Wundrates sind der Vorstand sowie die Bundeskonferenz, in die die beteiligten Fachgesellschaften, Verbände und Organisationen jeweils Delegierte entsenden (Abbildung).

Wichtige kontinuierliche Aktivitäten sind die Bundeskonsensuskonferenzen zur Messung und Bewertung von Wunden, die Koordination und Dokumentation der Versorgung chronischer Wunden in den Wundnetzen in Deutschland sowie die Tagungen der Deutschen Wundnetze beim jährlichen Deutschen Wundkongress in Bremen. Für jede dieser Aktivitäten wurde ein Konzept zur Umsetzung entwickelt.

Zusammengefasst wurde mit dem Deutschen Wundrat erstmals ein zentrales Forum für Versorgungsfragen bei schweren Wunden in Deutschland geschaffen, das Fachgesellschaften und Verbände sowie Kostenträger, Politik und Patienten zusammenführt und bei der Lösungssuche gesundheitspolitischer Herausforderungen unterstützt. Die Projektarbeit wurde im Jahr 2015 aufgenommen, die Gremienarbeit wird 2017 beginnen. Eingeladen sind hierzu Delegierte aus allen Bereichen der Versorgung chronischer Wunden sowie Patientenvertreter.

© gpk

### Literatur

[1] Augustin M, Debus ES (Hrsgg.): Moderne Wundversorgung im Spannungsfeld zwischen Qualitätsanspruch, Zuständigkeiten und Sparzwang. Bd. 1. Wiesbaden: mhp Verlag 2009.

[2] Augustin M, Debus ES (Hrsgg.): Moderne Wundversorgung im Spannungsfeld zwischen Qualitätsanspruch, Zuständigkeiten und Sparzwang. Bd. 2. Bonn: Beta Verlag 2011.

[3] Herberger K, Rustenbach SJ, Grams L et al. Quality-of-care for leg ulcers in the metropolitan area of Hamburg – a community-based study. J Eur Acad Dermatol Venereol 2012; 26 (4): 495-502.

[4] Augustin M, Rustenbach SJ, Debus S et al. Quality of care in chronic leg ulcer in the community: Introduction of quality indicators and a scoring system. *Dermatology* 2011; 222 (4): 321-9.

[5] Der Deutsche Wundrat. [www.wundrat.de](http://www.wundrat.de) (abgerufen am 30. August 2016).

[6] Augustin M, Mayer A, Heyer K et al. Stärke durch Standards: Bundeskonferenz zur Ergebnismessung und Nutzenbewertung bei chronischen Wunden. *Phlebologie* 2016; 45: 81-4.

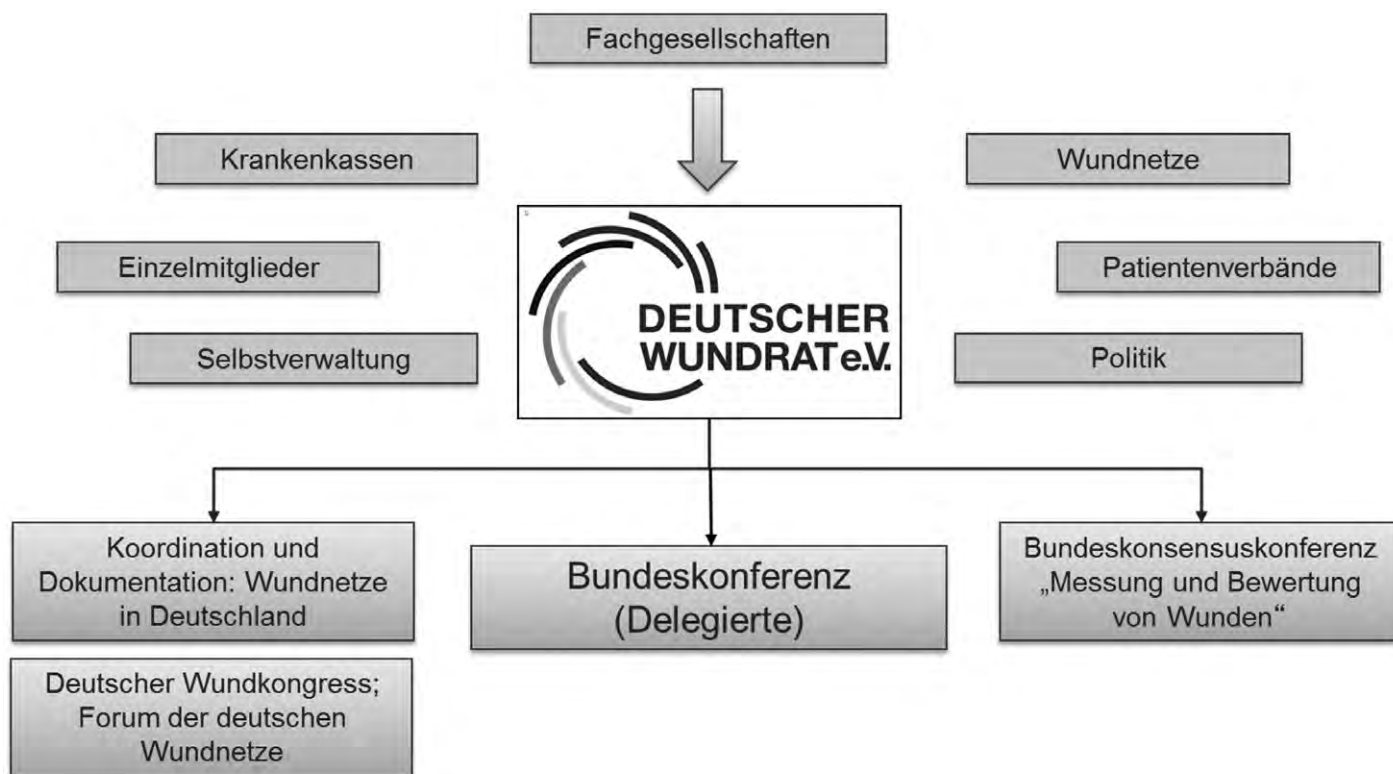


Abbildung: Organigramm des Deutschen Wundrates; vgl. Augustin 2016 [6]

# Die Initiative Chronische Wunden e. V.

## Einsatz für eine optimale Versorgung

Von Veronika Gerber und Dr. Karl-Christian Münter

„Wenn alle schon jetzt vorhandenen Kenntnisse und Erfahrungen in der Prophylaxe und Therapie von chronischen Wunden konsequent und überall genutzt würden – es könnte vieles an Leid und auch an Kosten gespart werden.“

Unter diesem Motto wurde 1995 von Fachleuten die Initiative Chronische Wunden (ICW) ins Leben gerufen. Sie setzt sich für die bessere Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden wie Dekubitus, Ulcus cruris oder Diabetischem Fußsyndrom

ein. Nicht zuletzt durch die Leitlinien Dekubitus und Ulcus cruris ist die Initiative Chronische Wunden bekannt geworden. Seit 2002 ist sie ein eingetragener Verein und seit 2010 eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als anhörungsberechtigt anerkannte Fachgesellschaft. Inzwischen hat der Verein 3.700 Mitglieder. Durch Schulungsangebote, Zertifizierung von Wundeinrichtungen, Publikationen, Kongresse und regionale Arbeitsgruppen trägt die ICW dazu bei, die Qualität in der Wundversorgung zu steigern.

## Die Gremien der ICW

Um Qualitätsnormen zu generieren und zu prüfen, sind Experten gefordert. Die ICW verfügt über einen wissenschaftlichen Beirat, der aus 20 Experten verschiedener Professionen gebildet wird, sowie über zwei Expertengremien, welche die beiden Zertifizierstellen inhaltlich unterstützen. Der Vorstand besteht aus 6 Personen und ist ebenfalls interprofessionell besetzt.

## Schulungskonzepte

Seit 2006 bietet die ICW in Kooperation mit dem TÜV Rheinland den Kurs „Wundexperte ICW“ an. Inzwischen haben mehr als 32.000 Teilnehmer aus den Bereichen Pflege, Medizin, Podologie und Pharmazie das Zertifikat erworben. 150 Kursanbieter führen bundesweit diese Schulungen durch. Seit 2009 hat das Konzept die Anerkennung der European Wound Management Association (EWMA), der europäischen Wundgesellschaft. Der Erfolg zeigt sich auch daran, dass die Wundexpertenkurse in Ländern wie China, Indien und im Libanon nachgefragt und durchgeführt werden. Das Basismodul „Wundexperte ICW“ kann durch Aufbauseminare zum „Fachtherapeut Wunde ICW“ und „Pflegetherapeut Wunde ICW“ sinnvoll ergänzt werden und bietet so Pflegefachkräften die Möglichkeit der beruflichen Spezialisierung.

Das Engagement der Pflegefachkräfte in der Wundbehandlung ist traditionell stark. Eher zurückhaltend zeigt sich hier die Ärzteschaft. Die ICW hat darauf mit Kursen für „Ärztliche Wundexperten“ reagiert. Das arzt spezifische Angebot wurde in Deutschland bisher gut angenommen, ein erster Kursus für Ärzte fand in diesem Herbst auch in China statt.

## Arbeitsfelder für Wundspezialisten

Die Behandlung von Menschen mit chronischen Wunden erfordert Spezialkenntnisse, kommunikative Kompetenz und persönliches Engagement. Neben den theoretischen Grundlagen ist vor allem Erfahrung gefordert. Inzwischen haben viele Kliniken ein Wundmanagement mit freigestellten Wundexperten etabliert. Wundspezialisten haben Aufgaben in Wundambulanzen und Wundzentren übernommen, andere arbeiten in Homecare-Unternehmen, in der Industrie oder bei Krankenkassen.

## „Wundsiegel“ als Qualitätssiegel für Wundmanagementsysteme

Die Zertifizierung nach „Wundsiegel ICW“ bestätigt eine qualitativ gute Versorgung in Einrichtungen für Menschen mit chronischen Wunden. Sie soll qualifizierte Einrichtungen für über- bzw. einweisende Ärzte, aber auch für Patienten und deren Angehörige sichtbar machen. Einrichtungen, die dieses Zertifikat führen, empfehlen sich damit auch den Kostenträgern als Partner z. B. in Verträgen der Integrierten Versorgung (IV). Das Qualitätssiegel können Wundzentren, Wundambulanzen und Pflegedienste nach intensiver Prüfung erlangen. Geprüft werden unter anderem:

- die Implementierung von Behandlungsleitlinien auf der Basis eines Wundmanuals,
- die Integration der bestehenden Expertenstandards in der Wundversorgung und
- die nachweisliche Umsetzung von Kooperationen zwischen den einzelnen Versorgungspartnern.

## Zeitschrift: Wundmanagement

Regelmäßig sechsmal im Jahr erscheint die Fachzeitschrift „Wundmanagement“, welche die ICW-Mitglieder als Vereinszeitschrift frei erhalten. In dieser Zeitschrift werden aktuelle Themen aus Forschung und Entwicklung sowie aus der Berufspolitik dargestellt.

## Regionale Arbeitsgruppen

Die regionalen Arbeitsgruppen stellen die Basis des Vereins dar. Bundesweit bestehen 34 Gruppen, in denen Fachleute aus verschiedenen Berufen, durchaus auch solche, die nicht Mitglied der ICW sind, projektbezogene Themen aus ihrer Region bearbeiten. Sie sind untereinander vernetzt und tauschen sich regelmäßig auf Treffen und dem jährlichen Kongress aus.

## Ausblick

Inzwischen hat die ICW 30 Förderkreismitglieder, die durch ihr Engagement die Realisation der Projekte unterstützen. Das Vertrauen dieser Menschen und Institutionen soll durch kontinuierliche Arbeit bestätigt und erhalten werden. Die Initiative Chronische Wunden e.V. ist seit jeher Ansprechpartner und Interessenvertreter für alle Berufsgruppen und Menschen, die sich um die Belange chronischer Wundpatienten

bemühen und bleibt auch weiterhin offen für Kontakte mit bisher noch nicht einbezogenen Gruppen. So hat sich z. B. die Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten durch die steigende Bedeutung der Lymphologie in der Wundversorgung deutlich verstärkt und auch mit Podologen gibt es gemeinsame Interessen, die zu verstärktem Austausch führen. Durch die interprofessionelle Besetzung des Vorstands wird der Ansatz der ICW deutlich, nur gemeinsam sinnvoll im Sinne der Betroffenen handeln zu können.

Die ICW hat sich zum Ziel gesetzt, durch Publikationen (Patientenbroschüren, Konsensuspapiere, Leitlinien) und Präsenz bei fachspezifischen Kongressen die Wundversorgung zu fördern. Hierfür ist der Deutsche Wundkongress, der gemeinsam mit der Messe Bremen und dem Bremer Pflegekongress seit 7 Jahren stattfindet, von ganz besonderer Bedeutung. 2016 wurde er zusammen mit der EWMA veranstaltet. Über 6.000 Interessierte aus ganz Europa konnten ein umfangreiches Programm und eine große Fachausstellung erleben. Kontinuierlich bemüht sich die ICW um Beibehaltung und Steigerung der Qualität der Beiträge und wird auch in den nächsten Jahren der Wund-

versorgung auf nationaler Ebene eine Plattform bieten.

### Fazit

Eine Idee ist nur so gut, wie sie gelebt und umgesetzt wird. Es werden verantwortungsbewusste Partner gebraucht, bei denen die Gesamtsituation des Patienten, seine Bedürfnisse und Ressourcen im Fokus stehen. Eine daran angepasste Materialversorgung unter Beachtung der wirtschaftlichen Erfordernisse ist selbstverständlich. Durch das Gütesiegel „Wundsiegel (ICW)“ ist diese Qualität nach Außen darstellbar.

© gpk



Das Wundsiegel ICW

## Politische Notwendigkeit der neuen Verbandstoffdefinition

### Eine erste Bewertung des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes

Von Werner Sellmer

Für die meisten Wundversorger unbemerkt wurde im Referentenentwurf des geplanten Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) im Juni 2016 eine Legaldefinition der Verbandstoffe nach § 31 SGB V „eingeschoben“. Nur wenige Fachgruppen wurden vom Bundesministerium für Gesundheit darüber informiert und zu einer kurzfristigen Stellungnahme aufgefordert. Leicht abgewandelt nahm dann der Referentenentwurf als Gesetzesvorlage seinen Weg durch das Gesetzgebungsverfahren.

Die Angst vieler Wundversorger besteht darin, dass sehr viele Wundaufgaben dem Gesetz zum Opfer und

aus der Erstattung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fallen könnten und somit die Versorgung der Wundpatienten sich deutlich verschlechtert.

Im Folgenden wird geklärt, warum eine Verbandstoffdefinition nötig ist, was alles an dieser Definition hängt und wie der Stand der Gesetzgebung ist.

### Wundpatienten benötigen Wundaufgaben

Patienten mit akuten oder chronischen Wunden benötigen neben Diagnostik und Ursachentherapie

steriles Verbandmaterial. Hierunter fallen auch der Schutz vor Keimen und Wundinfektionen, der Schutz vor Austrocknung der Wunde und der Erhalt oder die Wiedergewinnung von Lebensqualität, z. B. Mobilität und Schmerzfreiheit. Wundaufgaben sind dabei nicht nur abdeckende und saugende Produkte, sondern haben auch Zusatznutzen wie Wundreinigung, Geruchsbindung, Infektionsbehandlung oder Befeuchtung [1 -3].

### **Wundaufgaben fallen ins ärztliche Arznei- und Verbandstoffbudget**

Nur Ärzte können Wundaufgaben zu Lasten der GKV verordnen. Diese Produkte fallen in das Arznei- und Verbandstoffbudget. Im Gegensatz zu Hilfsmitteln (z. B. medizinische Kompressionsstrümpfe, Artikel zur Inkontinenzversorgung) ist dieses Budget („Richtgröße“ genannt) limitiert. Abhängig von der ärztlichen Fachgruppe, dem jeweiligen Sozialversicherungsstatus (GKV-Mitglied, Familienversicherte, Rentner) und der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) stehen im Quartal zwischen 16,57 EUR (Chirurg, Rentner, Hamburg) und 147,02 EUR (hausärztlicher Internist, Rentner, Berlin) zur Verfügung. Aus diesem Topf sind, neben allen Arzneimitteln auch alle Verbandstoffe sowie Polster- und Kompressionsbinden zu finanzieren.

Weitere Hilfsmittel (Budget nicht limitiert), zusätzliche Kosten für Heilmittel (z. B. Krankengymnastik, Lymphtherapie, medizinische Fußpflege) sowie der Sprechstundenbedarf sind nicht zur Verordnung/Beschaffung von Verbandmaterial zulässig. Überschreitet ein Arzt sein Budget um mehr als 25 Prozent erfolgt gegebenenfalls eine „Beratung“ und im zweiten Wiederholungsfall eine Prüfung auf wirtschaftliches Verordnen (Plausibilität, leitliniengerechte Verordnung, Wirtschaftlichkeit). Am Ende steht entweder die vollständige oder teilweise Entlastung von den Vorwürfen oder die Zahlung von Geld aus eigenen Mitteln (Regress) [4].

### **Moderne Verbandstoffe sind teuer**

Während Mull- und Saugkompressen, elastische Mullbinden und Pflaster meist unter 2 EUR pro Stück kosten, bezahlt die KV Produkte aus dem modernen Produktsortiment mit bis zu über 100 EUR pro Stück. Diesen hohen Kosten stehen umfangreiche Vorteile in der Versorgung gegenüber, z. B. längere Verband-

standzeiten bis zu einer Woche sowie eine verbesserte und beschleunigte Wundheilung.

Auf Wundversorgung spezialisierte Ärzte bringen so beachtliche Verordnungsvolumen pro Patient auf und überschreiten oft ihr Praxisbudget stark.

Während bei Arzneimitteln in den letzten 20 Jahren permanent Einschränkungen der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der Krankenkassen stattgefunden haben, z. B. werden nur noch verschreibungspflichtige Arzneimittel bezahlt, hat der Patient aktuell uneingeschränkten Anspruch auf Verbandstoffe zu Lasten der Krankenkasse (§ 31 SGB V).

### **Was genau sind Verbandstoffe?**

Das Spektrum der Verbandstoffe und Wundaufgaben reicht von einfachen Pflastern über einfach saugende Baumwollkompressen bis hin zu verschiedenen Hightech-Verbänden aus Kollagen, aus Hyaluronsäure oder mit Silber. Immer mehr Wundaufgaben haben Mehrwertfunktionen, z. B. Keimreduktion und Geruchsbindung bis hin zu der Möglichkeit, Schmerzen im Wundgeschehen zu verringern. Aktuell werden moderne Produkte von ca. 40 Firmen angeboten. Es gibt geschätzt bis zu 3.000 solcher Produkte (inkl. verschiedener Formen und Größen) am deutschen Markt. Es handelt sich dabei formal um Medizinprodukte der Klassen I bis III und nicht um Arzneimittel. Die Frage, was genau ein Verbandstoff ist und worauf der Patient zu Lasten der Krankenkasse Anspruch hat, ist nie konkret geklärt worden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Jahr 2008 eine Begriffsdefinition erstellt. Darin sind Verbandmittel „Gegenstände, die dazu bestimmt sind, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken oder deren Körperflüssigkeit aufzusaugen (...)“. In der alltäglichen Umsetzung erwies sich diese Definition als relativ vage. Daher wurde sie um diverse Beispiele konkretisiert: So können Verbandmittel unter anderem Blutungen stillen, Exsudat aufsaugen, Wunden reinigen und schützen, Granulation fördern, Körperteile komprimieren (Kompressionsverbände) und Schmerzen lindern.

Konkret wurden neben Stütz- und Fixierbinden, Kompressen und Gipsverbänden alle modernen Wundversorgungsprodukte (Hydrogel bis Silberalginat, Kollagenvlies bis Hydrokolloidverband) aufgelistet.

Aufgrund dieser Definition erstatten die Krankenkassen seit Jahren eine immer umfangreichere Liste von Verbandstoffen.

### **Warum stellt die Verordnung von Verbandmitteln den Kassenarzt vor Probleme?**

1. Wundversorgung/Verbandstoffe kommen im Medizinstudium kaum vor, daher ist der Verordner oft mit der Materialflut überfordert.
2. Es existiert keine Preistransparenz der Produkte. Es gibt keine Generikallisten/Gruppenlisten, die Produktpreise sind in den meisten Praxissoftwaresystemen nicht hinterlegt und die budgetrelevanten Kosten für Verbandmittel bleiben für den Arzt unbekannt.
3. Die Produktauswahl, trotz ärztlicher Verordnungshoheit, wird meist von Empfehlungen spezialisierter Pflegefachkräfte oder freien Wundberatern („Wundmanager“) begleitet.
4. Da für die Betreuung und Beratung der Verbandversorgung von Wundpatienten von den meisten Krankenkassen keine Honorare gezahlt werden, rechnen Überleiter und Berater oft über die Rezeptverordnung ab.
5. Es gibt stets mehrere Versorgungsmöglichkeiten. Leider werden zunehmend unnötig teure Produkte, unnötige Kombinationen („Wundburger“) oder zu große Materialmengen angeraten.
6. Die Preise von Wundaufgaben steigen unkontrolliert und unbemerkt in zum Teil beachtlichem Umfang.
7. Arzt und Krankenkasse wissen oft nicht genau, welche Produkte Verbandmittel sind und welche nicht. So werden Reinigungspads, Hautschutzprodukte, Sprays mit verschiedenen Wirkstoffen und Produkte auf Honigbasis von einzelnen Herstellern als Verbandstoffe deklariert.

### **Das HHVG und die Legaldefinition zum Verbandmittel**

Im Referentenentwurf vom 23. Juni 2016 wird die Erstattung von Verbandmitteln, wie bereits 2008 in der Definition des G-BA, an den Eigenschaften „abdecken“ oder „saugen“ festgemacht. Produkte dürfen auch „feucht halten“. Allerdings wird nun erstmalig von der „Hauptwirkung“ gesprochen, was auch Zusatznutzen möglich macht. Diese werden in der spä-

teren Ausführungsbestimmung mit „Wunde feucht halten, reinigen, geruchsbinden oder antimikrobiell wirkend“ angegeben. Zudem wird eine Übergangszeit von zwölf Monaten zum Abverkauf eingeführt.

Aktuell liegen diverse Stellungnahmen zu diesem Gesetzesentwurf vor [5]. Im Tenor wird das Gesetz begrüßt, aber von vielen Seiten mögliche Versorgungseinschränkung für den Patienten befürchtet. Einige Stellungnahmen befürworten die Aufnahme der Zusatznutzen in den eigentlichen Gesetzestext, andere die Übergangsfrist deutlich zu verlängern, um Herstellern die Möglichkeit zu geben, aussagekräftige Studiendaten zu erzeugen. In der Empfehlung des Bundesrates vom 14. Oktober 2016 wird formuliert, dass die „Eigenschaft als Verbandmittel nicht entfällt, wenn der Gegenstand weitere Wirkungen hat, die der Wundheilung dienen, beispielsweise eine Wunde feucht hält, reinigt oder geruchsbindend, antimikrobiell oder proteasemodulierend wirkt“.

Es bleibt abzuwarten, wie der Bundestag entscheidet. Wünschenswert wäre, dass die Parlamentarier im Blick behalten, dass es hier nicht nur um Rechtssicherheit und Einsparungen, sondern primär um die Versorgung von schwer betroffenen Patienten geht. Nicht mehr erstatten heißt eindeutig: nicht mehr in der Therapie verfügbar! Damit verliert der Wundversorger wesentliche bewährte Optionen in der Behandlung.

Spätestens zum März 2017 soll das HHVG und damit auch die darin versteckte Legaldefinition der zukünftig von den Krankenkassen bezahlten Verbandmittel beschlossen und im Bundesgesetzblatt verkündet werden.

### **Zusammenfassung und Fazit**

1. Seit über 30 Jahren profitiert der Wundpatient von Fortschritten im Bereich neuartiger Verbandmaterialien.
2. Im Bereich der Abrechnung von Leistungen wie Wundberatung und Überleitung werden aktuell keine Honorare bezahlt. Die Finanzierung basiert auf dem Verkauf von Wundaufgaben. Das sollte so nicht bleiben!
3. Der Gesetzgeber sollte zügig daran arbeiten, Leistungen von Materialverkäufen zu trennen und Erstere mit Honoraren zu versehen.
4. Um eine zielführende Versorgung der Wundpatienten in Deutschland weiterhin zu ermöglichen, sollte

die Verbandstoffdefinition auch Mittel mit bewährten Zusatznutzen umfassen.

5. Gleichzeitig erscheint es als dringend nötig, das Angebot an Verbandstoffen transparenter zu gestalten und durch klare Leistungsvorgaben das Preis-Leistungsverhältnis zu verbessern.
6. Für die Aufnahme von Wundtherapeutika (nicht die Verbands-eigenschaft steht im Vordergrund, sondern ein Eingriff in die Wundphysiologie) in die Anlage V zum Abschnitt J der Arzneimittelrichtlinie muss eine ausreichende Übergangsfrist gefunden werden.

Wenn der Gesetzgeber im Blick behält, wie wichtig gute Verbandstoffe in der Therapie chronischer Wunden sind, könnte die schlecht und unzureichend formulierte Verbandstoffdefinition am Ende doch noch zur Rechtssicherheit und zu einer verbesserten Pa-

tientenversorgung führen. Die Messlatte sollte bei allem weiteren Vorgehen sein, die Versorgung von Wundpatienten deutlich und andauernd zu verbessern!

© gpk

---

#### Literatur

[1] Protz K. Moderne Wundversorgung. 8. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag 2016.

[2] Wundzentrum Hamburg. Standards. [www.wundzentrum-hamburg.de/standards/gesamtuebersicht/](http://www.wundzentrum-hamburg.de/standards/gesamtuebersicht/) (abgerufen am 30. August 2016).

[3] Sellmer W, Bültmann A, Tigges W. Wundfibel: Wunden versorgen, behandeln, heilen. Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges. 2010.

[4] Protz K, Sellmer W. Stadiengerechte Wundbehandlung in der Praxis, Teil 7: Verordnung von Wundaufgaben: Was ist zu beachten? *Der Hausarzt* 2014; 51(12): 26-8.

[5] Stellungnahmen zum HHVG. [www.werner-sellmer.de/das-hhvg-2016-2017.html](http://www.werner-sellmer.de/das-hhvg-2016-2017.html) (abgerufen am 7. November 2016).

# Versorgung chronischer Wunden

## Die Sicht des Bundesverbandes Medizintechnologie (BVMed)

Von Daniela Piossek

Chronische Wunden sind für viele der betroffenen Patienten verbunden mit Schmerzen und einer massiven Einschränkung der Lebensqualität. Nach den neuesten gesundheitsökonomischen Daten der PMV forschungsgruppe Köln leiden ca. 900.000 Patienten an chronischen Wunden. Dass sich neben den Fachkreisen nun auch verstärkt die Politik diesem relevanten Thema zuwendet, ist erfreulich und zeigt sich auch in den entsprechenden Passagen im Entwurf des vorgelegten Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) aus dem Sommer 2016.

Bei der Versorgung der Patienten arbeiten Vertragsärzte, Krankenhäuser, Pflegefachkräfte, Wundexperten, Podologen, Homecare-Unternehmen, Hilfsmittellieferanten wie Hersteller von modernen Verbandmitteln sowie Fachverbände und Krankenkassen zusammen, um die Wunden zu heilen oder zu verbessern und nachhaltig das Leid der Betroffenen zu lindern. Ein unverzichtbarer Bestandteil der medizinischen Behandlung und der Pflege ist die Versorgung mit geeigneten

Verbandmitteln. Sie sind notwendig im Gesamtprozess, wenn auch nur einer von vielen Erfolgsfaktoren für den Therapie- und Heilungsverlauf. Nur im Rahmen einer zeitgemäßen, konsequenten Kausaltherapie und einer leitlinien- und fachgerechten Anwendung durch qualifizierte Ärzte und Pflegefachkräfte können Verbandmittel ihre helfende Wirkung entfalten.

Die Hersteller von Verbandmitteln im Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) sehen sich in der Verantwortung, Ärzten und Pflegefachkräften geeignete Medizinprodukte für die Kausal- und Lokaltherapie zur Verfügung zu stellen, die den vielfältigen Indikationen und Anforderungen mit ihren unterschiedlichen Ausprägungen in den diversen Behandlungs- und Wundheilungsstadien optimal gerecht werden. In den vergangenen 30 Jahren haben die Hersteller für unterschiedliche Behandlungsbedürfnisse und Therapien immer differenziertere und wirksamere Produkte zur Wundbehandlung und Kompressionstherapie bereitgestellt. Die Hersteller haben bei der



Produktentwicklung von der Forschungstätigkeit der Mediziner auf dem Gebiet der Wundbehandlung profitiert und ihre Entwicklungen auf deren Erkenntnissen über die komplizierten Wundheilungsprozesse aufgebaut. Wissenschaftlicher Erkenntnisgewinn und Produktentwicklung stehen in einer engen Beziehung zueinander und garantieren auch für die Zukunft bessere Versorgungsmöglichkeiten insbesondere für Patienten mit chronischen Wunden.

Die aktuellen Herausforderungen sehen die Hersteller von Verbandmitteln im BVMed vor allem in den folgenden Themen:

1. Der im SGB V garantierte Anspruch der Versicherten auf die Versorgung mit Verbandmitteln ist ein hohes Gut und Teil der notwendigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Praxis. Der Gesetzgeber reguliert aktuell diesen Bereich der Versorgung. Dabei versuchen einzelne Kostenträger, die Einführung einer Legaldefinition der Verbandmittel zu nutzen, um Produkte, die seit Jahren im Versorgungsalltag etabliert sind, aus der unmittelbaren Erstattungsfähigkeit auszuschließen. Statt der vom Gesetzgeber angestrebten Rechtssicherheit könnte somit durch die Hintertür ein Leistungsausschluss zu Lasten der Wundpatienten erfolgen. Bei einem Erfolg der Kostenträger entstehen Versorgungslücken und Mehrausgaben, weil die nicht mehr erstattungsfähigen Produkte durch weniger geeignete Methoden und Alternativen ersetzt werden müssen. Daher setzt sich der BVMed zusammen mit diversen Fachgesellschaften dafür ein, dass der vorliegende Gesetzentwurf nicht ausgehöhlt, sondern interpretationssicher ausgestaltet wird.

2. Bei allem Fortschritt der Wundversorgung in den vergangenen 20 Jahren sehen die Hersteller ein deutliches Potenzial für Verbesserungen. Durch die Behebung der vorhandenen Defizite ließen sich sowohl die Anzahl der chronischen Wunden wie auch Abheilungsraten, Behandlungsdauer, Kosten und andere relevante Parameter positiv verändern. Zu den wesentlichen Punkten, die zukünftig gemeinsam mit den anderen Beteiligten bewältigt werden müssen, gehören die folgenden:

a) Das vorhandene Fachwissen zu allen Aspekten der Wundbehandlung muss breiter und intensiver an Ärzte, Pflegefachkräfte und andere Leistungserbringer vermittelt werden, um alle Formen der Über-, Unter- und Fehlversorgung

zu minimieren. Das betrifft insbesondere auch die Kompressionstherapie als die erste Wahl bei der Kausaltherapie venöser Unterschenkelgeschwüre.

- b) Die hausärztliche Grundversorgung muss um ein flächendeckendes Netz an spezialisierten Versorgungseinrichtungen wie Wund- und Fußambulanzen ergänzt werden, in denen schwierige und eskalierte Fälle frühzeitig interdisziplinär und interprofessionell betreut werden können. Der BVMed begrüßt daher ausdrücklich die im HHVG-Entwurf fixierte Verbesserung der Versorgungsstrukturen als gesundheitspolitische Aufgabenstellung in einer alternden Gesellschaft.
- c) Für die frühzeitige Identifizierung und individuelle Betreuung von Risikopatienten sollte das Fallmanagement weiterentwickelt werden. Hierbei sehen die Hersteller vor allem die Krankenkassen in der Verpflichtung, entsprechende Versorgungsmodelle zu entwickeln und zu implementieren.
- d) Die vorhandenen Restriktionen für Ärzte bezüglich der medizinisch notwendigen und wirtschaftlichen Verordnung von Verbandmitteln sollten abgebaut werden. Heute wird geschätzt nur jeder zweite Wundpatient mit modernen Verbandmitteln versorgt und 14 Prozent der betroffenen Patienten erhalten gar keine Verbandmittel.
- e) Alle am Versorgungsprozess beteiligten Leistungserbringer müssen gemäß dem geleisteten Aufwand vergütet werden. In diesem Zusammenhang zeigen sich die Hersteller offen für erfolgsbezogene Vergütungsmodelle, bei denen nicht die erbrachte Leistung, sondern das Behandlungsergebnis honoriert wird.

3. Nicht zuletzt plädiert der BVMed für eine bessere Faktenlage zur Versorgung der Patienten mit chronischen Wunden. Das bezieht sich sowohl auf die Prävalenz wie auch auf weitere gesundheitsökonomische Daten. Ohne eine verbesserte Faktenlage wird es sehr schwer sein, die geeigneten Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung zu identifizieren und umzusetzen oder auch den Fortschritt in Folge der Umsetzung dieser Maßnahmen zu evaluieren. Der BVMed beteiligt sich aktiv an dieser Aufgabenstellung und hat mit der im Frühjahr vorgelegten Versorgungsstudie der PMV forschungsgruppe Köln dazu einen aktuellen Diskussionsbeitrag geliefert.

# Bedeutung der Politik für die Wundversorgung

## Ansätze und Ideen

### Von Erwin Rüdell MdB

Das Thema Wundversorgung, vor allem die Versorgung von chronischen Wunden, ist ein Querschnittsthema, das mir als Pflegepolitiker stark am Herzen liegt. Vor allem, da das Durchschnittsalter eines Patienten mit einer chronischen Wunde bei über 70 Jahren liegt.

In Deutschland leben rund 1,5 Millionen Menschen, die unter einer chronischen Wunde leiden. Experten gehen davon aus, dass ihre Zahl entsprechend dem demografischen Wandel und dem Anstieg an Zivilisationskrankheiten wie Diabetes mellitus zukünftig stark zunehmen wird. Am häufigsten treten das „offene Bein“, Druckgeschwüre (Dekubitus) und der diabetische Fuß auf. Das Leben der Betroffenen wird oft stark beeinträchtigt. Die Behandlung offener Wunden kann mehrere Monate und sogar Jahre dauern, sie erfordert häufige Arzt- und Pflegebesuche. Aber chronische Wunden sind auch ein erhebliches Problem für die Gesundheitssysteme weltweit, da ihre Versorgung geschätzt 2 bis 4 Prozent der Ausgaben im Gesundheitsbereich ausmachen.

Umso wichtiger ist eine angemessene Wundversorgung. Dazu gehören vor allem eine entsprechende Qualifizierung und gegebenenfalls Spezialisierung sowohl der behandelnden Ärzte als auch des zuständigen Pflegepersonals.

Denn gut qualifizierte Fachkräfte leisten nicht nur selbst eine gute Versorgung, sondern stärken auch die Patienten: Die Therapie chronischer Wunden erfolgt immer öfter durch ambulante Dienste in der Wohnung der Patienten. Eine Studie des Departments für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke zur Wundversorgung hat auch die Fähigkeit der Betroffenen untersucht, ihre Wunden soweit es geht selbst zu versorgen. Dieses sogenannte Selbstmanagement erwies sich dann als gut, wenn den Patienten von den versorgenden Wundexperten ein angemessenes krankheitsspezifisches Wissen vermittelt worden war.

Aber auch Vernetzung spielt eine wichtige Rolle bei der Versorgung von chronischen Wunden, wie ein Blick

auf Best-Practice-Beispiele zeigt: In spezialisierten, multidisziplinären Versorgungsnetzwerken werden bei chronischen Wunden sehr gute Therapieerfolge erzielt. In solchen Netzwerken ist es möglich, Patienten fachgerecht und strukturiert zu versorgen und basierend auf einer adäquaten initialen Diagnostik ohne zeitliche Verzögerung mit einer angemessenen modernen, phasengerechten Wundversorgung schnell zu behandeln, um die Chancen zur Heilung zu verbessern. Dazu gehören auch die Herausforderungen, die sich aus dem Übergang der Behandlung chronischer Wunden im Krankenhaus in die ambulante Pflege ergeben.

Heute schon kann die Wundversorgung im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege (HKP) durch Pflegedienste erbracht werden und in besonders schweren Fällen können zudem Wundmanager hinzugezogen werden, die zusätzlich durch die Krankenkasse vergütet werden.

Darüber hinausgehend werden wir im Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) regeln, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Richtlinie über die HKP im Hinblick auf die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden ändern soll. Die HKP soll auch außerhalb der eigenen Häuslichkeit in Einrichtungen, die auf die Versorgung dieser Art von Wunden spezialisiert sind (sog. Wundzentren), erfolgen können. Zudem werden wir eine Legaldefinition von Verbandmitteln einführen. In der Vergangenheit haben Hersteller ihre Produkte zunehmend als Verbandmittel klassifiziert, um damit für diese eine generelle Verordnungsfähigkeit zu erreichen. Dabei bestehen berechtigte Zweifel, dass es sich bei den Produkten immer tatsächlich um Verbandmittel handelt. Mangels einer Legaldefinition für Verbandmittel war diesem Verhalten aber nicht beizukommen. Dies ändert sich nun, so dass es möglich sein wird, bestimmte Produkte von der Verordnungsfähigkeit zunächst auszuschließen. Diese müssen sich dann dem Antragsverfahren, das für arzneimittelähnliche Medizinprodukte gilt, unterziehen und ihre Wirksamkeit belegen. Dies wird wiederum die Versorgung verbessern.

Es gibt in Deutschland auf vielen Ebenen unterschiedliche Ansätze und gute Ideen, die Versorgung von chronischen Wunden zu verbessern. Gute Konzepte müssen in die Regelversorgung übernommen wer-

den, damit die betroffenen Personen in der Fläche davon profitieren können und wir am Ende eine verbesserte Wundversorgung für alle haben werden.

© gpk

# Wie wickelt Deutschland?

## Qualität und Umfang leitliniengerechter Kompressionstherapie

Von Kerstin Protz und Dr. Kristina Heyer

### Hintergrund

Das Ulcus cruris venosum (UCV) ist mit einem Anteil von 57 bis 80 Prozent die häufigste Form des Ulcus cruris [1]. Das UCV stellt die schwerste Form der chronisch venösen Insuffizienz (CVI) dar und betrifft 0,7 Prozent der deutschen Bevölkerung [1, 2]. Der Fokus der Therapie liegt auf einer Reduktion der Druck- und Volumenüberlastung im Venensystem. Eine Kompressionstherapie bewirkt eine dauerhafte Steigerung des venösen Rückflusses in Richtung des Herzens. Sie ist eine wichtige Säule in der Therapie des UCV, denn ohne Kompressionstherapie ist die Chance für den Heilungserfolg signifikant geringer. Diese Versorgungsform basiert auf der Kenntnis der adäquaten Materialien und der Befähigung der Versorger, diese den Therapievorgaben entsprechend anzuwenden.

Vor diesem Hintergrund ermittelte eine bundesweite Studie im Rahmen von Fortbildungen zur Kompressionstherapie den vorhandenen Wissensstand zu diesem Themenbereich auf Seiten der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorger in Deutschland und untersuchte deren praktische Fähigkeiten in der Ausführung einer Kompressionsbandagierung [3]. Die untersuchten und publizierten Ergebnisse der hierbei erfassten 891 Versorger wurden um 452

weitere Datensätze ergänzt und neu ausgewertet. Von November 2011 bis Oktober 2015 wurden mittels standardisierter Fragen Kenntnisse im Querschnitt und die praktischen Fähigkeiten der Teilnehmer bei Anlage einer Kompressionsbandagierung nach modifizierter Sigg-Technik in einem Druckwertbereich von 50 bis 60 mmHg erfasst.

Nationale und internationale Leitlinien empfehlen einen Kompressionsverband mit einem hohen bzw. starken Druck anzulegen [1, 4, 5]. Laut internationalem Konsens

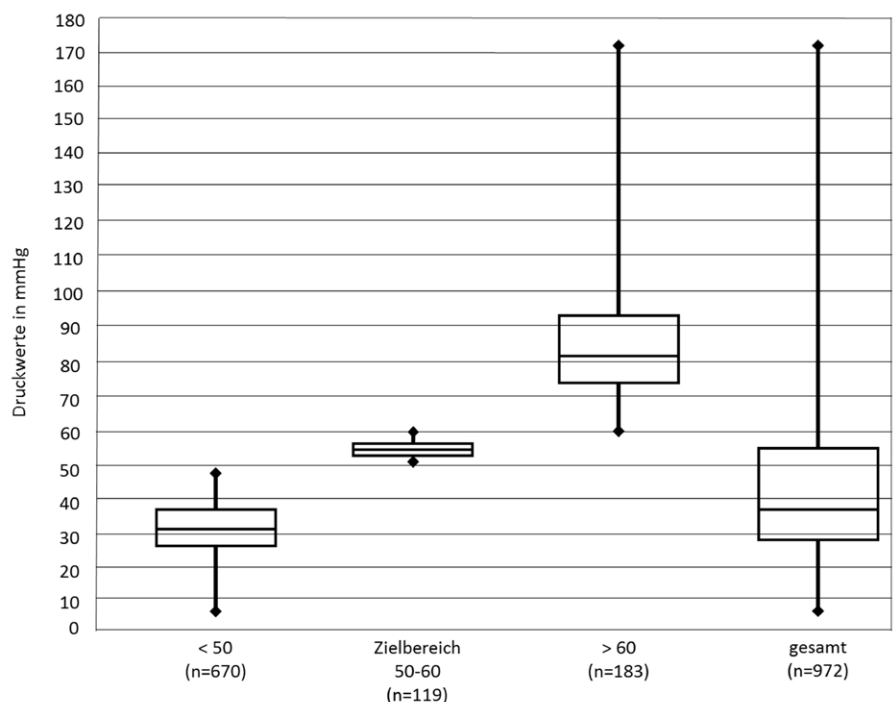


Abbildung: Ruhedruck bei Bandagierung nach Sigg mit Kurzzugbinden (n = 972)

werden folgende Kompressionsdruckwerte empfohlen: Leicht (<20 mmHg), mittelstark (≥20–40 mmHg), stark (≥40–60 mmHg) und sehr stark (>60 mmHg) [6, 7].

Kompressionsbandagierungen mit Kurzzugbinden weisen innerhalb kurzer Zeit einen erheblichen Druckabfall auf [8, 9]. Um eine starke Kompression zu gewährleisten, sollten die Teilnehmer daher einen Druck zwischen 50 und 60 mmHg erzielen. Während eine adäquat ausgeführte Kompressionstherapie die Lebensqualität fördern kann, haben schlecht ausgeführte Bandagierungen einen geringen oder keinen Nutzen sowie zudem negative Effekte auf den Patienten [10].

## Ergebnisse

Insgesamt nahmen 1.343 Versorger, davon 0,4 Prozent Physiotherapeuten, 3,6 Prozent Ärzte, 4,8 Prozent medizinische Fachangestellte und 91,2 Prozent Pflegefachkräfte (davon 47,3 Prozent ambulante Pflege, 28 Prozent klinische und 15,9 Prozent stationäre Altenpflege), an dem Querschnittssurvey teil. Die Ergebnisse zur Kenntnis von Ulkus-Strumpfsystemen, Mehrkomponentensystemen und Unterpolsterung zeigten, dass eine Mehrheit von 86,2 bis 89,2 Prozent der Teilnehmer keine dieser Versorgungen kannte. Mit 10,8 Prozent hat nur eine geringe Anzahl in der Ausbildung gelernt, eine Kompressionsbandagierung zu unterpolstern.

Von den 1.343 Teilnehmern führten 972 Bandagierungen mit Kurzzugbinden nach der modifizierten Sigg-Technik durch. Der Vorgabe, einen therapierelevanten Druckwert, der im Bereich 50 bis 60 mmHg liegt, zu erreichen, wurden nur 12,2 Prozent der Teilnehmer gerecht. Die große Mehrheit von 68,9 Prozent lag unterhalb der Vorgaben (<50 mmHg). Insgesamt wurden Druckwerte zwischen 6 und 173 mmHg erreicht (siehe Abbildung).

## Fazit

Diese Arbeit weist auf eine Kluft zwischen den wissenschaftlichen Erkenntnissen und der tatsächlichen

Versorgungspraxis hin. Einem Großteil der Teilnehmer waren die zeitgemäßen Versorgungsmöglichkeiten in der Kompressionstherapie nicht bekannt. Zudem bestehen bezüglich der Ausführung von Kompressionsbandagierungen Defizite. Die Verwendung von Messinstrumenten bei Schulungen gilt als praktikable Möglichkeit, das Erzielen von vorgegebenen Druckwerten zu trainieren [11, 12]. Weiterführende Schulungen und beständiges Üben, auch mit nicht vertrauten Materialien, sind ein mögliches Mittel, die Versorgungsqualität zum Wohle der Patienten zu verbessern.

© gpk

## Literatur

- [1] Protz K, Heyer K, Dörler M et al. Kompressionstherapie – Kenntnisse und Anwendungspraxis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2014; 12(9): 794-802.
- [2] Deutsche Gesellschaft für Phlebologie. Leitlinie zu Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 037/009, Entwicklungsstufe 3, 2008.
- [3] Rabe E, Pannier-Fischer F, Bromen K et al. Bonner Venenstudie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie: Epidemiologische Untersuchung zur Häufigkeit und Ausprägung von chronischen Venenkrankheiten in der städtischen und ländlichen Wohnbevölkerung. *Phlebologie* 2003; 23: 1-14.
- [4] Haute Autorité de Santé (HAS). Clinical practice guidelines: Managing venous leg ulcers (excluding dressing). Saint-Denis La Plaine, Haute Autorité de Santé, 2006.
- [5] Robson MC, Cooper DM, Aslam R et al. Guidelines for the treatment of venous leg ulcers. *Wound Repair Regen* 2006; 14(6): 649-62.
- [6] Partsch H, Clark M, Mosti G et al. Classification of compression bandages: practical aspects. *Dermatol Surg* 2008; 34(5): 600-9.
- [7] World of Wound Healing Societies (WUWHS). Konsensusdokument – Kompression beim venösen Ulcus cruris. Medical Education Partnership, London, 2008.
- [8] Keller A, Müller ML, Calow T et al. Bandage pressure measurement and training: simple interventions to improve efficiency in compression bandaging. *Int Wound J* 2009; 6(5): 324-30.
- [9] Larsen AM, Futtrup I. Watch the pressure – it drops. *EWMA Journal* 2004; 4(2): 8-12.
- [10] Moffatt C. Variability of pressure provided by sustained compression. *Int Wound J* 2008; 5: 259-65.
- [11] Partsch H, Clark M, Bassez S et al. Measurement of lower leg compression in vivo: Recommendations for the performance of measurements of interface pressure and stiffness. *Dermatol Surg* 2006; 32(2): 224-32.
- [12] Partsch H, Mosti G. Comparison of three portable instruments to measure compression pressure. *Int Angiol* 2010; 29: 426-30.

# Etablierung hospitaler Standards

## Das Beispiel „Wundfibel“

Von PD Dr. Katharina Herberger

Die Versorgung chronischer Wunden erfordert aufgrund der unterschiedlichen Genese der Wunden und der Diversität der Begleiterkrankungen eine interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit [1]. Die moderne Wundversorgung sollte den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin folgen und somit auf den aktuell verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren. Voraussetzung für eine gleichmäßig und gleichbleibend gute Versorgung in einem großen Krankenhaus ist die Implementierung von Standards in der Versorgung. Die Standards werden von den Experten der verschiedenen Fachbereiche und Berufsgruppen unter Berücksichtigung der Leitlinien entwickelt und allen beteiligten Berufsgruppen zugänglich gemacht. Da davon auszugehen ist, dass die jeweiligen Experten bereits leitliniengerecht versorgen, ist ein institutionsspezifischer Versorgungsstandard insbesondere für die Verbreitung und Vereinheitlichung der bestmöglichen Versorgung gedacht.

In den letzten Jahren hat sich an verschiedenen Krankenhäusern in Deutschland die Einführung von Wundstandards in Form einer „Wundfibel“ bewährt. Die „Wundfibel“ fasst die Standards in der Diagnostik und Therapie chronischer Wunden zusammen, sie dient der Verbesserung der täglichen Versorgung am Patienten ebenso wie der Ausbildung des medizinischen Nachwuchses. Darüber hinaus bietet sie eine Plattform für eine fachübergreifende Diskussionskultur im Krankenhaus. Der entscheidende Unterschied zu ärztlichen Leitlinien oder pflegerischen Behandlungsstandards ist hierbei, dass regionale oder institutionsspezifische Versorgungsbesonderheiten berücksichtigt werden können, welche in national geltenden Standards keine Berücksichtigung finden. So ist eine „Wundfibel“ durch eine große Praxisnähe gekennzeichnet.

Das Comprehensive Wound Center (CWC), ein universitäres Zentrum für chronische Wunden am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), weist eine herausragende Expertise in der Behandlung akuter und chronischer Wunden auf. Das Spektrum der zu versorgenden Wunden ist sehr heterogen, entsprechend finden sich im UKE Experten aus Ärzteschaft und Pflege

in verschiedenen Abteilungen und Bereichen, die sich dieser oft sehr komplexen Problemwunden annehmen. Im Vordergrund steht dabei die sachgerechte und frühe Diagnostik, die Wahl der optimierten Therapieverfahren und nicht zuletzt eine patientengerechte und patientenzentrierte Gesamtversorgung. Im Jahr 2008 wurde erstmals eine für das gesamte UKE geltende „Wundfibel“ erstellt, welche für die Qualitätssicherung, der eine stetige Verbesserung der Wundbehandlung, aber auch für die Vermittlung aktuellen Wissens über die Wundversorgung an andere Abteilungen von Nutzen ist.

Um die Behandlungsempfehlungen auf dem neuesten Stand zu halten, wurde diese „Wundfibel“ bereits zweimal, 2011 und 2015, vollständig überarbeitet. Die Implementierung des Wundstandards erfolgt auf verschiedenen Ebenen, die „Wundfibel“ wird in gedruckter Form allen Abteilungen zur Verfügung gestellt, sodass auf jeder Station „Wundfibern“ im täglichen Gebrauch verfügbar sind. Darüber hinaus ist sie im Intranet des UKE im Qualitätsmanagement-Handbuch hinterlegt. Für die Aus- und Weiterbildung aller Berufsgruppen ist die „Wundfibel“ Basis in der Akademie für Bildung und Karriere und wird den Kursteilnehmern ausgehändigt.

Die „Wundfibel“ gehört zu einem Wundversorgungskonzept am UKE, welches neben der Erarbeitung von Behandlungsstandards die Wundkommission als zentrales Planungs- und Steuerungsorgan und das Comprehensive Wound Center als interdisziplinäre Versorgungseinheit beinhaltet. Die Implementierung der „Wundfibel“ wird vom UKE-Qualitätsmanagement begleitet. Sowohl die Erstellung des Wundbehandlungsstandards am UKE wie auch der tägliche Gebrauch haben zu einer Verbesserung der fachübergreifenden Zusammenarbeit in den Abteilungen geführt, die „Wundfibel“ dient damit der Fort- und Weiterbildung ebenso wie einer verbesserten Wundversorgung.

© gpk

### Literatur

[1] Gottrup F. A specialized wound-healing center concept: importance of a multidisciplinary department structure and surgical treatment facilities in the treatment of chronic wounds. *Am J Surg* 2004; 187(5A): 38S-43S.

# Die Bundeskonsensuskonferenz zu Wunden

**Ziel: Qualität durch Standards bei Ergebnismessung und Nutzenbewertung**

**Von Prof. Dr. Matthias Augustin, Prof. Dr. Eike Sebastian Debus und Prof. Dr. Jochen Schmitt**

In vielen Bereichen der Medizin konnte die Versorgung erfolgreich verbessert werden, indem Standards der Ergebnismessung und der Dokumentation eingeführt wurden. Mit diesen Standards ist es möglich, Qualitätskontrollen in den Einrichtungen und zwischen verschiedenen Versorgern durchzuführen. Es hat sich gezeigt, dass unter Einsatz dieser Qualitätsabgleiche die Versorgung insgesamt verbessert wird. Ein weiterer Vorteil von Messstandards liegt darin, dass in die Routinetherapie Behandlungsziele eingeführt und kontrolliert werden können, um damit eine stringenteren Versorgung zu erreichen.

## Qualität durch Standards

Schließlich ermöglicht die Nutzung von Dokumentations- und Messstandards eine lückenlose Umsetzung und Prüfung leitliniengerechter Versorgung. Diese ist angesichts der hohen Komplexität chronischer Wunden [1 - 3] und deren Versorgung von besonderer Bedeutung. Insbesondere in der strukturierten Versorgung im Zuge von Versorgungsverträgen [4] und in weiteren vernetzten Versorgungsformen [5] ist der Einsatz harmonisierter Dokumentations- und Messstandards essenziell. Europaweit wurde dies sowie die Entwicklung von Qualitätsindikatoren [6] als zukünftige Aufgabe der Versorgung benannt [7]. Nur in wenigen Ländern stehen dafür – wie in Deutschland – genügend und robuste Routinedaten zur Verfügung [8]. Auch in der Forschung ist die Wahrung von Standards der Ergebnisparameter notwendig, aber nur partiell verwirklicht [9]. Schließlich ist die nötige gesundheitsökonomische Evaluation der Versorgungspraxis zwischen verschiedenen Einrichtungen im Grunde nur bei Einsatz vergleichbarer Parameter möglich [10, 11]. Dies gilt auch für die

notwendige Messung patientenberichteter Nutzen [12, 13].

## Entwicklung einer Konsenslösung

Vor dem Hintergrund dieser multiplen Nutzen wurde auch im Bereich der Versorgung chronischer Wunden eine bundesweite, ständige Kommission eingesetzt, die sich mit der Entwicklung entsprechender Kriterien zur Ergebnismessung und Nutzenbewertung bei chronischen Wunden befasst.

Die Konsensbildung erfolgte unter Beteiligung und Einladung einer Vielzahl wissenschaftlicher Gesellschaften, Berufsverbänden, Organisationen der Pflege, Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherungen sowie des Bundesministeriums für Gesundheit (siehe Abbildung 1). Mit Hilfe dieses breiten Spektrums an Akteuren der Versorgung chronischer Wunden konnte zwischen 2013 und 2016 in insgesamt neun Bundeskonsensuskonferenzen ein großes Quantum an Standards entwickelt und publiziert werden.

Diese Standards betreffen in der ersten Phase das Ulcus cruris, in den nachfolgenden Perioden dann weitere schwer heilende chronische Wunden. Sie be-



Abbildung 1: Teilnehmerfeld der Bundeskonsensuskonferenzen

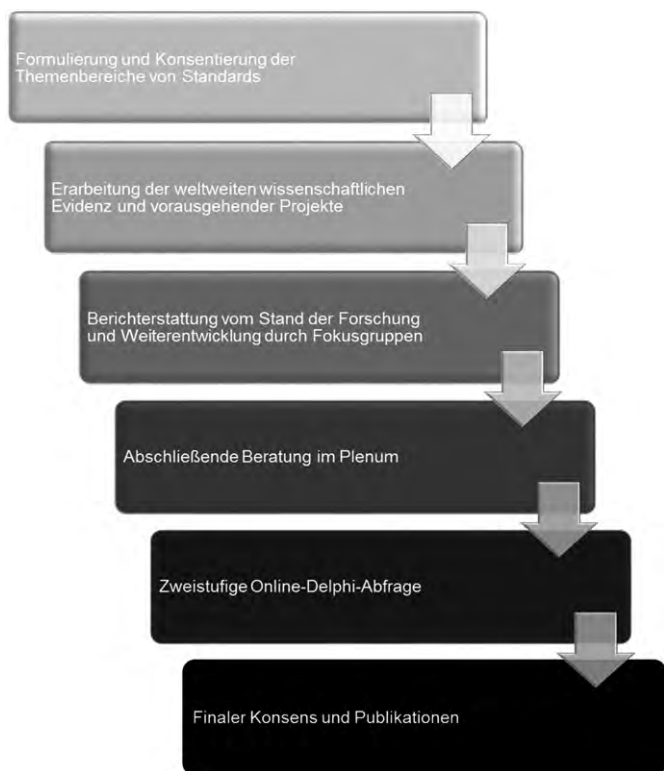


Abbildung 2: Methodik der Entscheidungsfindung der Standards

trachten dabei das gesamte komplexe Umfeld der Wundversorgung und beziehen sich sowohl auf die Routineversorgung wie auch auf die Evaluation von Selektivverträgen, die Versorgungsforschung sowie die klinische Forschung. Einbezogen sind Endpunkte zu klinischen Parametern, patientenrelevanten Outcomes sowie allgemeinen Outcomes der Versorgungsqualität und der Gesundheitsökonomie. Zielsetzung dieser Dokumentations- und Ergebnisstandards ist die Verbesserung der Entscheidungsfindung in der klinischen Versorgung, in Zulassungsvorgängen, der Versorgungsgestaltung sowie der Vergütung und Regierung von Selektivverträgen.

Das methodische Vorgehen in den Bundeskonsensuskonferenzen beruht auf sechs einzelnen Schritten (siehe Abbildung 2).

### Standard zur Dokumentation

Es war der zentrale Ansatz, einen minimalen und einen Standarddatensatz zu konsentieren. Der minimale Datensatz ist als Kerndatensatz in der Wunddokumentation aller versorgenden Einrichtungen vorgesehen. Der Standarddatensatz hat Empfeh-

lungscharakter und geht über den Minimumdatensatz hinaus. Er wird den wundspezialisierten Einrichtungen empfohlen.

Anliegen der Bundeskonsensuskonferenz war es dabei, nicht nur die Dokumentationsparameter zu beschließen, sondern auch deren Ausprägung und Messung zu vereinheitlichen.

Der minimale Datensatz für Ulcus cruris umfasst in konsentierter Fassung 23 Parameter aus 7 Bereichen, der Standarddatensatz 41 Parameter aus 8 Bereichen (vgl. Abbildung 3).

Inzwischen wurden auch die Evaluationskriterien für Selektivverträge, Registerforschung und klinische Forschung verfasst, ferner Empfehlungen zur gesundheitsökologischen Bewertung sowie zur Evaluation von Selektivverträgen. Kernthema der aktuellen Diskussion ist die Erarbeitung von Kriterien zur Best-Practice-Analyse von Sekundärdaten, insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherungen.

### Implementierung

Die Konsensusergebnisse werden laufend in den wundbezogenen Zeitschriften publiziert und in den

Standard	Minimaler Datensatz (MDS)	Standard Datensatz (SDS)
1. Stammdaten (I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII)		
1.1. Geschlecht		
1.2. Familienstand		
1.3. Berufstätigkeit		
1.4. PLZ		
1.5. Familienstand		
1.6. Schulbildung		
1.7. Berufstätigkeit		
1.8. Familienstand		
1.9. Schulbildung		
1.10. Berufstätigkeit		
2. Wundcharakteristika und -messung		
2.1. Größe/Circumferenz		
2.2. Ulcus-relevante Begleiterkrankungen		
2.3. Ulcus-relevante Medikamentenannehme		
2.4. Ernährungszustand		
3. Wundstadium		
3.1. Wundstadium		
3.2. Wundart		
3.3. Wundlokalisation		
3.4. Wunddauer der Zirkuläre (aktuelles Ulcus)		
3.5. Wunddauer		
4. Wundstadium		
4.1. Standardisierte Fotodokumentation		
4.2. Wundgrund		
4.3. Granulation		
4.4. Epithelisierung		
4.5. Exsudatmenge		
4.6. Beschaffenheit des Exsudats		
4.7. Wundgröße (HxAbbildung)		
4.8. Wundrand/Hautumgebung		
4.9. Zeichen der lokalen Wundinfektion		
4.10. Geruch		
4.11. Wundschmerz VW (letzte 7 Tage)		
4.12. Wundschmerz RW (letzte 7 Tage)		
4.13. Wundschmerz RW (letzte 7 Tage)		
4.14. Wundschmerz RW (letzte 7 Tage)		
5. Diätenergebnisse		
5.1. Gehstreckenverminderung		

Abbildung 3: Ausschnitt aus dem Konsensus für die Dokumentation des Ulcus cruris als Minimaler (MDS) und Standard Datensatz (SDS)

entsprechenden Fachgesellschaften implementiert. Eine weitere Bekanntmachung erfolgt über den Deutschen Wundrat und über die beteiligten Gremien, darunter die wundversorgenden Gesellschaften und die gesetzlichen Krankenversicherungen.

© gpk

#### Literatur

- [1] Augustin M, Debus ES (Hrsgg.). Moderne Wundversorgung – im Spannungsfeld zwischen Qualitätsanspruch, Zuständigkeiten und Sparzwang. Band 2. Bonn: Beta Verlag 2011.
- [2] European Wound Management Association (EWMA). Position document: Hard-to-healwounds: A holistic approach. London, MEP; 2008.ewma.org/fileadmin/user\_upload/EWMA/pdf/Position\_Documents/2008/English\_EWMA\_Hard2Heal\_2008.pdf (abgerufen am: 30. August 2016).
- [3] Augustin M, Debus ES (Hrsgg.). Moderne Wundversorgung – im Spannungsfeld zwischen Qualitätsanspruch, Zuständigkeiten und Sparzwang. Band 1. Wiesbaden: mhp Verlag 2009.
- [4] Goepel L, Heyer K, Herberger K et al. Selektivverträge zu chronischen Wunden – aktueller Stand in Deutschland. Gefäßchirurgie 2015; 20: 18-24.
- [5] Goepel L, Herberger K, Debus ES et al. Wundnetze in Deutschland: Struktur, Funktionen und Ziele 2014 [Wound networks in Germany: Structure, functions and objectives 2014]. Hautarzt 2014; 65(11): 960-6.
- [6] Augustin M, Rustenbach SJ, Debus S et al. Quality of care in chronic leg ulcer in the community: Introduction of quality indicators and a scoring system. Dermatology 2011; 222 (4): 321-9.
- [7] Gottrup F, Apelqvist J, Price P. Outcomes in controlled and comparative studies on non-healing wounds: recommendations to improve the quality of evidence in wound management. European Wound Management association Patient Outcome Group. J Wound Care 2010; 19: 237-68.
- [8] Heyer K, Augustin M. Therapie chronischer Wunden – Schwerpunkt Ulcus cruris. In: Sauer K, Rothgang H, Glaeske G. BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2014. Berlin: Asgard 1. Verlagsservice GmbH 2014.
- [9] Heyer K, Augustin M, Protz K et al. Effectiveness of advanced versus conventional wound dressings on healing of chronic wounds – Systematic review and meta-analysis. Dermatology 2013; 226(2): 172-84.
- [10] Purwins S, Herberger K, Debus ES et al. Cost-of-illness of chronic leg ulcers in Germany. Int Wound J 2010; 7: 7-102.
- [11] Augustin M, Brocatti LK, Rustenbach SJ et al. Cost-of-illness of leg ulcers in the community. Int Wound J 2014; 11 (3): 283-92.
- [12] Blome C, Baade K, Debus ES et al. The „Wound-QoL“: A short questionnaire measuring quality of life in patients with chronic wounds based on three established disease-specific instruments. Wound Repair Regen 2014; 22(4): 504-14.
- [13] Augustin M, Mayer A, Goepel LM et al. Cumulative Life Course Impairment (CLCI): A new concept to characterize persistent patient burden in chronic wounds. Wound Medicine 2013; 1: 2-6.

# Chronische Wunden im Alter

## Eine besondere Herausforderung

### Von Dr. Thomas Wild

Die Behandlung von chronischen Wunden im Alter stellt eine besondere Herausforderung aus folgenden Gründen dar:

1. hohe Komorbiditätsrate
2. Mangelernährung
3. Reduzierte Regenerationsfähigkeit des Körpers
4. Medikamenteninteraktionen
5. Fragilität und Elastizitätsverlust der Haut
6. reduzierte Mobilität
7. finanzielle Notlagen
8. Isolation

Die einzelnen Faktoren überschneiden bzw. beeinflussen sich gegenseitig. Somit ist das benötigte Wissen in der Diagnostik, Anamnese und Therapie komplex. Im Vordergrund stehen Infektionsprophylaxe, Geruchs-, Schmerz- und Amputationsreduktion sowie die Patientenzufriedenheit, welche mit dem Patient-Benefit-Index (PBI) skalierbar ist [1].

Die Prävalenz von chronischen Wunden nimmt mit dem Alter zu. In einer aktuell veröffentlichten Studie der Forschungsgruppe für Primärmedizinische Versorgung (PMV) aus Köln wurde auf der Grundlage von Routinedaten der AOK Hessen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen aus dem Jahr 2012 aus der Gesamtheit der Versicherten in Hessen eine Zufallsstichprobe von 19 Prozent gezogen, was eine Zahl von 277.462 Versicherten ergab, die in der Studie analysiert wurden. Dabei zeigten sich folgende Prävalenzen (siehe Abbildung 1) und Wunddiagnosen (siehe Abbildung 2).



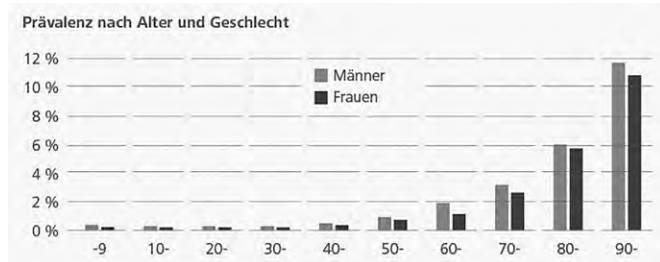


Abbildung 1: Prävalenzen von chronischen Wunden in Abhängigkeit vom Alter [2]

Die Ergebnisse basieren auf Sekundärdaten und haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da sie nicht zwingend die Realität (Gesamtprävalenz ca. 1 Prozent) widerspiegeln. Sekundärdaten erlauben eine Analyse der Behandlungsprävalenz, jedoch nicht der tatsächlichen Häufigkeit. Klinische Reflektionsdaten von 2,5 Millionen Einwohnern der Grafschaft Kent in Großbritannien beschreiben eine Prävalenz von 3,5 Prozent, wobei weitere 1,5 Prozent in komplexeren Diagnosen erscheinen. Die Daten sind insoweit plausibel, da die Patienten ausschließlich vom National Health Service versorgt werden [4].

Neben den Qualitätsindikatoren ist die Zeit bis zur vollständigen Abheilung sowohl aus gesundheitsökonomischer als auch medizinischer Sicht ein skalierbarer Endpunkt. Ein Konzept der AOK Sachsen-Anhalt zur Integrierten Versorgung (IV) konnte die mittlere Abheildauer beim Ulcus cruris von 566 Tagen auf 82 Tage reduzieren [5]. Dabei könnte Sachsen-Anhalt eine besondere Bedeutung zukommen, da es das Bundesland mit dem höchsten Altersdurchschnitt ist.

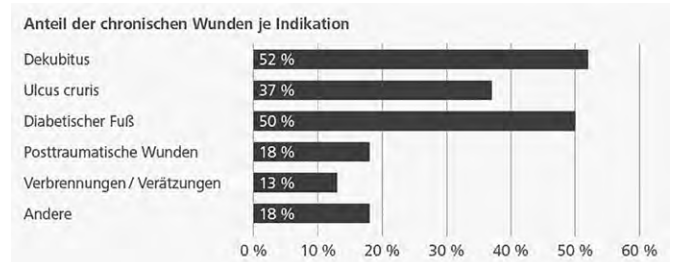


Abbildung 2: Prozentualer Anteil der Wunddiagnosen [3]

Aus den vorliegenden Daten lässt sich ein Optimierungspotenzial in der Behandlung von chronischen Wunden bei älteren Patienten erkennen und sollte in der Flächenversorgung mit Hilfe von spezialisierten Zentren umgesetzt werden.

© gpk

#### Literatur

- [1] Augustin M, Mayer G, Wild T. Challenges of aging skin: Care and therapy using the example of venous ulcers; *Hautarzt* 2016; 67(2): 160-8.
- [2] BVMed. Neue Versorgungsstudie zeigt Erfolge der modernen Wundversorgung. BVMed-Fachgespräch zur Wundversorgung. 44/16. [www.info-wundversorgung.de/iw-de/wundversorgung-aktuell/neue-versorgungsstudie-erfolge-der-modernen-wundversorgung](http://www.info-wundversorgung.de/iw-de/wundversorgung-aktuell/neue-versorgungsstudie-erfolge-der-modernen-wundversorgung) (abgerufen am 30. August 2016).
- [3] HARTMANN Online. Chronische Wunden: Neue Statistik zeigt aktuelle Zahlen. 2016. [www.hartmann.info/de-DE/Medizinisches-Wissen/Wunde/local/de/Statistik-chronische-Wunden](http://www.hartmann.info/de-DE/Medizinisches-Wissen/Wunde/local/de/Statistik-chronische-Wunden) (abgerufen am 30. August 2016).
- [4] Jhass P. How a targeted reduction in spend on wound care dressings was achieved without compromising quality of care and outcomes? *Wound Medicine* 2013; 1:33-6.
- [5] Hommel T. Neues Versorgungsprogramm. Damit Wunden schneller heilen; *Ärztezeitung* 2016; 9: 6.

# Lebensqualität: Messen und verbessern

## Nutzen und patientenberichtete Endpunkte bei chronischen Wunden

Von Dr. Rachel Sommer und PD Dr. Christine Blome

Zur Beurteilung des Nutzens einer medizinischen Maßnahme sollten patientenberichtete Endpunkte (patient-reported outcomes, PROs) eingesetzt werden. Patientenberichtete Endpunkte sind wichtig, um krankheitsbedingte Beeinträchtigungen aus Betroffenenperspektive zu verstehen und somit eine zielorientierte Therapie und eine Beurteilung des jeweiligen Therapieerfolgs (Nutzen) erzielen zu können. Das Institut

für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat in einem aktuellen Methodenpapier den therapeutischen Nutzen als patientenrelevanten Nutzen festgelegt [1]. Die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wird neben der Verminderung von Mortalität und Morbidität als patientenrelevanter Endpunkt medizinischer Maßnahmen verstanden und zunehmend eingesetzt und erfasst.

Chronische Wunden sind meist mit Einschränkungen der Lebensqualität verbunden. Die Erfassung patientenrelevanter Endpunkte bei Betroffenen ist daher besonders wichtig, um, basierend auf diesen Daten, die Lebensqualität bestmöglich zu verbessern.

### Messung der Lebensqualität und des Patientennutzens

Lebensqualitäts-Fragebogen und Fragebogen zur Erfassung des Patientennutzens gliedern sich in einzelne Items (Fragen), die verschiedenen Skalen zugeordnet und in einem Gesamtwert zusammengefasst werden können. Die Entwicklung dieser Messinstrumente beruht auf psychometrischen Gütekriterien der Validität, Reliabilität und der Sensitivität. Um diese zu prüfen, werden sowohl klassische testtheoretische Methoden als auch neuere Verfahren (z. B. Item-Response-Theorie) angewandt. Als Voraussetzung für ein psychometrisch getestetes Instrument gilt, dass es in der jeweiligen Sprache an einer größeren Stichprobe von Patienten eingesetzt worden ist und die erforderlichen testtheoretischen Gütekriterien geprüft worden sind [2].

### Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität bei Patienten mit Wunden

Der Konsensus der „European Wound Management Association“ (EWMA) sowie der „Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ empfiehlt explizit den Einsatz von PROs in der Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden sowie die darauf basierende Abstimmung der Versorgung [3, 4].

Für die Erfassung der krankheitsspezifischen Lebensqualität, die die besonderen Beeinträchtigungen durch eine bestimmte Erkrankung beschreibt und den Patientennutzen bei Menschen mit Wunden, liegen verschiedene psychometrisch geprüfte Instrumente vor.

Maßgeblicher Standard ist der „Wound-QoL“ (vgl. Tabelle). Daneben zählen der „Freiburg Life-Quality Assessment-Wunden“ (FLQA-w), der „Cardiff Wound Impact Schedule“ (CWIS) und der „Würzburger Wundscore“ (WWS) zu den weiteren eingesetzten Instrumenten.

Die ersteren drei sind recht umfangreich mit beispielsweise bis zu 30 Items in sechs Skalen im FLQA-w. Die Items können auf einer Antwortskala von 1 = „gar nicht“ bis 5 = „sehr“ bewertet werden. Der CWIS ist mit 45 Items in drei Skalen der umfangreichste Fragebogen. Je nach Skala reichen die Antwortoptionen von 1 = „gar nicht“ bis 5 = „immer“ / „sehr“ / „stimme voll zu“.

Der WWS enthält keine Skalen, lediglich Items, auf Basis derer ein Gesamtwert zur Lebensqualität berechnet werden kann. Die Items können mit „nicht“, „wenig“, „mäßig“, „ziemlich“ und „sehr“ beantwortet werden. Alle Fragen beziehen sich spezifisch auf die Wunde des Patienten und decken folgende Themen ab: Schmerzen im Bereich der Wunde und beim Verbandwechsel, Einschränkung im täglichen Leben, soziale Isolation. Ergänzend zu diesen 17 Items werden zusätzlich die Notwendigkeit einer Gehhilfe und der tägliche zeitliche Aufwand der Wundversorgung abgefragt.

Aufgrund des großen Umfangs dieser drei Lebensqualitäts-Fragebogen und dem damit verbundenen

Messinstrument	Anzahl der Items	Skalen	Referenzdaten	Autoren
Wound-QoL*	17	Körper, Psyche, Alltagsleben	ja	Blome C et al. (2014) [5]
Freiburg Life-Quality Assessment-Wunden (FLQA-w)	30	physische Beschwerden, Alltagsleben, Sozialleben, psychisches Befinden, Zufriedenheit, Therapie	ja	Augustin M et al. (2010) [6]
Cardiff Wound Impact Schedule (CWIS)	47	körperliche Beschwerden und tägliches Leben, Sozialleben, Wohlbefinden	ja	Acquadro C et al. (2004) [7]
Würzburger Wundscore (WWS)	19	(keine)	ja	Spech E et al. (2003) [8]

Tabelle: Krankheitsspezifische Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität; \* empfohlener Standard

hohen Aufwand für die Betroffenen sowie fehlender Skalen beim WWS wurde auf Basis dieser drei Instrumente der „Wound-QoL“-Fragebogen entwickelt. Der Wound-QoL ist ein valides Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Patienten mit chronischen Wunden, insbesondere Beinwunden. Insgesamt 17 Items können auf einer fünfstufigen Antwortskala („gar nicht“, „etwas“, „mittelmäßig“, „ziemlich“, „sehr“) bewertet werden. Die Items werden den drei Skalen „Körper“, „Psyche“ und „Alltagsleben“ zugeordnet. Der Gesamtwert sowie die drei Subskalen können Werte im Bereich von 0 bis 4 annehmen, wobei höhere Werte eine größere Einschränkung der Lebensqualität beschreiben. Die Praxishilfe „WoundAct“ [9] rundet den Entscheidungsprozess bei spezifischen Problemfeldern ab.

### Instrumente zur Erfassung des Patientennutzens

Zusätzlich zu der Erfassung der Lebensqualität ist es wichtig, den therapeutischen Nutzen einer Behandlung aus Patientensicht zu erheben [10]. Patienten mit Wunden zeigen individuelle Bedürfnisse und Ziele hinsichtlich ihrer Therapie [11]. Eine entsprechende Erhebung mit einem validierten und standardisierten Instrument wie dem Patient-Benefit-Index (PBI) bietet daher Unterstützung im Rahmen des Wundmanagements. Neben der Standardversion des PBI (PBI-S) wurden bisher 23 weitere Versionen für verschiedene (Haut-)Erkrankungen, so auch Wunden (PBI-W), entwickelt und validiert. Der PBI besteht aus zwei einseitigen Fragebogen, die durch den Patienten vor und nach der Therapie ausgefüllt werden.

Der erste Fragebogen (Patient Needs Questionnaire) enthält eine Liste mit Behandlungszielen; der Patient soll diese Therapieziele hinsichtlich ihrer Wichtigkeit bewerten. Die Version für Wunden umfasst insgesamt 22 Therapieziele. Die fünfstufige Antwortskala reicht von „gar nicht“ bis „sehr“. Zusätzlich haben Patienten die Möglichkeit, ein Item mit „betrifft mich nicht“ zu beantworten. Mit Hilfe des zweiten Bogen (Patient Benefit Questionnaire) bewerten die Patienten die jeweilige Zielerreichung nach der Therapie. Auch hier erfolgt die Bewertung anhand der fünfstufigen Antwortskala von „gar nicht“ bis „sehr“. Zusätzlich haben Patienten auch hier die Möglichkeit „betrifft mich nicht“ anzukreuzen. Aus den Items beider Fragebogen wird der PBI – ein Gesamtnutzenwert – ermittelt [9]. Dieser reicht von 0 bis 4 (kein/maximal möglicher patientenrelevanter Nutzen).

Ein Vorteil des PBI gegenüber der üblichen Erfassung der Lebensqualität ist, dass dieser insbesondere geeignet ist, den subjektiv empfundenen, kausal der Therapie zugeschriebenen, patientenrelevanten Nutzen einer medizinischen Maßnahme zu erfassen [11]. Darüber hinaus ermöglichen die Informationen, die mittels des „Patient Needs Questionnaire“ erhoben werden können, ein besseres Verständnis hinsichtlich der Erwartungen und Bedürfnisse der Patienten an die Therapie. Der „Patient Needs Questionnaire“ kann somit auch eigenständig eingesetzt werden. Der PBI liegt neben der deutschen Version für den internationalen Einsatz in zahlreichen weiteren Sprachen (u. a. Französisch, Englisch, Spanisch) vor. Er ist in der Versorgungsforschung, in klinischen und gesundheitsökonomischen Studien einsetzbar.

Um patientenrelevante Endpunkte bei Menschen mit Wunden möglichst vollständig abbilden zu können, wird die Implementierung einer Kombination verschiedener Outcome-Parameter, einschließlich klinischer Daten, Lebensqualität und patientenrelevantem Nutzen, sowohl für die gesundheitsökonomische und klinische Forschung als auch für die klinische Praxis empfohlen. Der Einsatz von PROs trägt zu einer patientenorientierten Forschung und Versorgung, z. B. im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung hinsichtlich einer bestimmten Behandlung, bei und kann somit die Lebensqualität Betroffener verbessern.

© gpk

### Literatur

- [1] Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Allgemeine Methoden. Version 4.2 vom 22. April 2015. [www.iqwig.de/download/IQWiG\\_Methoden\\_Version\\_4-2.pdf](http://www.iqwig.de/download/IQWiG_Methoden_Version_4-2.pdf) (abgerufen am 30. August 2016).
- [2] Bullinger M. Zur Messbarkeit von Lebensqualität. In: Kovacs L, Kipke R, Lutz R (Hrsgg.) Lebensqualität in der Medizin. Wiesbaden: Springer 2016.
- [3] Gottrup F, Apelqvist J, Price P. Outcomes in controlled and comparative studies on non-healing wounds: recommendations to improve the quality of evidence in wound management. European Wounds Management Association Patient Outcome Group. J Wound Care 2010; 19: 237-68.
- [4] Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. 2009. <http://www.dnqp.de> (abgerufen am 30. August 2016).
- [5] Blome C, Baade K, Debus ES et al. The 'Wound-QoL': a short questionnaire measuring quality of life in patients with chronic wounds based on three established disease-specific instruments. Wound Repair Regen 2014; 22(4): 504-14.
- [6] Augustin M, Herberger K, Rustenbach SJ et al. Quality of life evaluation in wounds: validation of the Freiburg Life Quality Assessment- wound module, a disease-specific instrument. Int Wound J 2010; 7: 493-501.

[7] Acquadro C, Price P, Wollina U. Linguistic validation of the Cardiff Wound Impact Schedule into French, German and US English. *J Wound Care* 2005; 14: 14-7.

[8] Spech E, Faller H, Franke A et al. Der Würzburger Wundscore (WWS): Ein neuer Lebensqualitätsfragebogen. *Zeitschrift für Wundheilung* 2003; 8: 40-2.

[9] Augustin M, Baade K, Herberger K et al. Use of the Wound-QoL Instrument in Routine Practice. Feasibility, Validity and Development of an Implementation Tool. *Wound Medicine* 2014; 5: 4-8.

[10] Blome C, Augustin M. Evaluation des therapeutischen Nutzens aus Patientensicht: Der Patient Benefit Index (PBI) als Beispiel für zielorientierte Präferenz- und Outcome-Messung. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 2010; 15: 236-40.

[11] Augustin M, Blome C, Zschocke I et al. Benefit evaluation in the therapy of chronic wounds from the patients' perspective-development and validation of a new method. *Wound Repair Regen* 2012; 20: 8-14.

# Health Care of Chronic Wounds

## Die Internationale Betrachtung chronischer Wunden

Von PD Dr. Severin Läuchli

Schwer heilende Wunden sind verantwortlich für etwa 2 bis 4 Prozent der Gesundheitskosten in den meisten Ländern. Besonders in Zeiten mit zunehmendem Druck auf die Gesundheitsbudgets stellen sie somit eine beträchtliche Herausforderung für die weltweiten Gesundheitssysteme dar. Es muss erwartet werden, dass im Zusammenhang mit der zunehmenden Überalterung der Bevölkerung und der Zunahme von Zivilisationskrankheiten wie Diabetes mellitus [1-3] diese Zahlen noch weiter wachsen werden. Nichtsdestotrotz existieren weltweit in vielen Ländern noch keine adäquaten Strukturen für Wundmanagement nach evidenzbasierten Kriterien. International tätige Wundbehandlungsorganisationen wie die European Wound Management Association (EWMA) arbeiten zusammen mit nationalen Wundgesellschaften und anderen medizinischen Fachgesellschaften daran, diese Missstände international zu verbessern.

### Fehlen von spezialisierten Wundmanagern und standardisierten Strukturen für die Behandlung chronischer Wunden

Die Unterschiede in der Organisation der Gesundheitssysteme sind weltweit in Industrie- und Entwicklungsländern riesig. Sogar in Ländern, in denen der Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung für alle vorhanden ist, ist es keine Selbstverständlichkeit, dass Patienten mit chronischen Wunden von spezialisierten Fachkräften behandelt werden, die in der Lage sind, schwer heilende Wunden adäquat zu diagnostizieren und behandeln. Angesichts der oft sehr komplexen Ätiologie chronischer

Wunden und der zahlreichen damit verbundenen medizinischen Probleme ist dies weltweit eine der größten medizinischen Herausforderungen [4].

Diese Situation wird zum einen dadurch begünstigt, dass es keine international anerkannte Spezialisierung in Wundbehandlung für Ärzte und Pflegefachberufe gibt. Andererseits trägt das Fehlen von etablierten, multidisziplinären Teams aus Mitgliedern verschiedener Gesundheitsberufe (Gefäßchirurgen, Dermatologen, Endokrinologen, in Wundpflege spezialisierte Pflegefachkräfte, Physiotherapeuten etc.) zu diesem Missstand bei [5, 6]. Angesichts der fehlenden anerkannten Spezialisierung in Wundbehandlung gibt es große Unterschiede im Ausbildungsniveau verschiedener in Wundbehandlung tätiger Gesundheitsberufe, sowohl in Europa als auch weltweit [7].

Um die unterschiedlichen Ausbildungsstandards bei den ärztlichen Fachrichtungen, die sich mit Wundbehandlung befassen (wie Dermatologen, Endokrinologen, orthopädische und plastische Chirurgen) anzugehen, hat die EWMA im April 2015 ein einheitliches Curriculum für Wundbehandlung bei der UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) eingereicht. Ähnliche Bestrebungen sind im Gange, um ein einheitliches Curriculum in der undergraduate und postgraduate Ausbildung (Grund-/Aufbaustudium) von Pflegefachberufen zu erreichen.

Ein weiterer internationaler Trend in den Gesundheitssystemen ist der Transfer von Gesundheitsdienstleistungen von der stationären Pflege der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung mit dem Ziel, die Gesund-

heitskosten zu reduzieren und die Lebensqualität der Patienten zu erhöhen. Diese Entwicklung hat die Notwendigkeit klarer Behandlungspfade für Patienten mit chronischen Wunden nochmals verdeutlicht [8]. Zudem bedingt dies auch, dass die in den ambulanten Versorgungsstrukturen Tätigen eine adäquate Ausbildung erhalten müssen, um eine effektive Wundbehandlung erbringen zu können und dass die Kommunikation mit Wundbehandlungsexperten gewährleistet sein muss.

Ein möglicher Weg, dieses Ziel zu erreichen, ist die Unterstützung einer systematischen Umsetzung von evidenzbasierten Leitlinien für das Management der wichtigsten Arten von chronischen Wunden [9-11]. Es gibt jedoch bedeutende Hürden in der Umsetzung dieser Leitlinien, teils genereller Natur und teils spezifisch auf die Wundbehandlung bezogen. Diese Hürden unterscheiden sich von Land zu Land und von Region zu Region und beinhalten Faktoren wie Kostenerstattung und etablierte hierarchische Strukturen, sie müssen dementsprechend auf diese lokalen Faktoren bezogen angegangen werden [12].

Wundbehandlungsorganisationen, welche auf eine multidisziplinäre und evidenzbasierte Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden hinarbeiten, können hier eine wesentliche Unterstützung bieten. Beispiele dafür sind Publikationen wie „Managing Wounds as a Team“ [13], welche von drei der international einflussreichsten Organisationen in diesem Bereich (The Association for the Advancement of Wound Care (AAWC), Wounds Australia und EWMA) im Jahr 2014 erstellt wurden. Im gleichen Zeitraum wurden die Anforderungen an eine qualitativ hochwertige ambulante Krankenversorgung im Bereich chronischer Wunden definiert im Dokument „Home Care - Wound Care“, das durch die EWMA in Zusammenarbeit mit der deutschen Initiative Chronische Wunden (ICW) und der englischen Tissue Viability Society (TVS) erstellt wurde [8]. Ein weiteres Thema, welches international Beachtung findet, sind die Möglichkeiten, die durch den Gebrauch von E-Health-Dienstleistungen im Wundmanagement generiert werden [14].

### **Patientensicherheit – Prävention von schwer heilenden Wunden und Komplikationen**

Nebst dem Anliegen, das Wundmanagement zu verbessern, stellt auch die Patientensicherheit, insbesondere die Prävention von schwer heilenden Wunden und Komplikationen, eine wichtige Aufgabe dar.

Dekubituswunden sind ein vermeidbares, jedoch häufiges Problem. Die internationalen Prävalenzraten variieren von 8,8 bis 53,2 Prozent und die Inzidenzraten von 7,0 bis 71,6 Prozent [15]. Die Prävention von Dekubituswunden ist somit ein wichtiges Anliegen der Patientensicherheit, welches auch das Potenzial von signifikanten Kosteneinsparungen in sich birgt, wenn adäquate Präventionsmaßnahmen effektiv umgesetzt werden.

Ein weiteres Gebiet mit großem Verbesserungspotenzial für Patienten und der Möglichkeit von wesentlichen Kosteneinsparungen sind postoperative Wundinfektionen (surgical site infections, SSI). Die Inzidenz von SSI in der orthopädischen Chirurgie und Traumatologie variiert in Abhängigkeit von Patientencharakteristika und vom Risiko, das mit jedem Eingriff einhergeht. Postoperative Wundinfektionen treten im Allgemeinen in weniger als 1 Prozent der Eingriffe mit geringem Risiko auf, z. B. Gelenkersatzoperationen, während SSI in bis zu 15 Prozent der Hochrisikopatienten mit septischen Eingriffen auftreten (vorwiegend bei notfallmäßigen, traumatologischen Eingriffen) [16].

Obwohl das Thema Patientensicherheit in den letzten Jahren mehr Beachtung findet, unter anderem durch den Fokus auf dieses Thema in der EU-Kommission [17], gibt es in diesem Bereich noch viel zu tun. Im Falle der Dekubituswunden sind insuffiziente Präventionsmaßnahmen teils durch die fehlende Beachtung von evidenzbasierten Leitlinien und geeigneten Risikoerfassungsinstrumenten bedingt. Bei den postoperativen Wundinfektionen besteht die Herausforderung unter anderem in einer adäquaten Patientenüberwachung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Eine weitere Herausforderung in diesem Bereich ist die andauernde Kontroverse, wie das dringende Anliegen umgesetzt werden kann, den unnötigen Gebrauch von antimikrobiellen Substanzen in der Medizin generell zu reduzieren.

Auch im Bereich Patientensicherheit sind verschiedene internationale Aktivitäten durch Wundbehandlungsorganisationen im Gange. So haben z. B. die EWMA und das European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) gemeinsam eine Dekubitus-Präventionskampagne initiiert, welche sich in erster Linie an europäische und nationale Entscheidungsträger und Wundbehandlungsorganisationen richtet. Das Thema postoperative Wundinfektionen und antimikrobielle Resistenzen findet hoffentlich bald mehr internationale Beachtung durch die Publikation eines EWMA-

Dokuments über das Management von SSI in der stationären und ambulanten Wundbehandlung sowie durch das „Antimicrobial Stewardship Programme“ der EWMA und der British Society for Antimicrobial Chemotherapy (BSAC) [18, 19].

Während alle diese Aspekte in Ländern, die zumindest eine für die minimale Gesundheitsvorsorge ausreichende Infrastruktur haben, relevant sind, fehlen in einem großen Teil der Welt nach wie vor grundlegende Voraussetzungen für eine adäquate medizinische Behandlung. Gerade schwer heilende Wunden sind in diesem Teil der Welt ein großes Problem, wobei hier neben den chronischen Wunden, die durch die bekannten Zivilisationskrankheiten verursacht werden, auch infektiöse Ursachen im Vordergrund stehen. International tätige Organisationen wie die WAWLC (World Alliance for Wound and Lymphedema Care) leisten hier einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation, z. B. durch die Publikation eines Weißbuches in Zusammenarbeit mit der WHO mit Standards zur Wundbehandlung, die auch in einfachsten Verhältnissen umgesetzt werden können, oder durch die Etablierung eines grundlegenden Wundbehandlungssets, welches ermöglicht, dass in Ländern mit Ressourcenknappheit moderne Wundbehandlungsverfahren zu geringen Kosten zum Einsatz kommen können.

## Schlussfolgerungen

Schwer heilende Wunden müssen mit einem systematischen Ansatz sowie der Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Fachrichtungen und Berufe angegangen werden, aber dies ist international leider noch nicht selbstverständlich. Kontinuierliche Anstrengungen, die vorhandenen evidenzbasierten Best-Practice-Leitlinien für Wundmanagement und Prävention umzusetzen und die Erforschung von neuen Möglichkeiten der Wundbehandlung und der Organisation derselben, sind dringend notwendig. Primäre Ansatzpunkte für dieses Ziel sind der Einsatz von multidisziplinären Teams und die Anwendung von bekanntem Wissen, um diesen oft komplexen Patientensituationen gerecht zu werden.

© gpk

## Literatur

[1] Dale JJ, Callam MJ, Ruckley CV et al. Chronic ulcers of the leg: a study of prevalence in a Scottish community. *Health Bull* 1983; 41(6): 310-4.

[2] Posnett J, Gottrup F, Lundgren H et al. The resource impact of wounds on health-care providers in Europe. *J Wound Care* 2009; 18(4): 154-61.

[3] Hjort A, Gottrup F. Cost of wound treatment to increase significantly in Denmark over the next decade. *J Wound Care* 2010; 19(5): 173-84.

[4] Gottrup F. A specialized wound-healing center concepts: importance of a multidisciplinary department structure and surgical treatment facilities in the treatment of chronic wounds. *Am J Surg* 2004; 187: 38-43.

[5] Holland R, Battersby J, Harvey I et al. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. *Heart* 2005; 91: 899-906.

[6] Larsson J, Apelqvist J, Agardh CD et al. Decreasing incidence of major amputation in diabetic patients: a consequence of a multidisciplinary foot care team approach? *Diabet Med* 1995; 12: 9, 770-6.

[7] Ennis W J, Valdes W, Meneses P. Wound Care Specialization: A Proposal For A comprehensive fellowship program. *Wound Repair Regen*; 12 (2): 120-8.

[8] Probst S, Seppänen S, Gethin G et al. EWMA Document: Home Care – Wound Care. *J Wound Care* 2014; 23 (5 Suppl.): S1-S44.

[9] International Working Group on the Diabetic Foot. IWGDF Guidance on the management and prevention of foot problems in diabetes. 2015.iwgdf.org/guidelines/ (abgerufen am 30. August 2016).

[10] Prevention and treatment of pressure ulcers: Clinical Practice Guideline, Developed by the National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). 2014.international-pressure-ulcer-guidelines.myshopify.com/pages/frontpage (abgerufen am 30. August 2016).

[11] The Australian Wound Management Association Inc and the New Zealand Wound Care Society Inc. Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Venous Leg Ulcers. 2011. www.awma.com.au/publications/2011\_awma\_vlu\_guideline\_abridged.pdf (abgerufen am 30. August 2016).

[12] Franks PJ, Barker J, Collier M et al. Management of venous leg ulcer – Current challenges and best practice. *J Wound Care* 2016; 25(Suppl. 6): S1-67.

[13] Moore Z, Butcher G, Corbett LQ et al. AAWC, AWMA, EWMA Position Paper: Managing Wounds as a Team. *J Wound Care* 2014; 23 (Suppl. 5b): S1-38.

[14] Moore Z. EHealth in Wound Care – overview and key issues to consider before implementation. *J Wound Care* 2015; 24(5): S1-44.

[15] Moore Z, Cowman S and Conroy RM. A randomised controlled clinical trial of repositioning, using the 30 tilt, for the prevention of pressure ulcers. *J Clin Nurs* 2011; 20(17-18): 2633-44.

[16] Chauveaux D. Preventing surgical-site infections: measures other than antibiotics. *Orthop Traumatol Surg Res* 2015; 101(1 Suppl): S77-83.

[17] Committee on the Environment, Public Health and Food Safety. REPORT on the report from the Commission to the Council on the basis of Member States' reports on the implementation of the Council Recommendation (2009/C 151/01) on patient safety, including the prevention and control of healthcare-associated infections (2013/2022(INI)). 4. Oktober 2013. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A7-2013-0320+0+DOC+XML+V0//EN#title1> (abgerufen am 30. August 2016).

[18] Gottrup F. Wound certainties and Subtleties. Present problems in the use of local antimicrobial agents in non-healing wounds, *European Medical Hygiene (EMH)*. 2014.

[19] Gottrup F, Apelqvist J, Bjarnsholt T et al. EWMA Document: Antimicrobials and Non-healing Wounds – Evidence, Controversies and Suggestions. *J Wound Care* 2013; 22 (5 suppl.): S1-89. Erratum in: *J Wound Care* 2014; 23(8): 426.

# Die rechtlichen Aspekte

## Medizinische Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden

Von Michael Wüstefeld

### Ausgangssituation in der Praxis

Rechtliche Aspekte in der chronischen Wundversorgung zu benennen ist ebenso komplex wie die chronische Wundversorgung selbst. Dies beginnt bereits damit, dass es „die“ chronische Wundversorgung in der Praxis nicht gibt. Ist die Wunde frisch, erfordert dies eine akute Wundversorgung, besteht die Wunde schon seit langer Zeit und es liegt eine chronische Wundheilungsstörung vor, erfordert dies eine chronische Wundversorgung.

In der chronischen Wundversorgung ist die Art der Wunde entscheidend, denn je nach Beschaffenheit, Aussehen und Zustand der Wunde muss das passende Behandlungsregime ausgewählt werden. Dabei kommen die traditionelle, trockene Wundversorgung oder die moderne, feuchte Wundversorgung in Betracht. Für diese beiden Therapieformen steht eine fast unübersichtliche Menge an Wundprodukten zur Verfügung, die unterschiedlich hohe Verordnungskosten nach sich ziehen. In der Komplexität der Versorgungssituation kommt hinzu, dass sich nicht nur Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen mit der chronischen Wundversorgung beschäftigen, sondern auch andere, nichtärztliche Berufsgruppen involviert sind und man teilweise interdisziplinär zusammenarbeitet.

### Rechtlicher Rahmen

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die chronische Wundversorgung sind umfassend; es sollen nachfolgend nur einige wesentliche Aspekte angesprochen werden.

### Grundsätzliches zur Arzthaftung

Der behandelnde Arzt schuldet im Rahmen seiner Leistungserbringung nach § 277 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) dem Patienten gegenüber die erforderliche Sorgfalt. Diese Sorgfaltspflicht wird durch

die ärztliche Berufsordnung dahingehend präzisiert, dass er bei der Leistungserbringung den medizinischen Standard schuldet. Auch in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat der Arzt gemäß § 2 Absatz 1 SGB V im Rahmen der medizinischen Leistungserbringung grundsätzlich zu beachten, dass Qualität und Wirksamkeit seiner Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und der medizinische Fortschritt berücksichtigt wird. Damit entsprechen sich der zivilrechtliche und sozialrechtliche Haftungsmaßstab.

Dieser Haftungsmaßstab gilt nicht nur für die Diagnostik und Therapie der jeweiligen chronischen Wunde, sondern auch für die Verordnungen von Wundversorgungsprodukten. Hierbei hat der Arzt die Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften in der chronischen Wundversorgung zu berücksichtigen, denn nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH) in Arzthaftungssachen sind Leitlinien systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Leistungserbringer und Patienten zur angemessenen Vorgehensweise bei speziellen Gesundheitsproblemen (vgl. Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 15. Dezember 2015, AZ: IV ZR 557/15). Ein Abweichen des Arztes von den Leitlinien ist zwar rechtlich möglich, allerdings muss er die dafür relevanten patientenbezogenen Gründe entsprechend dokumentieren.

### Diagnosefehler und Behandlungsfehler

In der Versorgungspraxis ist festzustellen, dass sich die Behandlungsfehler überwiegend aus einer fehlenden oder unzureichenden Ursachenforschung der Wundentstehung sowie einer unzureichenden Diagnostik der Wunden ableiten lassen. Die Versorgungspraxis zeigt, dass es von der Erstanamnese bis zur korrekten Diagnosestellung bei der Wundversorgung mitunter Monate oder Jahre dauert. Zusätzlich bergen die zahlreichen in Betracht kommenden Untersuchungsoptionen Fehlerquellen in sich, die zu fehlerhaften Therapieentscheidungen führen können.

Ein großes Versorgungsdefizit besteht beispielsweise bei der Versorgung von Unterschenkelgeschwüren mit Kompressionsbandagen. Im Heil- und Hilfsmittelreport der BARMER GEK 2014 wird festgestellt, dass bundesweit nur rund 40 Prozent der Patienten mit Kompressionsbandagen versorgt werden, was dem Grunde nach einen schwerwiegenden Behandlungsfehler darstellt.

### **Vertragsarztrechtliche Haftungsgrundlagen**

Ergänzend zu dem vorgenannten zivil- und sozialrechtlichem Haftungsmaßstab kommen Normen und Verträge auf Bundes- und Landesebene hinzu, die der Versorgungssteuerung in der GKV dienen und damit auch für die Wundversorgung gelten. Gerade bei der Versorgung chronischer Wunden sind unterschiedlichste Rechtsgrundlagen durch den Arzt zu beachten. Dies gilt insbesondere für die Arzneimittel- und Verbandmittelvereinbarungen, die Sprechstundenbedarfsregelungen auf der jeweiligen Ebene der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), aber auch die Heilmittelrichtlinie sowie das Hilfsmittelverzeichnis. Dort wird unter anderem festgehalten, in welchem Umfang welche Wundversorgungsprodukte pro Patient und Quartal eingesetzt werden sollen. Dabei hat der Arzt die differenzierten Regelungen zur Erstattungsfähigkeit von Wundversorgungsprodukten zu beachten, denn die Erstattungsfähigkeit ist teilweise pauschal, mit Einschränkungen oder in gesonderten Positivlisten geregelt bis hin zum Ausschluss der Erstattungsfähigkeit mancher Wundversorgungsprodukte.

### **Verordnungsregress bei Nichteinhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes**

Im Rahmen der GKV schuldet der Arzt nicht nur den medizinischen Standard in Diagnostik und Therapie, sondern er hat die Leistungen und Verordnungen gleichzeitig unter Kostengesichtspunkten zu erbringen. Der Gesetzgeber hat dies über die Normierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes in § 12 SGB V im Gesetz verankert. Jeder Arzt hat das ihn verpflichtende Wirtschaftlichkeitsgebot (§§ 12 Abs. 1, 70 Abs. 1 Satz 2 SGB V) zu beachten. Der Begriff der Wirtschaftlichkeit im engeren Sinne fordert entsprechend dem Minimalprinzip mit dem geringstmöglichen Aufwand die erforderliche ausreichende und zweckmäßige Leistung, hier der Wundversorgung, zu erbringen. Dies bestätigt auch das Bundessozialgericht (BSG) in seinem

Beschluss vom 20. Mai 2015 (AZ: B 6 KA 18/14 R). Danach sind Vertragsärzte im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes verpflichtet, Kosten zu sparen.

Die Vertragspartner auf Landesebene vereinbaren je KV-Bereich für jede Facharztgruppe je Arzt ein Verordnungsvolumen für Arznei- und Verbandmittel pro Patient und Quartal, mit dem der Arzt möglichst auskommen soll. Der Gesetzgeber hat gleichzeitig in § 106 SGB V angeordnet, dass die Vertragspartner auf Landesebene die Ärzteschaft mittels der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei erbrachten Leistungen und Verordnungen regelhaft überprüfen sollen. Es wird also geprüft, ob der Arzt die für ihn in seinem KV-Gebiet geltenden Richtgrößen, also das Verordnungsbudget pro Patient und Quartal, überschritten oder mehr als der Durchschnitt seiner Fachgruppe verordnet hat und deshalb statistisch auffällig ist. Hier droht durch die Festsetzung eines Verordnungsregresses die Haftung des Arztes mit seinem Privatvermögen.

Verschärft wird dieses rechtliche Problem noch dadurch, dass es in der Regel weder in den Prüfvereinbarungen noch in den Vereinbarungen über Arzneimittel/Verbandsstoffe auf KV-Ebene differenzierte Regelungen zur Prüfung der Wundversorgung gibt. Man unterscheidet nicht zwischen den Versorgungs- und Kostenerfordernissen der einzelnen Wundarten oder Wundversorgungsarten. Zudem sorgen fehlende und unzureichend vorhandene Vergleiche zur Kosten-Nutzen-Relation bei den Wundprodukten immer für Auseinandersetzungen in Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

### **Kooperation mit Dritten**

Im Versorgungsalltag wird die Versorgung chronischer Wunden oft arbeitsteilig zwischen Arzt, Wundtherapeut, Wundmanager und Pflegekräften durchgeführt. Aus ärztlicher Sicht können sich hier vielschichtige Haftungsfragen ergeben. Auch wenn der Arzt in der Kooperation mit Dritten einer Produktauswahlempfehlung eines Wundtherapeuten etc. folgt, bleibt es gleichwohl seine Verordnungsentscheidung und er übernimmt damit die Haftung der damit verbundenen Kosten.

### **Fazit**

Die Versorgung chronischer Wunden ist eine komplexe Materie, die im Interesse des Patienten interdiszi-



plinär gestaltet werden muss. Die rechtlichen Rahmenbedingungen fördern diese Zielsetzung derzeit nur unzureichend. Insbesondere die Regressproblematik führt in der Versorgung chronischer Wunden in der Praxis dazu, dass sich viele Ärzte aus der Wund-

versorgung zurückziehen oder sich erst gar nicht intensiv damit beschäftigen. Der Gesetzgeber und die Vertragspartner sind dazu aufgerufen, die skizzierten Rahmenbedingungen zu verbessern.

© gpk

# Die Wundversorgung qualitativ dokumentieren

## Eine komplexe Aufgabe für Leistungserbringer und Industrie

Von Ann-Kristin Heucke und Norbert Matscheko

Als einer der führenden Medizinproduktehersteller unterstützt BSN medical die leitlinienkonforme Wundversorgung und deren Dokumentation, um die Qualität der Patientenversorgung durch den Leistungserbringer zu gewährleisten. In vielfältigen Fortbildungsangeboten unter anderem zur Wunddokumentation erreichte BSN medical allein im Jahr 2015 rund 14.000 Teilnehmer.

Eine gute Wunddokumentation unterstützt die Therapie und Pflege von Menschen mit chronischen Wunden maßgeblich, wobei die Verbesserung der Lebensqualität dieser Menschen im Vordergrund stehen sollte.

### Wachsende Bedeutung qualitativ hochwertiger Wunddokumentation

Der Anspruch an eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung bei zunehmendem Kostendruck führt zu wachsender Bedeutung einer adäquaten Wunddokumentation. Darüber hinaus verlangt das vermehrte Arbeiten in Netzwerken nach Dokumentationsinstrumenten, die alle beteiligten Akteure in den Versorgungsprozess einbeziehen. Auch der Patient und sein individuelles Krankheitsverständnis sollten in dieser Versorgungskette Beachtung finden und durch entsprechende Maßnahmen, die es zu dokumentieren gilt, gefördert werden.

Es gibt zahlreiche Ansätze der Wunddokumentation in Deutschland, die den komplexen Prozess der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden beschreiben. Sie stellen sich in Umfang und Erfassungskriterien sehr unterschiedlich dar. Meist steht

der Verbandwechsel im Mittelpunkt, und weitere Versorgungsmechanismen, wie z.B. die Begleittherapie und die Patientenedukation, werden nicht berücksichtigt.

Jedoch geben insbesondere zwei wichtige Veröffentlichungen Hilfestellung: Der Expertenstandard des Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [1] und die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. [2]. Beide schlagen verständliche, messbare Kriterien vor, die die Wundsituation und das medizinische und pflegerische Versorgungskonzept anschaulich abbilden.

Eine Befragung von Wundexperten der Initiative Chronische Wunden an der Bayerischen Pflegeakademie hat 2016 ergeben, dass bei den Wundversorgern jedoch nur wenige Dokumente zur Leistungserfassung

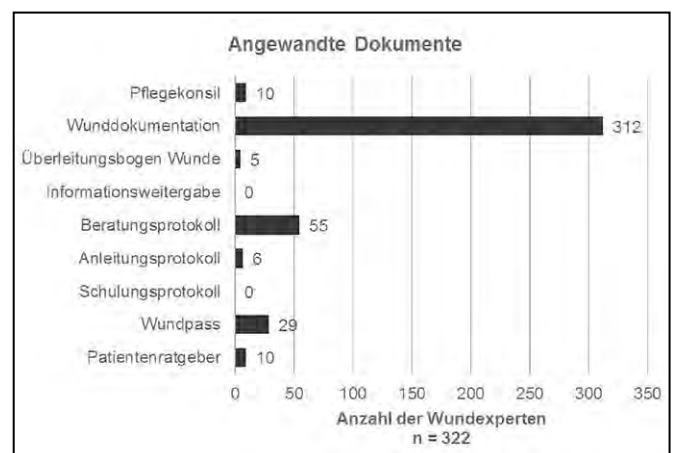


Abbildung: Befragung von Wundexperten zur Anwendung von Dokumenten zur Erfassung von Leistungskomplexen in der Wundversorgung an der Bayerischen Pflegeakademie 2016

im Wundmanagement angewandt werden. Nicht allen Wundexperten steht eine geeignete Wunddokumentation zur Verfügung, eine spezielle Entlassungsdokumentation wird nicht erstellt und Elemente der Patientenedukation werden nicht ausreichend dokumentiert (siehe Abbildung).

Eine umfassende Wunddokumentationsfamilie könnte den Akteuren im Versorgungsprozess helfen, wichtige Informationen umfassend und gut sortiert zu dokumentieren und dabei haftungsrechtliche Aspekte zu berücksichtigen.

### BSN medical unterstützt Kunden bei der Wunddokumentation

BSN medical unterstützt in diesem Engpass seine Kunden und stellt nach Bedarf eine vollständige Wunddokumentationsfamilie zur Verfügung, die den Versorgungsprozess unterstützt und neben den Behandlungsergebnissen alle erbrachten Leistungen und Begleitmaßnahmen dokumentiert (siehe Tabelle).

Das Pflegekonsil Wunde dokumentiert die gemeinsame Ersteinschätzung der Wunde durch die Pflegefachkraft und den pflegerischen Fachexperten. Es bildet die Grundlage für die Erstellung des Maßnahmenplans und die Zusammenarbeit weiterer Akteure zur Versorgung des Betroffenen [1]. Es überprüft die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen und dokumentiert gegebenenfalls Änderungen in der Maßnahmenplanung.

Expertenstandard	Dokumente
Ebene 1: Anamnese und Dokumentation	Pflegekonsil Wunde (Aufnahmedokumentation)
Ebene 2: Maßnahmenplanung	Wunddokumentationsbogen
Ebene 3: Intraprofessionelle Zusammenarbeit	Überleitungsbogen Wunde, Wundpass
Ebene 4: Edukation	Patientenedukationsbogen, Patientenratgeber
Ebene 5: Evaluation	Pflegekonsil Wunde (Rekonsil)

Tabelle: Wunddokumentationsfamilie der Firma BSN medical in Anlehnung an den Expertenstandard

Die Wunddokumentation ist Teil der Dokumentation im Rahmen des Behandlungs- bzw. Pflegevertrages. Sie umfasst das Erst-Assessment, den Heilungs- und den Therapieverlauf [2]. Sie ist Grundlage für eine koordinierte Therapie, garantiert die Nachweisbarkeit der geleisteten Tätigkeiten, macht so den Behandlungsprozess transparent und beugt Versorgungslücken vor [3]. Das Wundmonitoring ist die Überwachung der Wundheilung auf unerwünschte Wirkungen während einer Therapie [2]. Es erfolgt bei jedem Verbandwechsel und soll sicherstellen, dass eine den Wundheilungsverlauf oder die Gesundheit negativ beeinflussende Störung zügig erkannt wird und zu entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Konsequenzen führt.

Um den gesetzlichen und qualitativen Anforderungen des Entlassungsmanagements gerecht zu werden, kann dem Nachversorger ein Überleitungsbogen zur Verfügung gestellt werden. Dieser dokumentiert die Entlassung und gibt fachliche Hinweise zur weiteren Versorgung. Zusätzlich kann ein mit dem Patienten gemeinsam ausgestellter Wundpass (er fasst die Chronologie der Wunde inkl. Diagnostik übersichtlich zusammen) die Überleitung in ein neues Versorgungssystem erleichtern.

Die Patientenedukation geht der Frage nach, welches Wissen und Können Menschen oder deren Bezugspersonen benötigen, um im Alltag mit der Wunde umzugehen [4]. Sie beinhaltet alle Formen der Wissensvermittlung wie Information, Beratung, Anleitung und Schulung zur Förderung des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements.

Die Edukation beginnt mit der Informationsweitergabe durch die professionelle Edukationsperson gezielt zum Empfänger, in der Regel Patient oder Bezugsperson. Wichtiger Bestandteil ist die Beratung, ein ergebnisoffener dialoggeführter Prozess, in dem eine individuelle Problemlösung vorbereitet wird [4]. Zentrale Bestandteile sind das persönliche Wachstum und die Persönlichkeitsentwicklung. Es ist ein Angebot zur selbstständigen Entscheidungsfindung und Reflexion und erfolgt in einem zeitlich umschriebenen und begrenzten Prozess.

Selbstmanagementkompetenzen kann ein Patient durch gezielte Anleitung erreichen. Sie bedeutet die Vermittlung ergebnisorientierter Fertigkeiten und ist in Zusammenhang mit einzelnen, umschriebenen Handlungsabläufen zu sehen [4].

Die Schulung soll zu einer Verbesserung des Krankheitsverlaufes führen, eine Integration der chronischen Erkrankung in den Alltag ermöglichen und auf die Erhaltung der Lebensqualität ausgerichtet sein [1]. Die Themen werden in der Regel während des Beratungsgespräches ausgewählt. Der Betroffene muss Interesse haben, neue Sachverhalte zu entdecken und Lernprogramme auszuprobieren.

### **Gute Wunddokumentation ist standardisiert und dabei trotzdem individuell**

BSN medical bietet den Kunden mit dieser umfassenden Wunddokumentationsfamilie ein Instrument zur individuellen Entwicklung der Leistungserfassung an, die dem Verwender die Qualität der Leistungen sichert und transparent macht. Sie entbürokratisiert die Dokumentation in der Pflege, da nur bei Veränderungen der Sachverhalte (spätestens jedoch alle vier Wochen) eine Dokumentation erfolgen muss.

Die Dokumentation bietet den Anwendern Handlungssicherheit und rechtliche Absicherung, zudem können Therapiekosten reduziert werden. Der entscheidende Faktor ist jedoch die Erhaltung und Förderung des Wohlbefindens des Patienten und die damit verbundene Verbesserung seiner Lebensqualität durch anerkannte Prozesse, die aber immer die individuelle Lebenssituation berücksichtigen.

© gpk

---

#### **Literatur**

[1] Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. 1. Aktualisierung. 2015.

[2] Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. (DGfW). Lokalthherapie chronischer Wunden bei den Risiken CVI, PAVK und Diabetes mellitus. S3-Leitlinie 091-001. 2012.

[3] Protz K. Moderne Wundversorgung. 7. Auflage. München: Elsevier 2014.

[4] Panfil EM, Schröder G. Pflege des Menschen mit chronischen Wunden. 3. Auflage. Bern: Huber Verlag 2015.

## **Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung**

### **Chancen und Risiken für Wundpatienten aus Sicht eines forschenden Unternehmens**

**Von Dr. Patricia Wilken, Dr. Udo Möller und Dr. Wolfgang Walter**

Nach Heyer und Augustin (2014) wird die jährliche Belastung der Gesundheitssysteme zur Therapie von chronischen Wunden alleine in Deutschland auf insgesamt etwa 2 Mrd. EUR geschätzt. [1]

Da von chronischen Wunden überwiegend ältere Patienten betroffen sind, ist aufgrund der demographischen Entwicklung zu erwarten, dass diese Kosten weiter ansteigen werden.

Wunden werden nach Dissemond et al. (2016) [2] derzeit wie folgt definiert:

**Chronische Wunde:** „Eine Wunde, die nach 8 Wochen nicht abgeheilt ist, wird als chronisch bezeichnet. Unabhängig von dieser zeitlich orientierten Definition, gibt es Wunden, die von Beginn an als chronisch anzusehen sind, da ihre Behandlung eine Therapie der weiterhin bestehenden Ursache erfordert. Hierzu ge-

hören beispielsweise das diabetische Fußsyndrom, Wunden bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit, Ulcus cruris venosum oder Dekubitus.“

**Akute Wunde:** „Jede Wunde, die nicht chronisch ist, wird als akut bezeichnet.“

Der maßgebliche Unterschied zwischen akuten und chronischen Wunden ist, dass die Konzentration an gewebeabbauenden Enzymen, sog. Matrixmetalloproteinasen (MMPs), in chronischen Wunden erhöht ist. Diese übermäßige Konzentration an MMPs in der Wunde verzögert oder stoppt im Extremfall sogar den Heilungsprozess. Klinische Studien und Forschungen zum Heilungsprozess chronischer Wunden der letzten 20 Jahre bestätigen diese Schlüsselrolle. [3] Bei jedem zweiten Patienten mit einem Ulcus cruris ist die Wunde nach sechs Monaten noch nicht abgeheilt. [4, 5] Unabhängig von der Ur-

sache der chronischen Wunde führt das Übermaß an Matrixmetalloproteinasen zu einem anhaltenden Entzündungsprozess, einem erhöhten Infektionsrisiko, einer Verzögerung des Heilungsprozesses und in der Folge zu einer langwierigen und kostenintensiven Therapie.

Die neue Gesetzesinitiative zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) verfolgt das Ziel, die Wundversorgung zu verbessern, indem unnötige stationäre Aufenthalte und langwierige Versorgungen chronischer und schwer heilender Wunden vermieden und eine Reduktion der Kosten erreicht werden sollen. In diesem Zusammenhang werden verschiedene Regelungen zur häuslichen Krankenpflege und für spezialisierte Behandlungseinrichtungen getroffen, um die Qualität der Versorgung nachhaltig zu verbessern.

Darüberhinaus beinhaltet das HHVG eine neue Legaldefinition für Verbandmittel. Auch diese sollte auf die Verbesserung der Versorgungsqualität abzielen und durch eine rechtssichere Definition mögliche Versorgungslücken verhindern. So muss gewährleistet bleiben, dass auch hydroaktive Wundauflagen mit weiteren, ergänzenden Funktionen, die der Wundheilung dienen (wie z. B. reinigend oder geruchsbindend, antimikrobiell oder MMP-modulierend), weiterhin als medizinisch notwendige Verbandmittel unmittelbar erstattet werden.

Die Heilung chronischer Wunden kann nachweislich durch die Verwendung von Wundauflagen mit MMP-modulierender Wirkung beschleunigt werden. Dies belegen randomisierte, klinische Studien an Patienten mit venösen Unterschenkelgeschwüren. [6, 7]

Aktuelle Untersuchungen bestätigen diese Ergebnisse aus kontrollierten klinischen Studien auch in der Praxisanwendung. Auf dem diesjährigen Deutschen Wundkongress in Bremen wurden die Ergebnisse von acht Real-Life-Studien mit mehr als 10.000 Patienten präsentiert, die in Deutschland und Frankreich mit MMP-modulierenden Wundauflagen behandelt worden waren. [8]

Mehr als drei Viertel der Patienten litt an Ulcus cruris, 12,8 Prozent an Diabetischen Fußulzera und 9,9 Prozent an Dekubitus. Die statistisch mittels der Kaplan-Meyer-Analyse ermittelte Zeit bis zur Wundheilung war unabhängig von der Art der chronischen Wunde vergleichbar und lag im Durchschnitt bei 111 Tagen.

Die durchschnittliche Zeit bis zur Abheilung eines Unterschenkelulkus betrug 112 Tage (vgl. Abbildung). Die nach dem Heilungsverlauf aus der klinischen Studie CHALLENGE hochgerechnete Heilungszeit für Unterschenkelgeschwüre betrug unter der Behandlung mit der TLC-NOSF-Wundheilungsmatrix (Technology Lipido Colloid-Nano-OligoSaccharid-Factor) 90 Tage.

Im Vergleich dazu weisen Daten der französischen Gesundheitsbehörde SNIIRAM in einer Datenbank mit lebenslangen Aufzeichnungen von Verordnungen und Behandlungen der gesamten französischen Bevölkerung (60 Millionen Einwohner) eine Zeitdauer bis zur Abheilung von 210 Tagen für Unterschenkelgeschwüre und Druckgeschwüre aus.

Diese Ergebnisse zeigen, dass durch die Therapie von chronischen Wunden mit MMP-modulierenden Wundauflagen mit der TLC-NOSF-Wundheilungsmatrix auch in der täglichen Praxis unter realen Bedingungen eine schnellere Wundheilung gegenüber der Regelversorgung erreicht werden kann. [8]

Durch die Anwendung MMP-modulierender Wundauflagen können den von chronischen Wunden betroffenen Patienten viel Leidensdruck, ihren Behandlern sehr langandauernde Behandlungszeiten und dem Gesamtsystem Kosten erspart werden.

Eine gesundheitsökonomische Modellierung basierend auf den Ergebnissen der klinischen Studie CHALLENGE bestätigt die wirtschaftliche Effizienz MMP-modulierender Wundauflagen mit der TLC-NOSF-Wundheilungsmatrix im Vergleich zur Referenzbehandlung mit einer neutralen Schaumstoffwundauflage. [9]

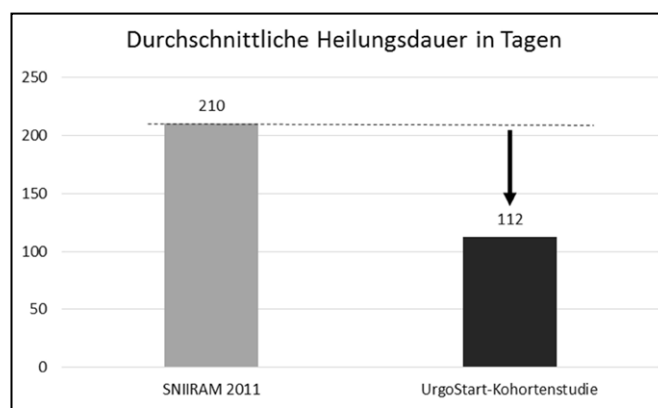


Abbildung: Durchschnittliche Zeit bis zur Abheilung eines Unterschenkelulkus. UrgoStart-Kohortenstudie gegenüber der SNIIRAM-Datenbank 2011. [13]

Eine Förderung der Reaktivierung des Heilungsprozesses chronischer Wunden hat im Hinblick auf die öffentliche Gesundheit vor allem drei Auswirkungen:

1. Verkürzung der Zeit bis zum Erreichen einer vollständigen natürlichen Abheilung (Reepithelisierung) oder der notwendigen Zeit bis zum Erreichen günstiger lokaler Bedingungen für die Versorgung mit einem Hauttransplantat zum Verschluss der Wunde.
2. Reduktion des Risikos weiterer lokaler Komplikationen (wie z. B. einer lokalen Infektion).
3. Verbesserung der Lebensqualität der Patienten. Die Versorgung einer Wunde mit reaktiviertem Heilungsprozess ist weniger schmerzhaft, da weniger und kürzere Wundreinigungen erforderlich sind und diese in größeren Abständen vorgenommen werden können. Diese Aspekte erklären zum Teil die schnelle Verbesserung der Scores zur Lebensqualität bei Patienten mit günstigem Verlauf der Wundheilung. [10, 11]

Laut dem aktuellen EWMA-Dokument „Management of Patients with Venous Leg Ulcer: Challenges and Current Best Practice“ ist für einige moderne Wundauflagen und Verfahren, die Matrixmetalloproteinasen modulieren, belegt, dass diese die Heilungsraten wirksam verbessern können. [12]

Die Anwendung dieser Wundverbände mit weiteren Funktionen in der ambulanten Medizin erfordert keine Änderung der üblichen Modalitäten der Wundversorgung. Sie ermöglicht eine Vereinfachung des medizinischen Behandlungs- und des pflegerischen Versorgungsablaufs, durch größere Abstände zwischen Arztbesuchen bei günstiger Entwicklung der Wunde sowie die Reduktion der Anzahl lokaler Wundversorgungen. Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag zur medizinisch notwendigen Therapie und zur Kosten-

senkung im Gesundheitswesen für die Versorgung chronischer Wunden.

© gpk

#### Literatur

- [1] Heyer K, Augustin M. Therapie chronischer Wunden – Schwerpunkt Ulcus cruris, in: Sauer K, Rothgang H, Glaeske G: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2014 (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 28). Berlin: Asgard Verlagsservice GmbH 2014: 85-106.
- [2] Dissemond J, Bültemann A, Gerber V et al. Definitionen für die Wundbehandlung. *Hautarzt* 2016; 67: 265.
- [3] Lazaro JL, Izzo V, Meaume S et al. Elevated levels of matrix metalloproteinases and chronic wound healing: an updated review of clinical evidence. *J Wound Care* 2016; 25(5): 277-8.
- [4] Steed DL, Hill DP, Woodske ME et al. Wound healing trajectories as outcome measures of venous stasis ulcer treatment. *Int Wound J* 2006; 3(1): 40-7.
- [5] Falanga V. Care of venous leg ulcers. *Ostomy Wound Manage* 1999; 45(1A Suppl.): 33S-43S.
- [6] Schmutz JL, Meaume S, Fays S et al. Evaluation of the nano-oligosaccharide factor lipido-colloid matrix in the local management of venous leg ulcers: results of a randomised, controlled trial. *Int Wound J* 2008; 5(2): 172-82.
- [7] Meaume S, Truchetet F, Cambazard F et al. A randomized, controlled, double-blind prospective trial with a Lipido-Colloid-Technology-Nano-OligoSaccharide Factor wound dressing in the local management of venous leg ulcers. *Wound Repair Regen* 2012; 20(4): 500-11.
- [8] JWC-Konferenzbericht. Ein neuer Behandlungspfad zur schnelleren Heilung von chronischen Wunden. *Urgo Medical Satellite Symposium*, 12. Mai 2016, 26. EWMA-Konferenz in Bremen.
- [9] Augustin M, Herberger K, Kroeger K et al. Cost-effectiveness of treating vascular leg ulcers with UrgoStart® and UrgoCell® Contact. *Int Wound J* 2014; 13(1): 82-7.
- [10] Franks PJ, Moffatt CJ. Do clinical and social factors predict quality of life in leg ulceration? *Int J Low Extrem Wounds* 2006; 5(4): 236-43.
- [11] Franks PJ, Moffatt CJ, Doherty DC et al. Longer-term changes in quality of life in chronic leg ulceration. *Wound Repair Regen* 2006; 14(5): 536-41.
- [12] Franks PJ, Barker J, Collier M et al. Management of patients with venous leg ulcers: challenges and current best practice. *J Wound Care* 2016; 25(Suppl. 6): S1-67.
- [13] Kérihuel JC. Practical management of chronic wounds with TLC-NOSF dressings: an evaluation based on more than 10,000 wounds treated by French and German health professionals. Free paper session, EWMA 2016.

Im Bereich des Gesundheitswesens werden in Deutschland jährlich rund 250 Milliarden Euro ausgegeben – mit steigender Tendenz. Wer sich in diesem wichtigen Wirtschaftsbereich, der von unterschiedlichen Interessen geprägt ist, erfolgreich behaupten will, benötigt zuverlässige Informationen – Informationen, die er zur Grundlage seiner Entscheidungen machen kann.

Der **Gesundheitspolitische Info-Dienst – Schütze-Brief** informiert sachlich und kompetent. Der Schütze-Brief verfügt über gute Kontakte in allen Bereichen des Gesundheitswesens und zur Gesundheitspolitik. Seine Stärke ist es, Entwicklungen vorauszusehen und die Fakten richtig einzuordnen. Durch sein zweimaliges Erscheinen pro Woche ist er stets aktuell.

Probeexemplare und weitere Informationen erhalten Sie bei der Leo Schütze GmbH:  
**Telefon: (06553) 92110 · Fax: (06553) 92113 · E-Mail: schuetze-eifel@t-online.de**

# Arzneimittelstandards sind auf Medizinprodukte nicht übertragbar

## Generierung klinischer Evidenz für die Therapie chronischer Wunden

Von Dr. Angela Sauerwald und Prof. Dr. Matthias Augustin

Produkte zur Behandlung chronischer Wunden sind in aller Regel Medizinprodukte, die aufgrund ihrer Definition ausschließlich oder überwiegend physikalisch wirken. Es kann sich dabei beispielsweise um Verbandmittel bzw. Wundauflagen handeln, um Spüllösungen, Gele, aber auch Medizingeräte (die in diesem Beitrag jedoch nicht weiter betrachtet werden). Die Produkte können als zusätzliche Bestandteile arzneilich wirkende Substanzen enthalten, die Hauptwirkung bleibt jedoch in jedem Fall physikalisch. [1]

### **Klinische Prüfungen und Leistungsbewertungsprüfungen mit Medizinprodukten sind gesondert gesetzlich geregelt**

Der Gesetzgeber regelt in den §§ 20 bis 24 Medizinproduktegesetz (MPG) [1] und in der entsprechenden Verordnung [2], welche Auflagen klinische Prüfungen mit Medizinprodukten zu erfüllen haben. Dabei wird insbesondere unterschieden, ob das bereits CE-gekennzeichnete Produkt innerhalb seiner Zweckbestimmung und gegenüber der normalen Behandlung ohne zusätzliche Intervention (zum Beispiel Entnahme von Gewebestanzungen) geprüft werden soll, oder ob das Produkt außerhalb seiner Zweckbestimmung, beispielsweise für eine neue Indikation, geprüft werden soll. Die klinische Bewertung von Medizinprodukten, auch zur Behandlung chronischer Wunden, wird sehr häufig durch eine kritische Würdigung publizierter Daten über vergleichbare Produkte erzielt, so dass klinische Studien in der Regel erst mit marktfähigen Produkten (d. h. nach CE-Kennzeichnung) durchgeführt werden. Die Durchführung dieser Studien erfolgt daher meistens mit dem Ziel, neue wissenschaftliche Erkenntnisse zur Therapie zu erhalten, nicht aber, um zulassungsrelevante Daten für das entsprechende Produkt zu generieren.

Im Zuge der europäischen Medical Device Regulation, deren Inkrafttreten im Frühjahr 2017 erwartet wird [3] und die für den deutschen Raum rechtsverbindlich sein wird, werden die Anforderungen an die klinische Bewertung und die Notwendigkeit eigener klinischer

Evidenz für Medizinprodukte deutlich erhöht. Neben strengeren Maßstäben an die klinische Bewertung werden auch sogenannte Post-Market-Clinical-Follow-Up-Studien gefordert, die für das jeweilige Medizinprodukt die Leistungsfähigkeit und die Sicherheit kontinuierlich belegen sollen.

### **Dosisfindung? Placebokontrolle? Doppelblinde Kontrollgruppen? In Wundversorgungsstudien die absolute Ausnahme**

Hier finden sich wichtige Unterschiede der Medizinprodukte zu Arzneimitteln. Die klinische Entwicklung von Arzneimitteln erfolgt in aufeinander aufbauenden klinischen Studien der Phasen I-III: Die Studien werden vor der Zulassung durch die Bundesoberbehörde durchgeführt und sind zwingender Bestandteil des Zulassungsverfahrens. Bei Medizinprodukten hingegen und somit auch bei Wundauflagen gibt es keine festgelegte Folge von Studienphasen. Eine Dosisfindung schließt sich auch schon deshalb aus, weil das Medizinprodukt in seinem gesamten Aufbau seine präventive oder therapeutische Wirkung ausübt und nicht nur über einen einzigen, zu dosierenden Wirkstoff. Aus demselben Grund ist in den meisten Fällen auch weder eine Placebokontrolle noch eine doppelte Verblindung des Studiendesigns möglich. Die häufig gehörte Forderung nach Dosisfindung sowie nach randomisierten, kontrollierten, verblindeten klinischen Prüfungen in der Wundversorgung ist somit auf Grund der Natur und Wirkungsweise des Produkts zwangsläufig Einschränkungen unterlegen.

### **Klassische Studiendesigns bilden für chronische Wunden nur einen kleinen Teil der Patienten ab**

Chronische Wunden sind auf sehr unterschiedliche Grunderkrankungen oder Umstände zurückzuführen, wie beispielsweise Diabetes, venöse Erkrankungen, Tumoren oder Bettlägerigkeit. Das durchschnittliche Alter der Patienten liegt zudem im letzten Lebensdrittel [4] und entsprechend hoch sind die Häufigkeit

von Begleiterkrankungen sowie die Einschränkungen in der notwendigen Disziplinierung während der Behandlung. Die Wunde selbst verändert im Therapieverlauf ihre Charakteristik und erfordert jeweils eine für die Phase angemessene Behandlung. Für eine erfolgreiche Therapie – die mindestens mehrere Wochen bis mehrere Monate dauert [4] – müssen also die Grunderkrankung, zum Beispiel durch adäquate Kompressionstherapie, die Begleiterkrankungen wie auch die Wunde selbst entlang ihrer verschiedenen Phasen behandelt werden. Die Behandlung muss patientenzentriert und individuell zugeschnitten sein und für die Mitarbeit der Patienten sind nicht selten andere Parameter, wie beispielsweise die Schmerzfreiheit oder die Vermeidung unangenehmen Wundgeruchs, vordringlicher als der Wundverschluss an sich.

Die interdisziplinäre Behandlung chronischer Wunden findet in der Regel über Monate durch unterschiedliches ärztliches und pflegerisches Personal nach verschiedenen Prozessen statt, im Krankenhaus sowie in der Häuslichkeit. Dies alles steht im Widerspruch zu den Anforderungen an eine hochwertige klinische Studie, für die die Zahl der Variablen möglichst gering gehalten oder durch homogene Vergleichsgruppen kontrolliert werden soll, um eine sichere Aussage zu erzielen. Daher finden sich unter den klinischen Studien mit Wundaufgaben viele mit methodischen Schwächen (und daraus resultierendem geringerem Evidenzniveau) oder es sind solche, die nur einen kleinen Ausschnitt der realen Patientengruppe und/oder der gesamten Behandlung abbilden und damit eine verminderte volksgesundheitliche Relevanz haben.

### **Der Goldstandard der randomisierten klinischen Prüfung muss ergänzt werden für die Generierung von Evidenz zur Behandlung chronischer Wunden**

Ohne Zweifel bleibt der Anspruch, dass klinische Studien zur Behandlung chronischer Wunden sowohl den wissenschaftlichen und als auch den Standards der Studienplanung, Durchführung und Auswertung gemäß der „Good Clinical Practice“ genügen [5]. Dennoch muss – und wird – darüber nachgedacht, ob randomisierte klinische Prüfungen der einzige Goldstandard sind. Bei der Versorgung chronischer Wunden handelt es sich um eine komplexe multifaktorielle, interdisziplinäre Situation über einen langen Zeitraum mit hoher Rezidivwahrscheinlichkeit. Um dieses komplexe Krankheitsbild in einer randomisierten und kon-

trollierten Studie sinnvoll untersuchen und auswerten zu können, müssen strenge Ein- und Ausschlusskriterien definiert werden, die dann allerdings die Übertragbarkeit auf die Realität stark limitieren können. In den USA hat die Food and Drug Administration (FDA) kürzlich einen Entwurf zur Diskussion gestellt [6], nach dem eine gut dokumentierte klinische Realität („Real World Evidence“) aus Quellen außerhalb vergleichender klinischer Studien, wie beispielsweise prospektiver Beobachtungsstudien oder Registerstudien mit prospektivem Analyseplan, künftig in die Risiko-Nutzen-Abwägung von Medizinprodukten, und damit auch von Wundaufgaben, einfließen könnte. Ferner muss gerade in der Behandlung chronischer Erkrankungen die reine Produktsicht durch die Therapiesicht und besonders die Patientensicht ergänzt werden: Sowohl die Konkretisierung und Qualitätssicherung von Behandlungspfaden für die jeweilige Wundsituation als auch die systematische Erfassung des Nutzens in den Augen der Patienten (Patient-Benefit-Index) spielt eine wichtige Rolle beim Therapieerfolg [7]. In ihrer Gesamtheit lassen sich diese Erfolgsfaktoren in einer randomisierten klinischen Studie häufig nur unzureichend abbilden und sollten durch andere, akzeptierte methodische Ansätze ergänzt werden.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten:

- Wundaufgaben sind Medizinprodukte, die hauptsächlich physikalisch wirken. Wegen der damit verbundenen Besonderheiten folgen klinische Studien mit Wundaufgaben nicht den üblichen Arzneimittelstandards.
- Chronische Wunden sind ein komplexes Geschehen und erfordern eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, wodurch für eine klinische Studie viele, nur schwer kontrollierbare Variablen entstehen.
- Methodische Ansätze, die den Patienten und die Behandlung seiner Wunde in der Realität beobachten und dokumentieren, sollten neben randomisierten klinischen Studien einen höheren Stellenwert erhalten. Standards und Maßstäbe zu deren Qualitätssicherung sind zu erarbeiten.

© gpk

#### **Literatur**

[1] Medizinproduktegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das durch Artikel 4 Absatz 59 des Gesetzes vom 18. Juli 2016 (BGBl. I S. 1666) geändert worden ist.

[2] Medizinprodukte-Verordnung vom 20. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3854), die durch Artikel 3 der Verordnung vom 27. September 2016 (BGBl. I S. 2203) geändert worden ist.

[3] Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über Medizinprodukte und zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG, der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 und der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009.

[4] Fife CF, Carter MJ, Walker D. Wound care outcomes and associated cost among patients treated in US outpatient wound centers: data from the US wound registry. *Wounds* 2012; 24(1): 10-7.

[5] Price P, Gottrup F, Abel M. Study recommendations for clinical investigations in leg ulcers and wound care. *J Wound Care* 2014; 23(5): S1-36.

[6] Use of Real-World Evidence to Support Regulatory Decision-Making for Medical Devices. Draft Guidance for Industry and Food and Drug Administration Staff. DRAFT GUIDANCE Document issued on July 27, 2016 for comment purposes only.

[7] Augustin M, Blome C, Zschocke I et al. Benefit evaluation in the therapy of chronic wounds from the patients' perspective-development and validation of a new method. *Wound Repair Regen* 2012; 20(1): 8-14.

# Das Beispiel Acne inversa

## Chancen koordinierter und strukturierter Versorgung

### Von Prof. Dr. Matthias Augustin

Acne inversa oder Hidradenitis suppurativa ist eine äußerst unangenehme, für die Patienten belastende chronische Entzündungskrankheit der Haut und Unterhaut. Sie geht mit entzündlichen Knoten vor allem unter den Achseln und im Leistenbereich, jedoch auch an vielen anderen Körperpartien einher. Diese entwickeln sich häufig zu eitrigen Abszessen und können miteinander über Jahre verwachsen und ausgedehnte Entzündungsfelder bilden.

Acne inversa hat eine spezielle Pathogenese, da sie auf einer erblichen Anlage beruht und mit sehr spezifischen Umbildungen der Haut und Unterhaut einhergeht. Dennoch wird die Erkrankung weitaus häufiger als die meisten anderen Hautkrankheiten erkannt und fehlerhaft als Abszesse, Furunkel oder Narbenstränge behandelt. Nur selten wird bei den Betroffenen eine schnelle Diagnose gestellt, was den Leidensdruck und die Leidenszeit erhöht. Zur Behandlung stehen zahlreiche Medikamente wie bestimmte Antibiotika oder auch Biologika zur Verfügung, insbesondere das einzige zugelassene Biologikum Adalimumab (Humira<sup>®</sup>, Zulassungsinhaber: AbbVie Ltd.).

Aus Patientensicht ist diese Erkrankung besonders belastend, weil die entzündlichen Knoten häufig schmerzhaft sind, sich eitrig entleeren müssen, unangenehm riechen und schwer abheilen. Die Patienten

müssen oft jahrelange Odysseen über sich ergehen lassen, bis die sachgerechte Diagnose gestellt wird. Zudem wirkt sich ungünstig aus, dass die Erkrankung fast ausschließlich Dermatologen bekannt ist, Patienten sich jedoch weit überwiegend in die Behandlung bei nichtdermatologischen Ärzten, z. B. Chirurgen, Gynäkologen oder ihrem Hausarzt/Allgemeinmediziner begeben.

### Aspekte der Versorgung

Viele Patienten müssen mit weit fortgeschrittenen Verläufen und schwersten Abszessen stationär aufgenommen werden und dort mit ausgedienten radikalen Operationen behandelt werden. Bei diesen wird das gesamte Haut- und Unterhautgewebe bis auf die Muskulatur komplett entfernt, worauf sich eine monatelange Heilungszeit anschließt. In anderen Fällen sind umfassende plastische Deckungen erforderlich. Ungeachtet der jeweiligen Therapien ist für die Patienten der lange Leidensweg zermürend und die Behandlung selbst eine große Belastung.

Vor diesem Hintergrund kommt folgenden Aspekten in der Versorgung der Betroffenen eine besondere Bedeutung zu:

- Frühzeitige Diagnosestellung und Ausschluss von Fehldiagnosen



- Rechtzeitige Weiterleitung der Patienten an spezialisierte Ärzte
- Einleitung einer leitliniengerechten, patientennutzenbringenden Therapie
- Umfassende Patientenaufklärung und Hilfestellung im Alltag
- Gezielte Nachsorge und Früherkennung von Rezidiven

Angesichts der sehr stark schwankenden Versorgungsbedingungen, aber einer Vielzahl potenzieller Versorger und nur weniger spezialisierter Zentren sollte die Versorgung in strukturierter, leitliniengerechter Weise erfolgen. Hierzu zählt, dass zur Verbesserung der Früherkennung Ärzte und Pflegenden aus verschiedenen Bereichen der Akutmedizin in der Früherkennung von Acne inversa – zumindest als Verdachtsdiagnose – geschult werden müssen.

### **Koordiniertes Vorgehen notwendig**

Des Weiteren ist es notwendig, dass Patienten mit entsprechenden Auffälligkeiten direkt an die spezialisierten Versorgungseinheiten überwiesen werden können. In den spezialisierten Einrichtungen muss sowohl eine hohe chirurgische Expertise bestehen wie auch das notwendige Wissen zur Durchführung komplexer Systemtherapien mit Biologika vorhanden sein. Bei der Umsetzung eines solchen umfassenden Systemkonzeptes ist den lokalen und regionalen Gegebenheiten Rechnung zu tragen. Eine besonders hohe Chance auf frühzeitige Zuleitung von schwer betroffenen Patienten in die Versorgung besteht dann, wenn im regionalen Raum feste Strukturen der Patientenzuweisungen oder sogar ein regionales Netz vorliegen. In diesem können Patienten arbeitsteilig versorgt und nach höchster Qualität behandelt werden. Für die Arbeit dieser spezialisierten Zentren sollte nach den Operationen und/oder stationären Behandlungen eine feste Versorgerstrategie und Konzeption geschaffen werden.

Beispiele für die Umsetzung einer koordinierten Versorgung zwischen Grundversorger und Spezialisten

gibt es für nur wenige Indikationen, jedoch die wenigen mit hoher versorgerischer Qualität. Hierzu zählt die Versorgung der Psoriasis in Deutschland, die sich ebenfalls auf strukturierte, gut aufgestellte Spezialzentren fokussiert, welche nicht nur das nötige Wissen an leitliniengerechter Versorgung, sondern auch eine erhöhte Ausstattung und möglicherweise Vergütung für die Behandlungsfehler aufwändiger und schwer kranker Patienten aufweisen können. Aus der Versorgung der Psoriasis im Zuge der regionalen Psoriasisnetze bestehen zudem Erfahrungen mit systematischen Kooperationen zwischen primärversorgenden Ärzten, Fachärzten und den zentralen klinischen Behandlungseinheiten.

### **Versorgung auf hohem Niveau**

Diese Versorgungseinheiten stellen bei Acne inversa hohe Anforderungen an die versorgenden Ärzte. Mehr als bei den meisten anderen Erkrankungen kommt es darauf an, eine wegweisende patientengerechte Systemtherapie auf höchstem Niveau anbieten zu können, ferner jedoch auch eine operative Versorgung nach ebenso hohen Standards. Das Beispiel der Psoriasis zeigt, dass Patienten in dieser besser aufgestellten Versorgung nicht nur erheblich höhere Erfolgsraten in der klinischen Versorgung haben, sondern auch mehr Lebensqualität, Patientenzufriedenheit und weniger Komplikationen aufweisen.

In der Gesamtschau kommt damit den spezialisierten Zentren eine kontinuierliche Funktion der Früheinstellung, leitliniengerechten Therapie und Nachsorge zu. Nur in wenigen Regionen können spezialisierte Zentren mit wenig Zeitaufwand und Reisekosten aufgesucht werden. In der Mehrzahl sind hier nicht nur organisatorische, sondern auch geographische Hürden zu bewältigen. Vor diesem Hintergrund kommt in der Zukunft neben der besser vernetzten Versorgung auch der telemedizinisch unterstützten Versorgung bei Acne inversa eine hochrangige Bedeutung zu.

## Autoren dieser Ausgabe

**Dr. Jobst Augustin** (Jahrg. 1974), Diplom-Geograph, seit 2013 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), zuvor wissenschaftliche Tätigkeiten an der Georg-August-Universität Göttingen, am Umweltbundesamt (FB Umweltmedizin) Berlin und am Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Berlin (ZI).

**Prof. Dr. Matthias Augustin** (Jahrg. 1962), Facharzt für Dermatologie und Venerologie, Allergologie. Seit 2004 Universitätsprofessor für Gesundheitsökonomie und Lebensqualitätsforschung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Gründer der Kompetenzzentren für Versorgungsforschung in der Dermatologie (CVderm), für klinische Forschung (CeDeF) und für Versorgungsforschung in der Gefäßmedizin (CVvasc). Seit 2010 Direktor des neu gegründeten Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP).

**PD Dr. Christine Blome** (Jahrg. 1978), Psychologin, seit 2008 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), dort Leiterin des Forschungsbereichs Lebensqualität und Patientennutzen.

**Prof. Dr. Eike Sebastian Debus** (Jahrg. 1962), Facharzt für Viszeralchirurgie, Gefäßchirurgie, Allgemeinchirurgie. Direktor der Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) sowie des Universitären Herzzentrums Hamburg. Seit 2004 Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG), 2013/2014 als ihr Präsident.

**Dr. Holger Diener** (Jahrg. 1969), Facharzt für Allgemein Chirurgie und Gefäßchi-

rurgie. Seit 2010 Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin des Universitären Herzzentrums und des Comprehensive Wound Centers am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), spezialisiert auf vaskuläre Wunden sowie die Behandlung von peripheren Gefäßkrankungen und des Diabetischen Fußsyndroms. Mitglied in mehreren Fachgremien der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG).

**Prof. Dr. Joachim Dissemond** (Jahrg. 1968), Facharzt für Dermatologie und Venerologie mit den Zusatzbezeichnungen Allergologie und Sportmedizin, seit 1999 an der Klinik für Dermatologie der Universitätsklinik Essen tätig, seit 2003 als Oberarzt. Leiter u.a. der zertifizierten dermatologischen Wundambulanz. Aktuell Vorstandsmitglied der Initiative Chronische Wunde (ICW) und des Dreiländer-Wund-D.A.CH.-Verbandes.

**Veronika Gerber** (Jahrg. 1956), exam. Kinderkrankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe, Pflegedirektorin, Referentin für Schulung und Beratung im Wundmanagement, Beraterin in einer Managementgesellschaft zur Realisierung von Integrierter Versorgung im Wundmanagement, Vorsitzende der Initiative Chronische Wunden e.V. (ICW).

**Prof. Dr. Gerd Glaeske** (Jahrg. 1945), Koleiter der Abteilung Soziale Ungleichheit und Sozialpolitik: Gesundheit, Pflege und Alterssicherung am SOCIUM (ehemals Zentrum für Sozialpolitik) der Universität Bremen. Bis Mitte 2014 Hauptgeschäftsführer des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF), Mitglied der Fachgesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimitttelepidemiologie (GAA), Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der DAK-Gesundheit, Mitglied des Ausschusses für den rationalen Einsatz von Arzneimitteln des Arzneimittelbeirates beim Bundesgesundheitsministerium in Wien.

**Dr. Lisa Göpel** (Jahrg. 1979), Fachärztin für Dermatologie. Von 2013 bis 2015 Assistenzärztin und seit dem in Honorarstellung am Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) tätig. Seit 2015 hauptamtlich tätig in der Klinik für Dermatologie, Elbekliniken Buxtehude, dort seit 2016 als Oberärztin.

**Mandy Gutknecht** (Jahrg. 1986), 2011 Master of Arts in Betriebswirtschaftslehre an der Fachhochschule Lübeck, seit 2012 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) sowie Mitglied des Hamburg Center of Health Economics (hche).

**PD Dr. Katharina Herberger** (Jahrg. 1978), Fachärztin für Dermatologie und Venerologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Oberärztin am Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) am UKE, dort seit 2010 auch Leiterin des Comprehensive Wound Center (CWC).

**Ann-Kristin Heucke** (Jahrg. 1981), exam. Gesundheits- und Krankenpflegerin, Ernährungsmanagerin und Wundexpertin ICW. Seit 2012 Mitarbeiterin der BSN medical GmbH, Hamburg. National tätig als Trainerin für moderne Wundversorgung und Gefäßkrankungen.

**Dr. Kristina Heyer** (Jahrg. 1983), 2008 Master of Public Health, seit 2010 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), dort Leiterin des Forschungsbereichs Sekundärdaten.

**Anne Kis** (Jahrg. 1985), Diplom-Geographin, seit 2014 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei

Pflegeberufen (IVDP) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), dort tätig im Forschungsbereich Gesundheitsgeographie.

**Dr. Katrin Krämer** (Jahrg. 1968), Studium der Sozialwissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum. Seit 2012 Leiterin der Abteilung Vertragsentwicklung im AOK-Bundesverband mit den Schwerpunkten Vertragswettbewerb, Vertragsanalysen und -entwicklungen, Disease-Management-Programme und Innovationsfonds, zuvor rund 15 Jahre tätig in der institutionell betriebenen wissenschaftlichen Politikberatung sowie in der Gesundheits- und Sozialforschung, zuletzt beim IGES Institut in Berlin.

**Magdalene Krensel** (Jahrg. 1984), 2012 Master of Science in Gesundheitsökonomie an der Universität Köln, seit 2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) sowie Mitglied des Hamburg Center of Health Economics (hche).

**Hans-Detlev Kunz** (Jahrg. 1953), Diplom-Kaufmann, seit 1988 Geschäftsführer des Deutschen Psoriasis Bundes (DPB), seit 2004 ständiger Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), von 2006 bis 2015 Mitglied im Monitoring-Ausschuss bei der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e. V.

**PD Dr. Severin Läuchli**, Facharzt für Dermatologie und Venerologie, seit 2003 Oberarzt der Dermatologischen Klinik am Universitätsspital Zürich, verantwortlich für operative Dermatologie und Wundbehandlung. Von 2006 bis 2014 Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Wundheilung (SAfW), seit 2015 Präsident der European Wound Management Association (EWMA).

**Dr. Holger Lawall**, Arzt, ab 2003 Leiter der Diabetes-, Wund- und Fußambulanz des SRH-Klinikums Karlsbad-Langensteinbach. Von 2011 bis 2015 Chefarzt der Angiologie/Diabetologie im Askle-

prios Westklinikum Hamburg und Leiter des Gefäßzentrums, 2014/2015 zudem Chefarzt Angiologie im Asklepios Klinikum Altona. Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Angiologie/Gefäßmedizin (DGA).

**Prof. Dr. Ralf Lobmann** (Jahrg. 1967), seit 2008 ärztlicher Direktor der Medizinischen Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Geriatrie am Klinikum Stuttgart-Bad Cannstatt. Mitglied des Vorstands der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) sowie Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Fuß der DDG. Von 2012 bis 2016 Chairman der Diabetic Foot Study Group der European Association for the Study of Diabetes (EASD).

**Norbert Matscheko** (Jahrg. 1962), Krankenpfleger, Master für Erwachsenenpädagogik, seit 2000 Rektor der Bayerischen Pflegeakademie, seit 2005 Mitglied der Expertengruppe der Initiative Chronische Wunden (ICW) und Vorstandsmitglied im Gesundheitsbeirat der Stadt München für den Bayerischen Landespflegerat.

**Dr. Sonja Milde** (Jahrg. 1979), Studium der Volkswirtschaft und Master of Health Care Management, bis 2012 tätig an der Dresden International University im Zentrum für Gesundheitswesen und Medizin mit dem Schwerpunkt auf anwendungsorientierten Forschungsvorhaben und Versorgungsanalysen, seit 2012 Referentin in der Abteilung Versorgungsmanagement im AOK-Bundesverband in Berlin.

**Dr. Udo Möller** (Jahrg. 1970), Biologe, seit 2002 bei der URGO GmbH als Medical Manager und seit 2012 Abteilungsleiter für die Bereiche Medical Affairs & Clinical Trial Management für die Region DACH.

**Dr. Karl-Christian Münter** (Jahrg. 1954), Facharzt für Allgemeinmedizin und Phlebologie, seit 2014 Vorsitzender des Wundzentrums Hamburg sowie Vorstandsmitglied der Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW), Mitglied des EWMA Council.

**Daniela Piossek** (Jahrg. 1970), Sozialversicherungsfachangestellte, Krankenkassenfachwirtin. Seit 2001 Leiterin des Referats Krankenversicherung des Bundesverbandes Medizintechnik e. V. (BVMed). Zuvor in den Fachbereichen Grundsatzfragen, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Pflegekasse der AOK Mecklenburg-Vorpommern tätig.

**Kerstin Protz** (Jahrg. 1969), Krankenschwester, Managerin im Sozial- und Gesundheitswesen, freiberufliche Referentin für Wundversorgungskonzepte und Fachautorin. Vorstandsmitglied im Wundzentrum Hamburg, Beiratsmitglied der Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW). Seit 2010 als Projektmanagerin Wundforschung im Bereich der klinischen Forschung im Comprehensive Wound Center (CWC) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) tätig.

**Prof. Dr. Eberhard Rabe** (Jahrg. 1953), Oberarzt in der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, dort verantwortlich für den Schwerpunkt Phlebologie. Präsident des European College of Phlebology (ECOP).

**Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher** (Jahrg. 1954), Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit, seit 2005 Professor für Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth, bis 2003 Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK, heute vdek).

**Dr. Alexander Risse** (Jahrg. 1955), Diabetologe (DDG)/spez. Diabetologe (ÄKWL), Facharzt für Innere Medizin und Angiologie, leitet seit August 2007 das Diabeteszentrum am Klinikum Dortmund sowie Inhaber eines Lehrauftrages an der Medizinischen Fakultät der Universität Münster. Darüber hinaus Vorsitzender der Kommission zur Einbindung der Apotheker in die Diabetikerversorgung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG).

**Erwin Rüdell MdB** (Jahrg. 1955) Dipl. Betriebswirt, seit 2009 Mitglied des Deutschen Bundestages (CDU), Mitglied im

Ausschuss für Gesundheit und pflege-politischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Von 1998 bis 2009 Mitglied des Landtags von Rheinland-Pfalz, dort zuletzt Seniorenpolitiker und Medienpolitischer Sprecher der CDU-Landtagsfraktion. Von 1984 bis heute diverse Mandate in der Kommunalpolitik; Mitglied des Kreistags Neuwied.

**Dr. Angela Sauerwald** (Jahrg. 1961), Biologin, seit 20 Jahren in der Medizinprodukteindustrie, Schwerpunkt Wundversorgung und Kompression, sowie fünf Jahre in der klinischen Entwicklung von dermatologischen Arzneimitteln tätig. Seit 2012 weltweit verantwortlich für den Bereich Scientific & Regulatory Affairs bei BSN medical GmbH, zuvor dort Leitung des globalen Forschungsbereichs, jeweils mit Verantwortung für klinische Studien.

**Dr. Marc Schmidt** (Jahrg. 1963), erhielt 1991 seine Approbation als Apotheker und promovierte anschließend an der Universität Marburg, gründete 1996 das Sanitätshaus St. Georg in Bruchsal und ist seit 2008 Geschäftsführer der Med-Net Service GmbH in Karlsruhe, die sich v. a. mit dem Abschluss von Verträgen der Integrierten Versorgung (IV) beschäftigt. Mitbegründer des Wundnetzes Mittlerer Oberrhein.

**Prof. Dr. med. Jochen Schmitt** (Jahrg. 1975), von 2002 bis 2011 klinische Tätigkeit als Dermatologe/Allergologe am Universitätsklinikum Dresden, seit 2011 Inhaber des Lehrstuhls Sozialmedizin und Versorgungsforschung der TU Dresden. Seit 2012 geschäftsführender Direktor des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung der Dresdner Hochschulmedizin, seit 2015 geschäftsführender Direktor des Gesundheitsökonomischen Zentrums der TU Dresden. Mitglied des Vorstands des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V. (DNVF).

**Werner Sellmer** (Jahrg. 1960), von 1987 bis 2003 Herstellungsleiter in der Krankenhausapotheke AK Hamburg-Barm-

bek, seit 2002 Projektleiter Wundmanagement bei der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH. Zudem seit 2002 Vorstandsmitglied im Wundzentrum Hamburg e.V., seit 2004 Beiratsmitglied der Initiative Chronische Wunden e.V. (ICW).

**Dr. Rachel Sommer** (Jahrg. 1984), Master of Public Health, seit 2016 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Von 2012 bis 2016 in gleicher Tätigkeit im Forschungsbereich Lebensqualitätsforschung am Institut für Medizinische Psychologie des UKE tätig.

**Prof. Dr. Martin Storck** (Jahrg. 1961), Facharzt für Chirurgie, Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie. Seit 2004 Direktor der Klinik für Gefäß- und Thoraxchirurgie im Städtischen Klinikum Karlsruhe. Gründer des Wundverbundes Südwest sowie Mitbegründer des Wundkompetenznetzes Mittlerer Oberrhein. Mitglied der Arbeitsgruppe Telematik des Ministeriums für Wissenschaft in Baden-Württemberg.

**Dr. Wolfgang Paul Tigges** (Jahrg. 1952), Dipl. Betriebswirt und Mediziner, von 2008 bis 2015 stellvertretender und ärztlicher Direktor im Asklepios Westklinikum Hamburg, seit 2015 Chefarzt der Klinik für Gefäßmedizin im Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg. Seit 2012 Leiter der Wundkommission der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG).

**Arick Trettel** (Jahrg. 1983), Assistenzarzt für Dermatologie und Venerologie, Allergologie. Seit 2015 als Arzt und wissenschaftlicher Mitarbeiter (Schwerpunkt: Teledermatologie) am Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei den Pflegeberufen (IVDP) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE).

**Dr. Wolfgang Walter** (Jahrg. 1969), Biologe, 2004 Marketing Director Altana Pharma Ltd. UK, 2011 Geschäftsfüh-

rer Commercial Operation der Noeme Deutschland GmbH und seit 2012 Geschäftsführer der URGO GmbH und Area Manager für die Region DACH-NL.

**Dr. Thomas Wild** (Jahrg. 1968), Facharzt für Chirurgie, Oberarzt an der Klinik für Dermatologie und der Klinik für Traumatologie des Städtischen Klinikums Dessau-Roßlau. Mitglied der Cochrane-Gruppe, Chefredakteur der Fachzeitschrift „Wound Medicine“.

**Dr. Patricia Wilken** (Jahrg. 1971), Biologin, ab 2000 Projektleiterin in der Entwicklungsabteilung der Aesculap AG & Co. KG und seit 2002 im Marketing der URGO GmbH als Produktgruppenmanagerin und seit 2012 als Managerin Key Opinion Leader und Market Access für die Region DACH.

**Dr. Johannes Wimmer** (Jahrg. 1983), Arzt, seit 2015 Head of Digital Patient Communication im Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Initiator der Internetplattform für Patientenedukation [www.doktor-johannes.de](http://www.doktor-johannes.de).

**Michael Wüstefeld** (Jahrg. 1956), Fachanwalt für Medizinrecht, 1988 Gründung der Kanzlei Wüstefeld & Partner. Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Kollegium-Regressschutz, Justitiar des Bundes der Osteologen Westfalen-Lippe e.V. und des Bundesverbandes ambulanter neurophysiologischer Rehabilitation e.V. (BV ANR), des Weiteren als Dozent u. a. an der Bayrischen Pflegeakademie in München tätig.

#### **Projektkoordination und redaktionelle Mitarbeit:**

**Mario Gehoff** (Jahrg. 1979), Lektor ADB, Studium „Deutsche Sprache und Literatur“ und „Italienisch“, seit 2013 wissenschaftlicher Projektleiter (Medien) am Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE).

# Schritt für Schritt in die Zukunft

## Die zukünftige Versorgung gezielt gestalten

Von Prof. Dr. Matthias Augustin, Prof. Dr. Martin Storck, Dr. Holger Lawall und Mario Gehoff

Das deutsche Gesundheitssystem gehört zu den besten der Welt und erbringt disziplinübergreifend Leistungen auf hohem Niveau. Umso schwerer wiegt jedoch, dass fast 800.000 Menschen unter ihren chronischen Wunderkrankungen leiden müssen. Im Zuge des demografischen Wandels und der dadurch bedingten zunehmenden Anzahl an Gefäßerkrankungen bei älteren Menschen muss hier noch mit einem weiteren Zuwachs an chronischen Wunden gerechnet werden. Doch wie das vorliegende Heft zeigt, weist in Deutschland die Versorgungsqualität von solchen Patienten bis heute erhebliche Defizite auf. Neben einem langwierigen symptombehafteten Krankheitsleiden und erheblichen Einbußen in der Lebensqualität ist dies eine zusätzliche Belastung bei Patienten und ihren Angehörigen. Weitreichende Schritte zu einer Verbesserung der Versorgungssituation in unterschiedlichen Bereichen sind somit unumgänglich, um auch in der zukünftigen Versorgungslandschaft den Betroffenen eine optimierte Behandlung zukommen lassen zu können.

### 1. Arzt-Patienten-Ebene

#### 1.1 Begleitung und Einbindung der Patienten

Aus Sicht der Patienten ist eine Behandlung in einem komplexen Umfeld wie der Wundversorgung oft nur schwierig mit den persönlichen Bedürfnissen und Therapiewünschen in Einklang zu bringen. Dies führt zu einer stetig steigenden Unzufriedenheit mit der Erkrankung und ihrer Heilung. Die Berücksichtigung der Patientenpräferenzen kann zu einer erhöhten Therapiezufriedenheit führen, was wiederum einen positiven Effekt auf die Therapietreue (Compliance) und dadurch auf den subjektiv wahrgenommenen wie auch auf den objektiven Erfolg der Behandlung haben kann.

Die Verstärkung von notwendigen Therapie- und Präventionsmaßnahmen ist hier umso wichtiger. Viele chronische Erkrankungen zeigen zudem, dass Patientenprogramme mit ihren strukturierten Maßnah-

menkatalogen einen entscheidenden Beitrag zu mehr Adhärenz und Therapieerfolg leisten können.

Die Einbindung des Patienten in den Behandlungsprozess, durch Aktionen wie Patientenschulungen oder erweiterte Präventionsangebote, kann unterstützend wirken. Gerade für diese Punkte wird die Kostenübernahme durch Krankenversicherungen ein zukünftig zu klärender Posten sein.

#### 1.2 Technologien auf der Höhe der Zeit

Barrieren der Versorgung leisten einen Vorschub zu fehlender Adhärenz und Compliance der Patienten. So machen sich z. B. die langen Wege zwischen Arzt und Betroffenen deutlich negativ bemerkbar und sind gerade für ältere Patienten ein qualvolles Ärgernis. Das wesentliche Element einer erfolgreichen Versorgung, die Wechselwirkung zwischen Arzt und Patient, fällt damit aus und gefährdet den kompletten Therapieerfolg. Zur Überwindung solcher Hindernisse etablieren sich weltweit telemedizinische Verfahren in der Patientenbehandlung. Auf diesem Weg können ortsunabhängig Wundbefunde vorgestellt und direkt besprochen werden, auch die direkte Ansprache des Patienten ist problemlos möglich.

Telematische Technologien können somit zu einer erheblichen Verbesserung des Langzeitverlaufes beitragen. Es ist deshalb zu fordern, dass diese Maßnahmen im Gesundheitswesen systematisch unterstützt, für die Versorgung weiterentwickelt und verstärkt genutzt werden. Eine Evaluation, in welchem Maße sich durch den vermehrten Einsatz von teledermatologischen Programmen die Behandlung verbessern lässt, ist anzuschließen.

### 2. Strukturebene

#### 2.1 Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit

Bei einer chronischen Erkrankung mit komplexen Beeinträchtigungsfaktoren kommt die Kernaufgabe der

Versorgung naturgemäß vielen verschiedenen Fachdisziplinen zu.

Gerade hier ist auch die Hauptursache der qualitativ unzureichenden Versorgungsleistung zu suchen, nämlich in der mangelhaften Kooperation und Kommunikation zwischen den einzelnen Versorgern. Aus diesem Umstand resultieren die unzureichende Zusammenführung von patientenbezogenen Krankheitsdaten und ärztlicher Expertise in Diagnostik und Therapie kombiniert mit einem erheblichen zeitlichen Verlust im Behandlungsprozess. Nur mit Hilfe einer besseren, systematisch begleiteten Kooperation zwischen den Versorgergruppen ist eine schnellere Umsetzung notwendiger Maßnahmen möglich, was dann wiederum den Betroffenen zugutekommt.

Zusätzlich spielen auf Patientenebene individuelle Krankheitsausprägungen, Präferenzen und regionale Unterschiede ebenfalls eine große Rolle. Somit empfiehlt es sich, die Versorgung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gruppen durch ein systematisches Versorgungsmanagement besser zu koordinieren. Entsprechende Maßnahmen bedürfen einer Finanzierung durch die Kostenträger.

## **2.2 Moderner Zugriff auf die Patientendaten**

Technisch stellt es heutzutage kein Problem mehr da, notwendige Daten der Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden für jeden Behandler verfügbar zu machen. Dennoch ist diese Möglichkeit den beteiligten Versorgern aus unterschiedlichen Gründen nur selten gegeben. Zu fordern ist deshalb die Etablierung einer digitalen Patientenakte unter Datenhoheit des Patienten, um somit eine permanente Zugriffsmöglichkeit auf alle medizinisch relevanten Daten des chronisch kranken Patienten sicherzustellen. Der Patientendatenschutz muss dabei gewährleistet sein. Es muss den Bedenken, sensible Patientendaten zu digitalisieren und über ein Netzwerk zu übermitteln, seriöse Lösungen entgegen gesetzt werden, um die Vertraulichkeit des Arzt-Patienten-Kontaktes zu gewährleisten. Zudem müssen Ärzteschaft und Patienten weiter für den vermehrten Einsatz von digitalen Technologien sensibilisiert werden.

## **2.3 Einbeziehung von Patientenorganisationen in die Versorgungsplanung**

Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen treten häufig als Vermittler zwischen der Fachexpertise der Ärzte und den Bedürfnissen der Patienten auf. Sie

dienen dem Informations- und Erfahrungsaustausch und vertreten in unterschiedlichem Grad die Belange ihrer Mitglieder nach außen. Damit tragen sie zu einer vermehrten Bekanntheit der chronischen Erkrankung und ihrer Therapiemöglichkeiten sowie zum besseren Verständnis patientenseitiger Bedürfnisse und Bedarfe bei. Sie helfen auf diese Weise, den Erfolg medizinischer Maßnahmen zu steigern. Der Zusammenschluss von Menschen mit chronischen Wunden in einer Patientenorganisation kann nur unterstützt werden, die Einbeziehung dieser Gruppierung in die Versorgungsplanung ist ein vorrangiges Ziel.

## **2.4 Leichter Zugang zu spezialisierter Versorgung**

Ein Patient mit chronischen Wunden in einem besonders schweren Status, mit hohem Leidensdruck und einem komplexen, nicht erfolgreichen Behandlungsverlauf, ist in hohem Maße von den versorgenden Ärzten und spezialisierten Pflegeeinrichtungen abhängig. Diesen, z. B. in den noch zu wenig etablierten Wundnetzen, fällt hier eine Schlüsselfunktion zu. Ihnen obliegt es, die jeweils nötige Schwerpunktpraxis unter den angeschlossenen Versorgungseinrichtungen zu identifizieren und dem Betroffenen auf diese Weise den Weg in die richtige Behandlung zu weisen.

## **2.5 Finanzielle Anreize für die Versorgung**

Monetäre Anreize in der Honorierung sind unumgänglich. Das komplexe Krankheitsbild und die vielfältigen Ursachen bedingen einen multidisziplinären Ansatz, der auf ausreichend Ressourcen zurückgreifen können muss. Die Behandlung chronischer Wunden ist personalintensiv, zudem zeitintensiv und im Hinblick auf die Verbandsstoffe auch materialintensiv. Die Versorgungsforschung hat bereits wiederholt belegt, dass in der Routineversorgung durch Hausärzte und andere Versorger diesem Umstand nur wenig Aufmerksamkeit beigemessen wird. Zu fordern sind deshalb zusätzliche Anreize für den besonders hohen Aufwand der Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden.

## **3. Qualitätsebene**

### **3.1 Notwendigkeit der leitliniengerechten Behandlung**

Für eine vollumfänglich medizinische Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden, gerade auch be-

dingt durch die interdisziplinäre und interprofessionelle Ausrichtung der Versorgung, ist es unerlässlich, auf Erkenntnisse zu setzen, die sowohl wissenschaftlich abgesichert als auch praxisorientiert sind. Die Implementierung von Dokumentationsstandards durch die Wundkonsensuskonferenzen ist ein wichtiger Schritt und flankiert bestehende Leitlinien hin zu einer qualitativ hochwertigen Behandlung. Beide Standardisierungen sind jedoch noch zu intensivieren und es ist auf ihre sachgerechte Umsetzung hinzuwirken. Zielgruppen hierfür sind neben den Dermatologen insbesondere die mitversorgenden Hausärzte und Fachärzte, aber im Besonderen auch die pflegenden und anderweitigen ambulanten wie stationären Versorger.

### **3.2 Verstetigung von Fort- und Weiterbildungen**

Chronische Wunden führen zu multiplen Leiden. Um Chronifizierung und Spezifität der Wunden rechtzeitig zu erkennen und die entsprechende Behandlung einzuleiten, benötigen Ärzte und Versorger ein umfassendes Fachwissen auf der Höhe der aktuellen Forschung. Geboten sind daher Fort- und Weiterbildungen sowohl im Therapiewissen wie in der Fähigkeit, chronische Wunden schnell und zuverlässig zu erkennen. Auch hier sind entsprechende Anreize nötig, um im vollen Praxisalltag turnusmäßig Zeit für eine routinemäßige Schulung einräumen zu können.

### **3.3 Ausbau der Messkultur**

Therapieziele auf Patientenebene und abgestimmte Versorgungsziele auf Ebene des Gesundheitssystems können wichtige Grundlagen für die bessere Standardisierung und Zielorientierung der Wundversorgung schaffen. Damit einhergeht die Implementierung einer effizienten Messkultur durch die versorgenden Einrichtungen. Dieser Prozess ist konsequent weiterzuentwickeln und in die partizipative Entscheidungsfindung der Arzt-Patienten-Beziehung aufzunehmen.

Die durch die Bundeskonsensuskonferenzen festgelegten Standards in der Dokumentation, Messung und Bewertung von Wundverläufen liefern hierfür den idealen Boden, um die Qualitätssicherung und Vergleich-

barkeit von patientenbezogenen Krankheitscharakteristika auch an unterschiedlichen Erhebungspunkten in genormte Bahnen zu bringen.

## **4. Forschungsebene**

### **4.1 Identifizierung durch Versorgungsforschung**

Zur sachgerechten Diagnostik und Therapie chronischer Wunden liegen seit vielen Jahren Leitlinien vor, jedoch behaftet mit einem fehlenden hohen Evidenzlevel und vielen ursächlich noch ungeklärten Therapieeffekten. Um Patienten die bestmögliche Behandlung zukommen lassen zu können, muss der medizinische Alltag unter die Lupe genommen werden. Auf dem Boden gesicherter Evidenz ist es die Aufgabe der Versorgungsforschung, die Erkenntnisse zum optimierten Einsatz der vielfältigen Therapien und Arzneimittel in Wechselwirkung mit den patientenseitigen Risikofaktoren zu erschließen und zu vertiefen und dadurch Defizite in der Versorgung chronischer Wunden aufzudecken und Konzepte zu deren Verbesserung anzustoßen. Diese Leistung kann nicht durch die klinische Forschung erbracht werden, sondern ist Kernaufgabe der Versorgungsforschung, deren Aktivitäten es deshalb in Entwicklung, Durchführung und Schlussfolgerung im besonderen Maße zu unterstützen gilt.

### **Die Zukunft hat gerade erst begonnen**

Die Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden stellt ein äußerst dynamisches Feld mit einem großen Potenzial dar. Primäres Ziel ist es, die Lebensqualität der Patienten wiederherzustellen, psychosoziale Belastungen zu lindern und zugleich eine hinreichende Versorgungseffizienz zu erzielen.

Die Entwicklungen in diesem Erkrankungsbereich systematisch zu begleiten, auszuwerten und die Lernprozesse daraus in verbesserte Versorgungsansätze einzubeziehen, nützt somit nicht nur dem gesamten Gesundheitssystem, sondern vor allem jedem einzelnen Patienten.

*Fortsetzung auf der folgenden Seite*

# Schritt für Schritt in die Zukunft

Die zukünftige Versorgung bestmöglich gestalten

Von Prof. Dr. Matthias Augustin, Prof. Dr. Martin Storck, Dr. Holger Lawall und Mario Gehoff

Fortsetzung von der vorigen Seite

