HEALTHCARE JOURNAL

Wundmanagement

Ausgabe 02/12

Komplex

Diagnose chronischer Wunden

Diskussion: Leitlinien zur lokalen Wundtherapie

DRG: Kodierung von Wunden

Recht: Wunde und Delegation

Versorgung

Lebensqualität und Therapienutzen

Sektorenübergreifende Netzwerke und ihre wirtschaftlichen Möglichkeiten

Wundkonsildienst im Krankenhaus

ZEITSCHRIFT DER B. BRAUN MELSUNGEN AG

Liebe Leserinnen und Leser!

Uwe Alter,
Direktor Marketing und Vertrieb

Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden hat viele Gesichter. Ambulant tätige Fachärzte, Chirurgen, Wundspezialisten, Krankenpfleger, Hausärzte, Podologen, Apotheker und Angehörige sind mal mehr, mal weniger in die Wundbehandlung involviert. Experten bemängeln immer wieder die daraus resultierende heterogene Behandlungsqualität sowie die fehlenden sektorenübergreifenden Versorgungspfade. Die Kosten, die durch „Behandlungs-Hopping" und unzureichende Therapien entstehen, können nur geschätzt werden. Die Fachwelt geht von zwei bis vier Millionen Patienten mit chronischen Wunden aus, die Behandlungskosten von ca. vier Milliarden Euro pro Jahr verursachen.

Wir brauchen in Deutschland Strukturen, die es möglich machen, einen Wundpatienten durch das Gesundheitssystem zu begleiten. Denn Menschen mit chronischen Wunden gehen nach einer Behandlung im Krankenhaus nicht geheilt nach Hause. Hinter jeder chronischen Wunde steckt eine Grunderkrankung, die – sei es nun eine arterielle Verschlusskrankheit, eine chronisch venöse Insuffizienz oder ein Diabetes mellitus – therapiebedürftig bleibt.

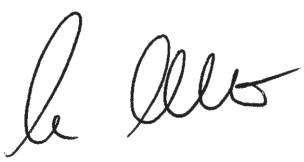
Vor diesem Hintergrund informieren die Autoren in dieser Ausgabe sowohl über medizinische Aspekte wie die Diagnose chronischer Wunden und die Antiseptik als auch über neue Versorgungsmodelle mit gezielter Fallsteuerung sowie Konzepte zum Wundmanagement.

In dem Zusammenhang darf der Aspekt von „Lebensqualität als Therapieziel" genauso wenig fehlen wie die Vorstellung der im Sommer veröffentlichten S3-Leitlinien zur Lokaltherapie chronischer Wunden.

Freuen Sie sich auf die topaktuellen Fachbeiträge unserer Autoren.

In diesem Sinne verbleibe ich mit freundlichen Grüßen

Ihr



Inhalt

03	Wenn Wunden nicht mehr heilen
04	Chronische Wunden: Hard-to-diagnose
06	Wundkonsil Marburg: Der Patient profitiert
08	Sonthofen: Wundbegleitung in der Geriatrie
09	Antiseptika in der Wundbehandlung
12	S3-Leitlinien zur Lokaltherapie chronischer Wunden Interview mit Prof. Fansa, DGfW
16	Kodierung chronischer Wunden
18	Wundzentrum Hamburg: Lebensqualität bei Wundpatienten
22	Wundambulanz Friesoythe: Lange Wege, kurzer Draht
24	Recht: Heilkunde im Wundmanagement
26	Gefäßchirurgie Speyer: Diabetisches Fußsyndrom und seine Versorgung
29	Karlsruhe: Vernetzt zum Erfolg

Impressum

HealthCare Journal – Zeitschrift für Fachkreise

Herausgeber
B. Braun Melsungen AG
Carl-Braun-Straße 1
34212 Melsungen

Redaktion
Verantwortlich: Andrea Thöne,
Telefon (0 56 61) 71-35 41, Telefax (0 56 61) 75-35 41
E-Mail: andrea.thoene@bbraun.com
www.healthcare-journal.bbraun.de

Wissenschaftlicher Beirat
Priv.-Doz. Dr. med. Alexander Schachtrupp

Layout/Satz
Verantwortlich: Tatjana Deus, B. Braun Melsungen AG
Umsetzung: Polymotion Werbeagentur

Fotografie
B. Braun Melsungen AG

Hinweis
Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, jedoch ohne Gewähr.
Eine Haftung wird nicht übernommen.
Die mit einem Autorennamen gezeichneten Artikel geben die Meinung des jeweiligen Autoren wieder, die nicht mit der Meinung der B. Braun Melsungen AG identisch sein muss.

Wenn Wunden nicht mehr heilen

In den letzten Lebenswochen zu Hause zu sein und sich so weit es geht noch wohlfühlen zu können, ist der Wunsch, den die meisten Menschen haben, wenn die Lebenszeit begrenzt ist. Diesen Wunsch zu erfüllen ist das Ziel der palliativen Versorgung. Palliativmediziner verfolgen auch in der palliativen Wundversorgung einen an den Symptomen orientierten, praktischen und kreativen Ansatz, der sich mehr an den Bedürfnissen des Patienten als an der Schulmedizin orientiert.

Exulzerierende Tumoren sind eine der großen Herausforderungen in der täglichen Versorgung sterbender Menschen. Aufgrund ihrer Eigenschaften können sie die Lebensqualität des Patienten und der ihm nahestehenden Personen massiv einschränken. Sie entstehen, wenn bösartige Tumorzellen in die Haut und deren versorgende Strukturen infiltrieren. Die Wunden brechen auf und wuchern unkontrolliert, was neben Schmerzen, hohem Exsudataufkommen, Juckreiz und Übelgeruch auch zu spontanen Blutungen und Hämorrhagien führen kann.

Sind Wunden nicht mehr heilbar, ist oft die Kreativität des Pflegeteams gefragt. „Symptomlinderung und Lebensqualität des Kranken stehen im Mittelpunkt des Handelns, notfalls auch mit unkonventionellen Methoden", sagte Martina Kern vom Malteser Krankenhaus in Bonn in ihrem Vortrag auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin in 2012. Die Wundexpertin zeigte, dass dabei spezielle Wundauflagen, ätherische Öle zur Geruchsbindung, blutstillende Medikamente und Lokalanästhetika für die Schmerzen nützlich sein können. Unter anderem sind Silikonwundauflagen mit Distanzgitter sinnvoll, weil sie nicht mit der Wunde verkleben, lange auf der Wunde verbleiben können und damit einen atraumatischen Verbandwechsel möglich machen.

Die Betroffenen brauchen viel Unterstützung. Für Kern ist es wichtig, dass das Palliativteam die Aufmerksamkeit auf den Patienten und sein Umfeld richtet und ihre Ängste und Hoffnungen teilt. „Der Tumor ist immer präsent und macht es den Betroffenen nahezu unmöglich, ihre lebensbedrohliche Erkrankung zu verdrängen", beschreibt Kern. Auch nahestehende Menschen fühlten sich durch den Anblick der Wunde überfordert. „Das Gefühl des Ekels führt oft dazu, sich von dem Menschen, dem man eigentlich in dieser Zeit des Leidens auch körperlich nahe sein möchte, zu distanzieren. Gefühle wie Scham und Schuld sind die Folge", erklärt Kern.

Bei der Pflege dieser Wunden können Ausnahmesituationen entstehen, die auch das Personal mit seinen Grenzen konfrontieren kann. Kern rät zu offener Kommunikation: Fragen des Kranken zu eigenen Empfindungen bei seinem Anblick und Geruch seien möglichst ehrlich zu beantworten, um ihn nicht weiter zu isolieren. Hinter diesen Fragen verberge sich oft der Wunsch, über die Qualen, die mit dem exulzerierenden Tumor verbunden sind, zu sprechen und diese zu teilen.

Fazit: In der Begleitung ist es für alle involvierten Personen wichtig, die eigenen Grenzen wahrzunehmen und zu respektieren. „Anderen Helfenden Aufgaben zu übergeben, sich auch mal bei der Anlage des Verbandes abzuwechseln, ist unverzichtbarer Bestandteil der persönlichen Psychohygiene", rät Martina Kern.

Personal und Patienten Sicherheit zu geben – das ist eine Maxime von B. Braun. Deshalb organisiert das Unternehmen regelmäßig Workshops zur palliativen Wundversorgung. Die Mitarbeiter der Firma sind auch bei der Planung und Durchführung von regionalen Veranstaltungen behilflich. Eine CD über den Workshop Palliative Wundversorgung der Wundexpertin Martina Kern aus Bonn sowie Termine für 2013 sind anzufordern über die E-Mail-Adresse: *training_opm@bbraun.com*.

Weitere Informationen zur Wundversorgung in der Palliativmedizin sind unter *www.palliativecare.bbraun.de* zu finden.

Patienten mit chronischen Wunden:

Oft hard-to-diagnose statt hard-to-heal

Von Prof. Dr. Joachim Dissemond

Am häufigsten manifestieren sich chronische Wunden als Ulcus cruris, diabetisches Fußsyndrom oder Dekubitus. Auch wenn Gefäßerkrankungen in der Ätiologie chronischer Wunden insbesondere der unteren Extremitäten den wesentlichsten Stellenwert ausmachen, so ist doch die Kenntnis und Diagnostik der relevanten Differenzialdiagnosen insbesondere bei therapierefraktären oder atypischen Verläufen von entscheidender Bedeutung. In den letzten Jahren wird für Begriffe wie „therapierefraktär" oder „therapieresistent" oft auch die aus dem angloamerikanischen Sprachraum stammende Bezeichnung „hard-to-heal" verwendet.

In der täglichen Praxis zeigt sich immer wieder, dass das zentrale Problem bei den als „hard-to-heal" bezeichneten Patienten eine mangelhafte Diagnostik ist, sodass die Patienten oft über viele Jahre lediglich symptomorientiert eine Wundtherapie erhalten, ohne dass die zugrundeliegenden Ursachen korrekt diagnostiziert und anschließend kausal ansetzend behandelt worden sind. Somit sind viele dieser hard-to-heal-Patienten in Wirklichkeit „hard-to-diagnose", und somit unzureichend diagnostiziert, da oft nach Einleitung einer kausal ansetzenden Behandlung ein entsprechender Therapieerfolg verzeichnet werden kann.

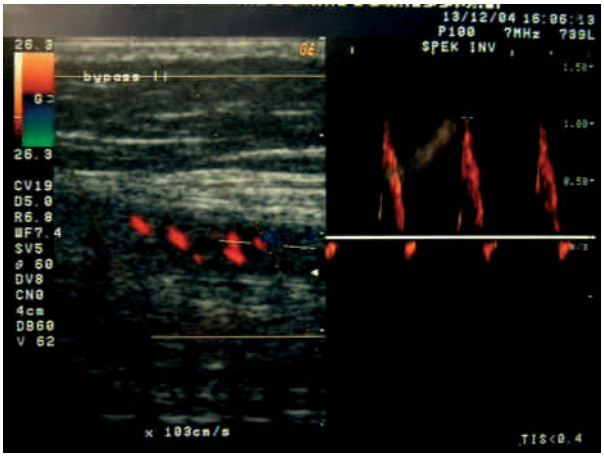
Ursachen chronischer Wunden

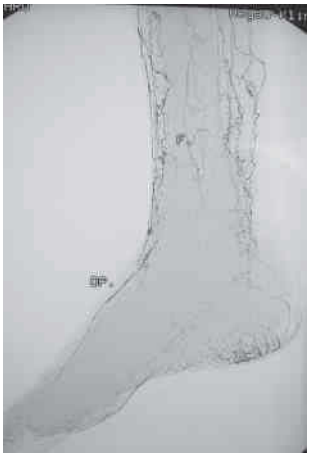
1.	Vaskuläre Erkrankungen, wie z. B. CVI, pAVK
2.	Neuropathien, z. B. bei Diabetes mellitus, Alkoholabusus
3.	Exogene physikalische Faktoren, z. B. Druck, Verbrennung
4.	Metabolische Störungen, z. B. Diabetes mellitus, Kalziphylaxie
5.	Dermatosen, z. B. Pyoderma gangraenosum, Necrobiosis lipoidica
6.	Neoplasien, z. B. Plattenepithelkarzinom, Basalzellkarzinom
7.	Medikamente, z. B. Hydroxyurea, MTX
8.	Infektionskrankheiten, z. B. Ekthyma, Leishmaniose
9.	Hämatologische Neoplasien, z. B. Thalassämie, Sichelzellanämie
10.	Artefakte, z. B. Dermatitis artefacta, Zoonosenwahn
11.	Genetische Erkrankungen, z. B. Klinefelter-Syndrom, Klippel-Trenaunay-Syndrom

Klinische Untersuchung

Nach spezifischer Anamnese und klinischer Inspektion des gesamten Patienten kann oft schon eine Verdachtsdiagnose gestellt werden. Wichtig ist es, die Lokalisation, die Konfiguration, den Wundrand und insbesondere die umgebende Haut der Wunde zu untersuchen. So beginnen beispielsweise mindestens 80 % aller venösen Ulcera oberhalb des oder hinter dem Malleolus medialis. Auch kann eine bizarre Konfiguration ebenso wie ein livider Randsaum auf das Vorliegen einer Vaskulitis oder einer anderen autoimmunologischen Ursache hindeuten. Bei der Inspektion der Wundumgebung fallen insbesondere bei Vorliegen einer chronischen venösen Insuffizienz (CVI) neben der klinisch oft sehr imposanten Varicosis eine Reihe weiterer typischer klinischer Stigmata wie die Corona phlebectatica paraplantaris, Purpura jaune d'ocre, Stauungsdermatitis, Atrophie blanche und/oder Dermatolipo(faszio)sklerose auf.

Sowohl die Pulsmessung als auch die Auskultation der Gefäße gehört zu den schnell und einfach durchzuführenden klinischen Untersuchungen. Für eine grob orientierende neurologische Untersuchung können ein sogenannter Tip Therm für die Kalt-Warm-Differenzierung, eine Stimmgabel und beispielsweise eine aufgebogene Büroklammer für die Spitz-Stumpf-Differenzierung hilfreich sein. Weiterhin sollte eine ausgiebige Palpation der betroffenen Areale erfolgen. Die klinische Testung auf das Vorliegen eines Unterschenkelödems kann beispielsweise durch Druck auf die Tibia erfolgen. Da ein Lymphödem auch die





Zehen betrifft, kann man es mit dem Versuch die Haut über dem Grundgelenk der zweiten Zehe in Form einer Falte abzuheben testen. Gelingt dies nicht, spricht man von einem positiven Stemmer'schen Zeichen.

Apparative Diagnostik

Die Durchführung einer apparativen Diagnostik sollte sich an den zuvor erhobenen klinischen Befunden orientieren und diese ggf. weiter abklären. Es empfiehlt sich, bei jedem Patienten mit einer chronischen Wunde der unteren Extremität eine direktionale Dopplersonographie oder besser eine Farbduplexsonographie durchzuführen. Ebenso sollte immer der brachiotibiale Index (BTI), auch als Knöchel-Arm-Quotient bezeichnet, ermittelt werden. Ein verminderter Index $<0{,}9$ gilt bereits als beweisend für das Vorliegen einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK). Sollte der BTI jedoch $>1{,}3$ sein, muss auch an das Vorliegen einer Mediasklerose gedacht werden. Als kritische Ischämie wird ein absoluter Knöchelarteriendruck von <50 mmHg bezeichnet. Bei pathologischen Befunden, die mit einer entsprechenden klinischen Symptomatik korrelieren, sollte eine Angiographie meist in Form der digitalen Subtraktionsangiographie (DSA), alternativ auch mittels Kernspin- oder Computertomographie durchgeführt werden. Für die erweiterte Venendiagnostik kann es sinnvoll sein, eine digitale Photoplethysmographie (DPPG), Lichtreflexrheographie (LRR) und/oder Venenverschlussplethysmographie durchzuführen. Bildgebende Verfahren wie beispielsweise eine Röntgenuntersuchung können zur Abklärung einer Osteomyelitis oder der Beurteilung der Ausdehnung einer Calcinosis cutis hilfreich sein. Insbesondere vor operativen Eingriffen empfiehlt es sich, eine Phlebographie durchzuführen. Bei Verdacht auf Vorliegen einer Kollagenose sollte auch eine Nagelfalz-Kapillaroskopie durchgeführt werden.

Biopsie

Eine Biopsie aus dem Randbereich einer chronischen Wunde sollte bei klinischem Verdacht auf das Vorliegen einer Neoplasie oder einer Vaskulitis/Vaskulopathie erfolgen. Wenn das Vorliegen einer Vaskulitis vermutet wird, ist der Zeitpunkt der Biopsieentnahme entscheidend, da reaktiv jede chronische Wunde im Verlauf histopathologisch unspezifische Zeichen einer Vaskulitis zeigen kann. Insbesondere bei Verdacht auf eine Kollagenose sollte eine weitere Biopsie für die Durchführung einer direkten Immunfluoreszenzdiagnostik (DIF) entnommen werden.

Serologie

Serologische Parameter sollten nur dann abgenommen werden, wenn klinisch der Verdacht auf eine seltener diagnostizierte Ursache wie beispielsweise Vaskulitis, Kalziphylaxie oder Infektionskrankheit gestellt worden ist. Neben einem Blutbild, Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) und dem C-reaktiven Protein (CRP) kann bei spezifischer Anamnese oder klinischem Befund eine weiterführende Gerinnungsdiagnostik (z. B. TPZ, PTT, Protein C, Protein S, AT-III, PAI-1) oder die Bestimmung der Autoantikörper (z. B. ANA, ENA, ANCA, dsDNA, Antiphospholipid-Antikörper) sinnvoll sein.

Diskussion

Die Ursachen für die Entstehung von chronischen Wunden können sehr vielfältig sein und betreffen daher nahezu alle Bereiche der Medizin. Es ist daher unbedingt sinnvoll die Diagnostik bei Patienten mit chronischen Wunden interdisziplinär und interprofessionell durchzuführen, da ansonsten oft relevante Ursachen nicht diagnostiziert und in der Folge nicht therapiert werden. Eine langfristig erfolgreiche Therapie muss aber obligat auf einer korrekt durchgeführten Diagnostik basieren.

Prof. Dr. med. Joachim Dissemond ist Facharzt für Dermatologie und Venerologie und als Oberarzt an dem Universitätsklinikum Essen tätig. Er engagiert sich unter anderem als Vorstandsmitglied in dem 2010 gegründeten Wund-D-A-CH-Verband der drei Fachverbände AWA (Österreich), ICW e.V. (Deutschland) und SAfW (Schweiz) und ist 1. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Wundheilung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (AGW).

Kontakt

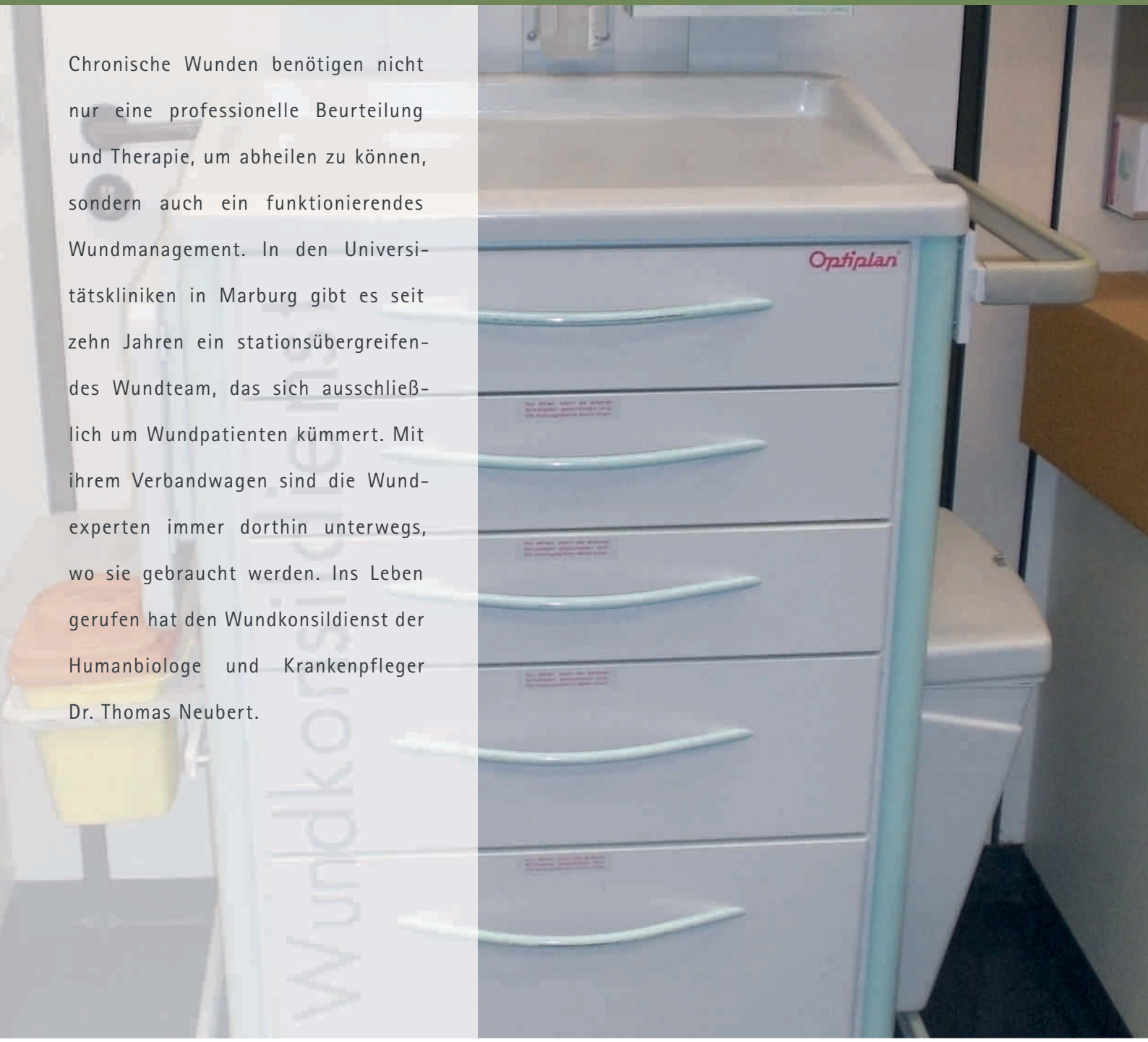
Prof. Dr. med. Joachim Dissemond
Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Universitätsklinikum Essen
E-Mail: joachim.dissemond@uk-essen.de

Der Patient profitiert

Wundkonsil in Marburg: Die Organisation ist entscheidend für Therapieerfolg

Von Andrea Thöne

Chronische Wunden benötigen nicht nur eine professionelle Beurteilung und Therapie, um abheilen zu können, sondern auch ein funktionierendes Wundmanagement. In den Universitätskliniken in Marburg gibt es seit zehn Jahren ein stationsübergreifendes Wundteam, das sich ausschließlich um Wundpatienten kümmert. Mit ihrem Verbandwagen sind die Wundexperten immer dorthin unterwegs, wo sie gebraucht werden. Ins Leben gerufen hat den Wundkonsildienst der Humanbiologe und Krankenpfleger Dr. Thomas Neubert.



Was ist der Wundkonsildienst?

Der Wundkonsildienst ist ein interdisziplinäres Zentrum, das allen klinischen und ambulanten Einrichtungen der Universitätsklinik zur Verfügung steht. Der Wundfachexperte hat eine eigene Sprechstunde und betreut konsiliarisch Kliniken bei der Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Weitere Aufgabenfelder sind die Weiterbildung der Pflegenden und Studenten sowie die Dokumentation und die Zusammenstellung der Produktsortimente. Wir arbeiten nach nationalem Expertenpflegestandard. Natürlich bleibt die Therapiehoheit beim behandelnden Arzt.

Was waren Ihre Beweggründe, den Wundkonsildienst aufzubauen?

Wir haben erkannt, dass mit zunehmender Komplexität der Pflege von Wundpatienten und der Vielzahl an Produkten die Wundbehandlung für in den Stationsbetrieb eingebundenes Personal nicht nebenher durchführbar ist. Auch gab es im Klinikum auf vielen Stationen „inoffizielle" Wundexperten. Diese Kompetenz haben wir gebündelt und allen Abteilungen zur Verfügung gestellt. Angelehnt haben wir den Dienst an unsere Stomatherapeuten, die schon seit längerer Zeit übergreifend tätig und auch zuweilen in die Wundbehandlung eingebunden sind. Heute besteht der Wundkonsildienst aus zwei Wundexperten und zwei Stomatherapeutinnen mit je einer halben Stelle sowie einem Wundexperten in der Dermatologie.

Welche Wunden versorgen Sie?

Durch unsere enge Anbindung an das Gefäßzentrum und die Dermatologie behandeln wir meist Ulcera crurum, wobei auch die Behandlung aller anderen Wundentitäten zu unserem Tätigkeitsspektrum gehört. Wir versorgen zu ca. 40 Prozent OP-Wunden mit Komplikationen, zu 30 Prozent venöse Ulcera, zu 10 Prozent Dekubitalgeschwüre und zu 20 Prozent arterielle Ulcera. In einem Krankenhaus der Grundversorgung sähe die Verteilung sicherlich anders aus. Was wir hier sehen ist, dass Patienten mit Diabetes und damit auch die entsprechenden Folgeerkrankungen wie chronische diabetische Ulcera bei immer jüngeren Patienten auftreten. Wir sehen aber auch zunehmend, dass sich spezielle Wunden bei Patienten mit Adipositas entwickeln und besonders bei diesem Patientenklientel vermehrt Wundkomplikationen auftreten. Unter dem Begriff Dekubitus werden häufig Wundentitäten subsummiert, die mit Druck nichts zu tun haben. Ich würde sagen bis zu 40 Prozent aller angeblichen Dekubitalulcera werden falsch interpretiert. Das meiste sind feuchtigkeitsassoziierte Wunden oder Verletzungen, die sich Patienten zuziehen. Das zu identifizieren, ist wichtig, um die Ursachen zu bekämpfen. Hier wird vieles aus Unwissenheit falsch behandelt.

Wie sieht die Zusammenarbeit mit den einzelnen Abteilungen aus?

Wir sind bestrebt, auf jeder Station Wundexperten zu etablieren, die als Multiplikatoren bei Spezialverbänden, Überwachung der Dekubitushäufigkeit und Lagerung dienen. Für Lagerungshilfen haben wir ein 4-Stufen-System aufgebaut. Je nach Gefährdungsstufe empfehlen wir bestimmte Systeme. Die einzelnen Abteilungen fordern uns an, wenn sie unsere Unterstützung benötigen. Der Wundkonsildienst hat im letzten Jahr mehr als 700 Patienten betreut. Diese hohe Zahl kommt zustande, weil der Dienst auch die Aufgabe hat, chronische Wunden zu vermeiden. Dabei geht es nicht nur um Lagerungstherapie.

Sehen Sie wirtschaftliche Vorteile in dem Konsildienst?

Durch die Etablierung des Wundkonsildienstes ergibt sich ein großes Einsparpotenzial. Es gibt einen Standardkatalog, aus dem sich die Stationen bedienen können. Wundbehandlungsspezialitäten gibt es nur über den Wundkonsildienst, wenn die entsprechende Indikation geprüft und bestätigt worden ist. Auch durch die standardisierte Dokumentation ergeben sich wirtschaftliche Vorteile für das Krankenhaus, da Therapiekonzepte nachvollziehbar sind und bei Bedarf rechtzeitig eine wirkungsvollere Therapie eingeleitet werden kann.

Und der Patient?

Sie müssen immer den Menschen mit seiner Grunderkrankung hinter der Wunde sehen. Der Mensch ist prinzipiell so konstruiert, dass in der Regel eine Wunde abheilt, wenn die Grunderkrankung erfolgreich behandelt werden kann. In der Regel reichen wenige Produkte für die Lokaltherapie aus. Wir vom Wundkonsildienst können uns Zeit nehmen und Vertrauen aufbauen. Wir geben z. B. nicht gleich Schmerzmittel beim Verbandwechsel, sondern versuchen durch angepasste Verbandstoffe und entsprechende Vorgehensweise Schmerzen zu vermeiden. Das nehmen die Patienten positiv auf. Gerade Schmerzreduktion und Selbstständigkeit sind zwei Faktoren, die die Lebensqualität ausmachen.

Und das kann die Pflege beeinflussen?

Feuchtigkeit vermeiden, Training, diätetische Umstellung, anstoßen, dass Menschen beweglicher werden – das braucht Experten. Zur Unterstützung der ärztlich notwendigen Kausaltherapie ist eine spezielle Pflege, die auf Mobilisation, Bewegung und Beratung und Edukation aufbaut, unverzichtbar. Die Kompressionstherapie bei chronisch-venöser Insuffizienz zum Beispiel. Wir sehen immer wieder, dass sich bei Wunden mit augenscheinlich therapeutisch wenig Optionen etwas tut, wenn die Durchblutung z. B. durch Bewegungsprogramme oder Milieuveränderung verbessert wird. Wir müssen den Patienten zum Mitmachen bewegen. Er sollte möglichst nach Hause, wo er sich automatisch mehr bewegt.

Und wenn der Patient entlassen wird?

Der Wundkonsildienst hat ein Netzwerk kooperierender Pflegedienste aufgebaut, die Patienten mit komplexen Wunden zu Hause weiterbehandeln können. Wir haben auch zwei große Wundzirkel ins Leben gerufen, die wir mit Vorträgen bedienen. Selbst mit einer speziellen Therapie wie zum Beispiel der Unterdrucktherapie ist es möglich, Patienten nach Hause zu schicken.

Was raten Sie anderen Krankenhäusern?

Ein Krankenhaus der Grundversorgung mit bis zu 300 Betten braucht mindestens einen Experten, der nur für die Wundversorgung zuständig ist. Das lässt sich nicht nebenbei machen. Die Organisation der Wundbehandlung ist entscheidend für den Therapieerfolg.

Wundbegleitung in der Geriatrie:

Im Krankenhaus und zu Hause gut versorgt

Von Andrea Thöne

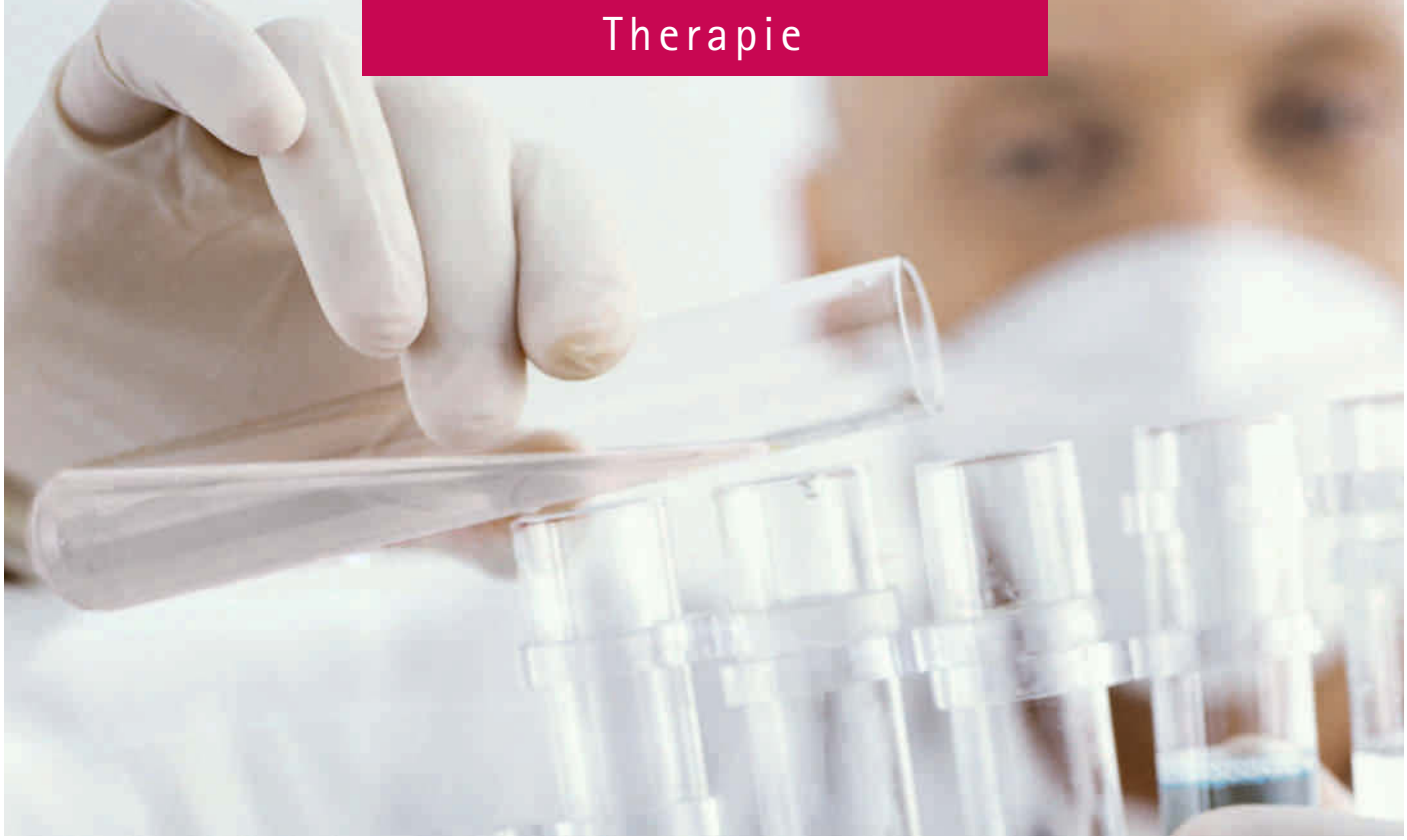
Patienten nach der Entlassung in ein Heim oder nach Hause gut versorgt zu wissen, ist auch ein Anliegen der geriatrischen Rehabilitationsklinik in Sonthofen. Die Klinik im Oberallgäu hat bereits in 2007 eine Wundexpertin eingestellt, die sich ausschließlich um die Weiterversorgung der Senioren mit chronischen Wunden kümmert. Die Patienten der Einrichtung sind im Durchschnitt weit über 70 Jahre alt. Da sind Wunden, die nicht abheilen, häufig. „Bei uns hat jeder vierte Patient eine chronische Wunde", erklärt Chefarzt Dr. Ronald Treiber. Viele davon seien mangelernährt, was die Wundheilung noch verzögere. Die Patienten bleiben etwas mehr als drei Wochen in der Rehaklinik. „In dieser Zeit lassen sich schon große Fortschritte in der Wundtherapie erzielen. Natürlich möchten wir, dass es nach der Entlassung so weitergeht", erklärt der Internist und Geriater seine Motivation.

Die Aufgaben der mobilen Wundbegleitung (MWB) sind vielfältig: Die zuständige Wundschwester Marlies Semrau bespricht den Therapievorschlag der Klinik mit dem Hausarzt und unterstützt den Pflegedienst bei der Versorgung und dem Verbandwechsel. „Der Hausarzt ist in der Verordnung frei, folgt aber meist unseren Vorschlägen", erklärt der Chefarzt das Konzept. Die Pflegedienste könnten jederzeit mit der Mitarbeiterin Kontakt aufnehmen, wenn die Wunde sich nicht wie erwartet entwickelt und Komplikationen auftreten.

Die Klinik hat nach eigenen Aussagen kontinuierlich zehn bis 15 ambulante Patienten in der Begleitung. Sobald ein Patient entlassen werde, komme die Wundschwester auf die Station und mache sich ein Bild von der Wunde. Zusätzlich gibt es einen Überleitungsbogen, der den Wundverlauf dokumentiert und die Therapieempfehlung enthält. Zu diesem Zweck hat die Klinik auf Basis eines geriatrischen Dokumentationsprogrammes ein eigenes Wundmodul mit Fotodokumentation entwickelt. „Häufig überzeugen allein die Fotos über die Wundentwicklung die Hausärzte von unserer Behandlungsqualität", erklärt Dr. Treiber. Die Wundschwester führt die Wunddokumentation über das Klinik-PC-System auch nach Entlassung des Patienten weiter – bis die Wunde abgeheilt ist.

Finanziert wird die Wundschwester von der Klinik. Das kommt in erster Linie dem Ruf der Sonthofener Einrichtung zugute. „Die Krankenkassen unterstützen Qualitätsverbesserungen nur, wenn sie auf den ersten Blick zu Einsparungen führen", erklärt der Chefarzt. „Darunter leiden gerade Patienten mit chronischen Erkrankungen." Die Probleme, die sich aus dem Drehtüreffekt ergeben, hat jetzt auch die Akutklinik in Kempten erkannt, aus der die meisten Patienten in die Reha nach Sonthofen verlegt werden. Sie wollen die MWB einführen. Dr. Treiber: „Ich bin überzeugt, dass wir viele Patienten vor einer erneuten stationären Aufnahme bewahren und das Gesundheitssystem damit Kosten spart."

Dr. Ronald Treiber



Kolonisiert oder infiziert – Auswahl von Antiseptika in der Wundbehandlung

Von Prof. Dr. Axel Kramer

Obwohl jede Wunde kontaminiert sein kann, entwickelt nicht jede kontaminierte Wunde eine Infektion. Es steht eine Reihe von Antiseptika für die Wundbehandlung zur Verfügung. Es gilt jedoch sorgfältig abzuwägen, wann welche Substanz einzusetzen ist.

Eine Entscheidungshilfe für den Einsatz von Antiseptika gibt der Wounds at Risk Score (Tab. 1). Nach Addition unterschiedlich gewichteter Gefährdungsursachen ist bei ≥3 Punkten die Antiseptik indiziert.

Weitere Indikationen für die Wundantiseptik sind die klinisch manifeste Wundinfektion und die Wundkolonisation mit multiresistenten Erregern (MRE). **Dabei wird der Unterschied zwischen Kolonisation, kritischer Kolonisation und Wundinfektion wie folgt definiert:**

Unter einer Wundinfektion versteht man das Eindringen und Vermehren eines Infektionserregers in bzw. auf einer Wunde mit immunologischer Wirtsreaktion. Die Genese einer Wundinfektion ergibt sich aus der Sequenz:

- Der Erreger gelangt in die Wunde und haftet am Gewebe, sog. Kontamination oder Attachment.
- Nachfolgend vermehrt sich dieser Erreger in oder auf der Wunde, sog. Kolonisation. Eine klinisch bedeutsame immunologische Wirtsreaktion bleibt (vorerst) aus. Ist die Wunde mit einem MRE kolonisiert, kann dieser von hier aus weiterverbreitet werden.
- Vor allem bei chronischen Wunden kommt es zur sog. kritischen Kolonisation ohne invasive Infektion und daher ohne Ausbildung der klassischen Infektionszeichen. Allerdings ist die Wundheilung z. B. durch mikrobielle Toxine verzögert, blutungsempfindlich und häufig mit starker Geruchsentwicklung verbunden.
- Die lokale Wundinfektion ist charakterisiert durch die klassischen Symptome: Schmerzen (Dolor), Rötung (Rubor), Schwellung (Tumor), Erwärmung (Calor), Funktionseinschränkung (Functio laesa). Die eitrige Exsudatmenge und -viskosität kann zunehmen. Außerdem ergibt sich ein wahrnehmbarer bzw. störender Wundgeruch. Es resultiert eine Wundheilungsstagnation.
- Bei Generalisierung der lokalen Wundinfektion setzt zusätzlich die systemische

Tab. 1: Risikoeinteilung infektionsgefährdeter Wunden nach [1]

Risiko	Scorepunkte
■ immunsuppressive Erkrankung (z. B. Diabetes mellitus) ■ medikamentöse Immunsuppression (z. B. Methotrexat, Glukokortikoide) ■ solider Tumor ■ hämatologische Erkrankung ■ postoperative Wundheilungsstörung mit Sekundärheilung ■ durch Lokalisation besonders erregerbelastete Wunde (z. B. Perineum, Genitale) ■ problematische soziale oder berufliche Umfeldhygiene (z. B. Messie, Lkw-Fahrer) ■ Lebensalter > 80 bzw. < 1 Jahr ■ Wunddauer > 1 Jahr ■ Wundgröße > 10 cm^2 ■ chronische Wunden aller Kausalitäten > 1,5 cm Tiefe ■ stationärer Aufenthalt des Patienten > 3 Wochen	je Risiko 1 Punkt
■ schwerer erworbener Immundefekt (z. B. AIDS) ■ Stich- und Schusswunde zwischen 1,5 und 3,5 cm Tiefe	je Risiko 2 Punkte
■ akzidentelle Kontamination mit Infektionsgefährdung [2] ■ ausgedehntes verschmutztes Trauma [3] ■ Verbrennung > 15 % Körperoberfläche ■ Wunden mit direkter Verbindung zu Organen oder Funktionsstrukturen (z. B. Gelenke) bzw. die körperfremdes Material enthalten ■ schwerste angeborene Immundefekte (z. B. Agammaglobulinämie) ■ penetrierende Bisswunde [4] ■ Stich- und Schusswunde > 3,5 cm Tiefe	je Risiko 3 Punkte

Wirtsreaktion ein z. B. mit Fieber und Anstieg der laborchemischen Infektionsparameter wie Leukozytose, erhöhte Blutsenkung und Anstieg von C-reaktivem Protein. Es kann sich daraus eine Sepsis entwickeln.

Wirkstoffauswahl

Antimikrobielle Wirkstoffe kommen zum Einsatz zur Prophylaxe, Sanierung und Therapie. Zur prophylaktischen Anwendung und der Sanierung von MRE kolonisierten Wunden werden rasch wirksame mikrobizide (bei Gefährdung durch Viren, z. B. Bissverletzung mit Tollwutverdacht, virozide) Wirkstoffe benötigt. Für therapeutische Indikationen wie der Infektion sind aufgrund der wiederholten Applikation und langfristigen Einwirkung ggf. auch mikrobiostatische (bei viraler Wundinfektion, z. B. Herpes simplex bei Verbrennung, virostatische) Wirkstoffe ausreichend.

Aufgrund nach wie vor nicht ausreichend verfügbarer RCT-Studien sind für die Auswahl eines antiseptischen Wirkstoffs alle zur Verfügung stehenden Befunde zur Wirksamkeit und Verträglichkeit von der In-vitro-Testung bis zur RCT-Studie einschließlich Metaanalysen der vergleichenden Bewertung zu unterziehen. Unter Zugrundelegung dieses Vorgehens lassen sich folgende Schlussfolgerungen ableiten:

Polihexanid ist beim aktuellen Kenntnisstand Mittel der ersten Wahl für schlecht heilende chronische, empfindliche infizierte und kritisch kolonisierte Wunden auch bei MRE (z. B. Verbrennung Grad II) und für den Einsatz in antiseptischen Wundauflagen, weil durch den Wirkstoff zusätzlich zur antiseptischen Wirkung die Besonderheit der Wundheilungsförderung hinzukommt (Tab. 2). Das ist gerade bei frischem Granulationsgewebe von Bedeutung.

Polihexanid ist ebenso Wirkstoff der Wahl für kontaminierte akute traumatische Wunden, z. B. die offene erdverschmutzte Weichteilverletzung.[5-11] Polihexanid ist ein Polymer mit Bereichen, die kationische Ladungen aufweisen, und mit hydrophoben Bereichen. Es unterscheidet sich von den bisher etablierten, antiseptischen Wirkstoffen durch seine polymere Struktur mit auffälligen Analogien zu den Synthetic Mimics of Antimicrobial Peptides (SMAMPs).[12,13] Seine Wirkung entfaltet es identisch zu den SMAMPs über einen kationischen Angriff auf die Membranoberfläche, gefolgt von der Zerstörung der Membranstruktur.[14] Diese unspezifische Wirkung ist bei der Bekämpfung von Resistenzen ein Vorteil, da es nicht an einem spezifischen Rezeptor angreift, sondern das Bakterium für eine Resistenz seine komplette Membranchemie umstellen müsste. Octenidin ist nach aktuellem Kenntnisstand für akute kontaminierte traumatische Wunden zu empfehlen und damit für den Einsatz in der Notfallversorgung geeignet. In einer geringeren Konzentration (0,05 %) kann es auch bei chronischen Wunden eingesetzt werden.[15]

Die Anwendung von Povidone-Iodine hat sich in Deutschland insgesamt auf die Versorgung von Stich- und Schnittverletzungen mit HBV-, HCV- bzw. HIV-Infektionsgefährdung sowie von Bisswunden reduziert – vor allem aufgrund der systemischen Toxizität für die Schilddrüse, aber auch wegen der fehlenden remanenten Wirkung, des Biokompatibilitätsindex (BI) < 1, der im Vergleich zu Polihexanid hohen Zytotoxizität und der hohen Sensibilisierungspotenz. Für die hier aufgeführten Indikationen ist PVP-Iod in Kombination mit Alkoholen wegen der guten Gewebegängigkeit Mittel der ersten Wahl.[2,4]

Medizinischer Honig erfüllt die In-vitro-Anforderungen an die antiseptische Wirksamkeit. Er führt zu schonendem Debridement, hält die Wunde feucht und erwies

sich klinisch insbesondere bei Verbrennungen und chronischen Wunden einschließlich Kolonisation mit MRSA als wirksam. Ein Vorteil ist die Anwendbarkeit bei Säuglingen und Kleinkindern.[17]

Sowohl aufgrund der Ergebnisse von In-vitro-Untersuchungen als auch von klinischen Studien einschließlich Metaanalysen sind Silber freisetzende Antiseptika (ionisch oder als Nanopartikel) nicht als Antiseptika der Wahl einzuordnen.[18-20] Hinzu kommt die fehlende biologische Abbaubarkeit und die damit verbundene Akkumulation und Toxizität in aquatischen Biotopen.

In der Wundbehandlung ist sorgfältig zu unterscheiden zwischen Kolonisation und Infektion. Zudem ist es von großer Bedeutung, ob MRE beteiligt sind. Eine Reihe von antiseptischen Substanzen steht je nach Zustand der Wunde zur Verfügung. Grundsätzlich kann als Kriterium der Wirkstoffauswahl für empfindliche Wunden, d. h. für chronische Wunden mit schlechter Heilungstendenz bzw. stagnierender Heilung, für Verbrennungswunden und für Erfrierungen, folgender Grundsatz gelten: Gib nichts in die Wunde, was Du nicht ins Auge geben kannst.

Tab. 2: Wichtige Eigenschaften von Polihexanid und Octenidin

Polihexanid	Octenidin
Umfassendes antimikrobielles Wirkungsspektrum	
Langsamer Wirkungseintritt (0,02 % im Prüfkörpertest erregerabhängig 3 h bis > 24 h)	Rasch einsetzende Wirkung (0,02 % im Prüfkörpertest erregerabhängig 5 min bis 24 h)
Remanente Wirkung (postantiseptischer Effekt)	
Wirkung gegen Biofilme	
Keine Wirkungsbeeinträchtigung durch Eiweiß und Blut	
Keine Resistenzentwicklung	
Biokompatibilitätsindex (BI) > 1 [16]	
Keine allergischen und toxisch resorptiven Risiken einschließlich Genotoxizität und Karzinogenität	
In antiseptisch wirksamer Verdünnung knorpelverträglich (0,005 %)	Nicht knorpelverträglich (0,005 %)
Förderung der Wundheilung	Keine Hemmung der Wundheilung (äquivalent zu Ringer-Lösung)
Kontraindikationen: Peritonealspülung, intravenöse Applikation, Allergie, Anwendung auf hyalinem Knorpel > 0,005 %, im Bereich des ZNS, im Mittel- und Innenohr, im Innenauge; in der Schwangerschaft Anwendung sorgfältig abwägen	Kontraindikationen: Peritonealspülung, Einbringen unter Druck in Stichverletzungen

Professor Dr. med. Axel Kramer ist seit 1990 Direktor des Institutes für Hygiene und Umweltmedizin der Universitätsmedizin Greifswald. Im gleichen Jahr gründete er die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene. Seit 1993 ist er Mitglied der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut (RKI) Berlin. Im Rahmen des Projektes HICARE ist Kramer in der Versorgungsforschung aktiv: Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Projekt HICARE liefert Daten zur Ausbreitung und Behandlung von Menschen mit MRE in Mecklenburg-Vorpommern. Die Forschungsergebnisse sollen dazu beitragen, zukünftig nosokomiale Infektionen auf das vermeidbare Minimum zu reduzieren. Die Wissenschaftler untersuchen den ganzen Behandlungsprozess einschließlich psychosozialer und ökonomischer Aspekte.

Die Literaturliste ist zu beziehen über healthcarejournal@bbraun.com und einzusehen unter www.healthcare-journal.bbraun.de

Die Versorgung einer chronischen Wunde hat in der Medizin einen eher untergeordneten Stellenwert und wird im deutschen Gesundheitswesen nicht hervorgehoben. Dem stellen sich die aktuellen S3-Leitlinien für die lokale Wundtherapie entgegen. Auf 297 Seiten ist ein Standard für die Versorgung chronischer Wunden entstanden mit einheitlicher Nomenklatur und Behandlungsalgorithmen. Welche Veränderungen sich durch die Leitlinien für die Patienten und deren Behandler ergeben, erläutert der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. (DGfW), Professor Hisham Fansa.

Ein Geländer zum Festhalten

Von Andrea Thöne

Herr Fansa, wie beurteilen Sie die Versorgungsqualität von Menschen mit chronischen Wunden in Deutschland?
Die Versorgungsqualität ist sehr heterogen. Leider sehen wir in den Wundzentren immer noch viele Patienten, die nicht adäquat und nach neuesten Erkenntnissen, das heißt der physiologischen Wundheilung entsprechend, versorgt werden. Wir finden zum Beispiel einschnürende Wickel, trockene Kompressen auf Wunden, die feucht behandelt werden müssten und umgekehrt. Vieles könnte mit einer strukturierten Weiterbildung von Ärzten und Pflegekräften besser werden. Hinzu kommt, dass die Mehrzahl der Ärzte in der Wundversorgung eine pflegerische Aufgabe sieht und das notwendige Detailwissen fehlt. Begünstigt wird das mangelnde Verständnis für die Wunde dadurch, dass es im ambulanten Sektor keine konkreten Vorgaben der Krankenkassen gibt. Es fehlen klare Konzepte und Abrechnungsmöglichkeiten.

Welche medizinische Entwicklung versprechen Sie sich durch die Leitlinien?
Mit den neuen Leitlinien ist es uns gelungen, eine einheitliche Nomenklatur und klare Behandlungsalgorithmen zu entwickeln. Die Therapieempfehlungen sollen dazu führen, die Prozesse in den einzelnen Teilbereichen zu strukturieren und zu standardisieren. Für die Patienten wird sich damit die Versorgungsqualität in der gesamten Versorgungskette verbessern. Zukünftig können Patienten oder Angehörige sich darauf berufen, dass das getan wird, was in den Leitlinien steht.

Was lässt sich mit Leitlinien grundsätzlich erreichen?
Leitlinien verbessern die Versorgungsqualität. So hat sich mit Standardisierung der Brustkrebstherapie die Mortalität bei Frauen mit Brustkrebs reduziert bzw. die Überlebenszeiten sind länger geworden. Leitlinien sind auch ein Versuch, von einer gewissen Obrigkeitshörigkeit wegzukommen. Ein Beispiel: Sauerbruch hat postuliert, Thrombosepatienten müssten im Bett liegen. Das wurde bis zum Ende der 80er nie in Frage gestellt. Erst der Blick in Studien hat gezeigt, dass es Patienten besser geht, die antikoaguliert und mobilisiert werden. Das alles sind Erfolge von evidenzbasierter Medizin.

Sind Sie zufrieden mit dem Ergebnis?
Wir sind zufrieden. Da steckt eine enorme Leistung dahinter. Wir haben jetzt ein Geländer, an dem wir uns abstützen können. Die Leitlinie ist der erste Schritt zur Standardisierung von Wundbehandlung. Wir können jetzt sagen, welche Behandlungen möglich sind und wo noch Studien durchgeführt werden müssen. Was mich sehr gefreut hat, ist, dass alle Fachgesellschaften, die sich mit Wunden beschäftigen, mitgearbeitet haben. Außerdem ist die Leitlinie interprofessionell und wird damit der Wundbehandlung gerecht. Alles ist in Diskussion entstanden, und wer die Leitlinie liest, kann das auch spüren. Es gab immer wieder Reibungspunkte. Das spiegeln die Abstimmungsergebnisse und Pro- und Kontradiskussionen innerhalb einer Leitlinie wider.

Der Prozess ist gut sichtbar …
Ich denke, dass wir damit die Behandler, die die Empfehlungen anwenden sollen, besser mitnehmen können. Der Leser sieht, dass er bei bestimmten Therapieentscheidungen nicht allein ist mit einem Konflikt, sondern dass auch andere das so sehen. Diese Transparenz ist wichtig für die Akzeptanz. Es bringt ja auch eine rechtliche Konsequenz mit sich. Es kann nicht sein, dass wir selbst in einer Leitlinie postulierend arbeiten, wenn wir fehlende Evidenz kritisieren. Wenn es keine Evidenz gibt, müssen wir abwägen, und dieser Prozess muss auch transportiert sein.

Die Diskussionen auf dem Kongress der DGfW im Juni zeigten, dass die Leitlinien den Behandlern in manchen Punkten zu wenig Hilfestellung geben …
Eine Leitlinie ist nicht der Heilsbringer. Viele haben erwartet, dass sie in dem Chaos der Wundversorgung konkrete Aussagen bekommen wie „ich packe auf alles, was nässt, die Auflage X drauf". Das kann aber keine Leitlinie leisten. Das kann auch kein Arzt leisten. Es gibt kein Patentrezept. In den Bereichen, wo die Evidenz nicht ausreichend ist, haben wir aus dem, was sich in der Praxis bewährt hat, Empfehlungen abgeleitet. Wir werden mit der Leitlinie

Prof. Dr. med. Hisham Fansa ist Chefarzt der Klinik für Plastische, Wiederherstellungs- und Ästhetische Chirurgie am Klinikum Bielefeld und seit Ende 2011 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. (DGfW). Die Gesellschaft wurde 1994 als interdisziplinäre wissenschaftliche Fachgesellschaft in Wiesbaden gegründet. Fansa hat die S3-Leitlinien mit entwickelt.

nicht schlechter, sondern besser werden. Und alles, was nicht schadet, kommt in die Überprüfungsrunde.

In welchem Verhältnis steht die Best Practice zu den Leitlinien?

Wenn Sie keine Erfahrung in der Wundversorgung haben, werden Sie keine gute Versorgung allein dadurch leisten, dass Sie wissen, was in den Leitlinien steht. Eine gute Leitlinie angewendet von einem guten Arzt ist immer eine Kombination von Standardmedizin, zu der Evidenz vorliegt, und seiner klinischen Erfahrung, aus der er ableiten kann, was diesem einen Patienten gut tut. Wenn dort keine Empfehlung gegeben werden kann, heißt das nur, es besteht Forschungsbedarf. Bis dahin ist es völlig legitim, wenn ein Experte verschiedene Behandlungsmöglichkeiten abwägt und Best Practice oder Good Clinical Practice anwendet. Das ist kein Widerspruch.

So kam es dann zu der Empfehlung Trinkwasser für die Wundreinigung?

Wenn Sie konzertierte Leitlinien haben und es in einer Abstimmung keine Mehrheit gibt und die Evidenz nicht ausreichend ist, dann müssen wir das hinnehmen. Die Trinkwassersituation ist in den Ländern der relevanten Studien eine andere, weil das Wasser dort gechlort ist. Außerdem sind die Studien an akuten und nicht an chronischen Wunden durchgeführt. Wir haben diese Diskussion abgebildet und gezeigt, wo die Probleme liegen. Daraus kann sich jeder eine Meinung bilden. Meist ist nicht die Qualität des Leitungswassers per se das Problem, sondern die Verkeimung durch alte Wasserleitungen, Wasserhähne oder Duschköpfe.

Die in dem Expertenstandard für Pflege integrierte Empfehlung vom RKI bei chronischen Wunden in Heimen nur mit sterilen Spüllösungen zu arbeiten, bleibt davon unberührt und ist von Pflegenden zu befolgen. Als Arzt habe ich aber eine therapeutische Freiheit. Ich kann von Empfehlungen und Leitlinien abweichen, wenn ich es begründen kann und das Risiko überschaubar ist. Wenn ich den Patienten noch in die Entscheidung einbinden kann, dann ist das optimal. Wenn ein Patient mit einer Wunde zu Hause duscht, weil er das möchte und ihm das gut tut, kann ich das zulassen. Auch wenn ich möglicherweise am Ende länger brauche für den Wundverschluss.

Die Evidenz in der Wundversorgung ist eher dürftig, was die Leitlinien an vielen Punkten deutlich zeigen. Wo liegen hier die Probleme?

Es gibt viel zu wenige Studien, die so gut angelegt sind, dass sie Evidenz, wie sie der Qualitätsprozess der S3-Leitlinien fordert, produzieren können. Wir benötigen prospektive Studien, die randomisiert und multizentrisch angelegt sind – wenn möglich sogar verblindet –, auch in der Wundversorgung. Bei den knappen Ressourcen im Gesundheitswesen lassen sich neue Produkte zukünftig nicht mehr finanzieren, wenn sich kein Zusatznutzen nachweisen lässt. Die derzeitigen Maßnahmen der Bundesregierung bestätigen diesen Trend. Sicher müssen wir aufpassen, dass dies keine Innovationen verhindert.

Es geht in der Medizin um Menschen, denen wir mit einer inadäquaten Therapie schaden können. Das heißt: Wenn wir am Patienten sind, dann müssen wir die maximale Sicherheit fordern. Denken Sie an die Billigbrustimplantate. Der Patient will von uns eine gute Behandlung erhalten. Es ist ja auch eine Frage, wie die Industrie ihre Produkte positioniert – ein Marketing ohne Wirkungsbeweis ist zum Scheitern verurteilt.

Wir brauchen gute Studien mit dem, was wir haben. Deshalb bin ich der Meinung, dass Studien in Zusammenarbeit mit einem Institut wie dem IQWiG durchgeführt werden müssen. Optimal wäre so etwas wie das NICE in Großbritannien: Dort wird nicht die Fachgesellschaft aktiv, sondern die zuständige Behörde „National Institute for Health and Clinical Excellence" (NICE) sammelt die Evidenz zentral und gibt auch zentral Empfehlungen. Sobald Probleme im Gesundheitswesen auftreten, werden alle Betroffenen einbezogen, um eine Lösung zu finden. Die klinische Forschung kann nicht Aufgabe der Industrie, der Krankenhäuser und Universitäten allein sein. Da brauchen wir alle Stakeholder, die involviert sind. Natürlich kostet diese Art Forschung Milliarden, aber sie würde doch unsere Perspektive verbessern.

Sie wollen mir vermitteln, dass es möglich ist, auch in der Wundversorgung Studien dieser Art durchzuführen, obwohl die betroffenen Patienten überwiegend multimorbid sind?

Absolut. Man muss es nur machen. Natürlich sind Patienten mit fünf Krankheiten gleichzeitig keine Patienten für Studien. Aber auch in der Wundversorgung gibt es standardisierte Krankheitsbilder. Wie viele Leute haben ein venöses Ulcus oder ein diabetisches Fußsyndrom. Wie sich solche Studien finanzieren lassen, ist die entscheidende Frage.

Wie werden sich die Leitlinien in die tägliche Praxis umsetzen lassen?

Wir müssen dafür Sorge tragen, dass die Leitlinie dort kommuniziert wird, wo sie angewendet werden soll. Dabei kommt es darauf an, alle Berufsgruppen mitzunehmen. Wir müssen grundsätzlich an der Durchdringung arbeiten. Dazu brauchen

wir Kitteltaschen- und Fachbereichsversionen, Hinweise der Fachgesellschaften usw.

Und in der Lehre?

Wir müssen die Leitlinien und die Möglichkeiten von standardisierten Therapieansätzen schon im Studium transportieren. Wenn ich heute im Staatsexamen nach der Leitlinie Brustkrebs frage, dann sehen mich die Studenten ganz groß an. Die Idee, eine standardisierte, auf Evidenz basierende Therapie für ein Krankheitsbild anzubieten, hat sich in Deutschland noch nicht ausreichend verbreitet. Die Amerikaner und Engländer haben relativ früh Therapiealgorithmen und Checklisten entwickelt und können 95 Prozent ihrer Patienten nach Standard behandeln. Bei uns ist es eher „Eminenz-basiert". Da gibt es das Lehrbuch, dann geht man irgendwo gucken und dann wird es so gemacht. Erst in den letzten Jahren sind zunehmend QM-Prozesse, Leitfäden und Patientenpfade entwickelt worden.

Auch hat die Wundbehandlung an den Universitäten, bis auf wenige Ausnahmen, nur einen geringen Stellenwert. Die Wundheilungsprozesse werden in zwei Stunden Vorlesung abgehakt. Dass dann am Ende die Einteilung und Einschätzung von Wunden schwer ist, ist klar. Wenn wir im Medizinstudium und in der Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften ansetzen, wird die nächste Generation adäquat ausgebildet.

Sehen Sie nicht die Gefahr, dass Krankenkassen die Empfehlungen fehl interpretieren und sich noch weiter aus der Erstattung zurückziehen?

Das glaube ich nicht. Wir haben das erste Mal eine Nomenklatur geschaffen und die Prozesse definiert. Wundbehandlung besteht jetzt auch aus Wundeinschätzung, Wunddokumentation, aus verschiedenen Behandlungsprozessen (Reinigung, Debridement, Verband etc.). Die Leitlinien zeigen, dass Wundbehandlung komplex ist und dafür das nötige Geld zur Verfügung gestellt werden muss. Dadurch glaube ich nicht, dass eine Kasse jetzt einfach auf dem Standpunkt stehen kann, nur eine Summe X für eine Wunde zu erstatten. Natürlich gibt es Dinge, die aus der Erstattung herausfallen können, wenn langfristig keine Evidenz vorliegt.

In welcher Weise wird der Aspekt Lebensqualität in den Leitlinien berücksichtigt?

Lebensqualität ist einer der wichtigsten Parameter. Die Beeinträchtigung der Lebensqualität, die durch eine chronische Wunde entsteht, wollen wir vermindern. Darum geht es letztendlich. Die Leitlinie ist in Diskussionen mit Patientenvertretern entstanden. Sie konnten zu jedem Thema ihre Meinung einbringen. Ohne den Patienten können sie keine Therapie etablieren.

Welche weiteren Aufgaben sehen Sie für die Zukunft?

Als Fachgesellschaft müssen wir uns stärker in die klinische Forschung einbringen. Außerdem ist es mir ein persönliches Anliegen, dass wir uns stärker um die Prävention des Dekubitus kümmern. Das Problem wird weiter zunehmen durch den steigenden Pflegebedarf alter Menschen. Dafür müssen wir mehr Bewusstsein schaffen. Der gute Dekubitus ist der, der nicht entstanden ist.

Ich wünsche mir, dass wir es schaffen, die Leitlinien so zu implementieren, dass sie bei Behandlern und Patienten ankommen. Und die Konsequenz daraus, dass wir die Behandlungsqualität für die Patienten verbessern können und wir ihnen ein so angenehmes Leben wie möglich mit ihren abgeheilten Wunden ermöglichen können. Das braucht Zeit, aber der Anfang ist gemacht.

Mit Standards aus dem Schattendasein

Die S3-Leitlinien zur Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus und chronische venöse Insuffizienz sind im Juni diesen Jahres veröffentlicht worden. Das 279 Seiten starke Dokument ist in Zusammenarbeit mit den 13 in der Wundversorgung involvierten Fachgesellschaften entstanden. Die Leitlinien sollen den am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen zur Entscheidungsfindung dienen. Dort, wo sich aufgrund fehlender Studien keine Empfehlungen aussprechen ließen, geben die Arbeitsgruppen auf klinischer Erfahrung basierende Ratschläge – sogenannte Good Clinical Practice Points. Darüber hinaus werden auf der Grundlage der Empfehlungen Qualitätsziele und Messgrößen vorgeschlagen, die dazu dienen sollen, die Auswirkungen der Leitlinien auf die Versorgungsqualität zu zeigen.

Eine S3-Leitlinie beinhaltet Handlungsempfehlungen, die auf der Grundlage der systematischen Aufbereitung klinischer Forschungsergebnisse und Metaanalysen – der sogenannten Evidenz – in einem strukturierten Konsensusverfahren entwickelt wurden. Sie geben Behandlungsalgorithmen. Die Lebensqualität ist ein Entscheidungsparameter. Im Gegensatz zu Expertenstandards, z. B. dem Expertenstandard Pflege in der Wundversorgung, deren Verbindlichkeit für die Pflege im Sozialgesetzbuch XI verankert ist, haben Leitlinien keine rechtliche Verbindlichkeit. Dem Arzt steht frei, die für seinen Patienten angemessene Therapie zu wählen. Da Krankenkassen sich grundsätzlich auf Leitlinien berufen, wenn es um die Versorgungsqualität in ihren Versorgungsverträgen geht, ist es allerdings ratsam, sie zu berücksichtigen und Abweichungen davon in der Patientenakte zu dokumentieren.

Kodierung chronischer Wunden – Tipps und Tricks

Von Dr. Peter Lütkes

Patienten mit chronischen Wunden stellen nicht nur aufgrund ihrer medizinischen Fragestellungen, sondern auch in Bezug auf die Darstellung im DRG-System eine besondere Herausforderung dar. Anhand eines Beispielfalles soll die Komplexität der Kodierung und Abrechnung chronischer Wunden diskutiert werden.

Ein 63-jähriger Patient mit arteriellem Ulcus cruris

Der Patient wurde mit erneut aufgetretenen, größer werdenden Ulzerationen im Bereich des rechten Unterschenkels aufgenommen. Er berichtete über recht starke Schmerzen im Bereich der Wunde (4 von 10 Punkten auf der visuellen Analogskala). Die Wunde war etwa 4 x 4 cm groß mit zwei begleitenden etwa jeweils 1 cm großen Ulzerationen. Als Grund- bzw. Begleiterkrankungen bestand eine arterielle Verschlusskrankheit im Stadium IV sowie eine alkoholisch bedingte Leberzirrhose. Der Aufenthalt wurde kompliziert durch einen Nachweis eines multiresistenten Keimes (MRSA), der eine Isolation bedingte.

Der Patient wurde zunächst mit einer Duplexsonographie der Venen untersucht, die Ulzerationen mittels chirurgischem Debridement versorgt. Anschließend erfolgten tägliche Verbandswechsel mit begleitender konsequenter Basistherapie. Parallel erfolgte eine angiologische Abklärung der fortgeschrittenen arteriellen Verschlusskrankheit. Eine operative Versorgung mittels Bypass-Operation wurde für notwendig erachtet, vom Patienten aber zunächst einmal abgelehnt. Nach neuntägigem stationären Aufenthalt wurde der Patient mit einer Wunde in deutlich gebessertem Zustand entlassen, auch wenn sie nicht komplett abgeheilt war. Folgeaufenthalte zur Sanierung des Gefäßstatus und der weiteren Wundbehandlung sind allerdings notwendig.

Für die Ermittlung der Abrechnung dieses Falles spielen in den modernen DRG-Systemen viele Faktoren eine Rolle: die Hauptdiagnose, das Ausmaß der Nebendiagnosen, die durchgeführten Prozeduren und die Komplexität bestimmter Maßnahmen. Als grobe Faustregel kann man davon ausgehen, dass die Komplexität des DRG-Systems mittlerweile dem des deutschen Steuerrechts entspricht.

Die wesentlichen Faktoren für die Ermittlung der DRG umfassen die Festlegung der Haupt- und Nebendiagnosen sowie die kodierfähigen Prozeduren. Das die Aufnahme begründende arterielle Ulcus wird anhand der I70.23 (Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration) kodiert, ein Kode, der in die kardiovaskulär definierten Fallpauschalen der MDC 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems) führt. Wichtig ist hierbei, dass es sich bei der abrechnungsrelevanten Dokumentation immer um eine Grenzüberschreitung handelt: nämlich hinaus aus der Welt der medizinischen Fachsprache (Nomenklatur) in die – Klinikern oft fremde und abstrakte – Welt der Klassifikationen.

Die medizinische Fachsprache hat den Zweck, einen Patienten und sein Problem genau zu beschreiben. Dazu ist eine quasi unendliche Differenzierbarkeit notwendig, was aber auf der anderen Seite in einer Klassifikation von Diagnosen, Prozeduren oder Abrechnungskonstellationen nicht hilfreich ist. So besteht die Diagnosenklassifikation ICD-10 aus etwa 13 000 verschiedenen Schlüsselnummern – zu viel, um sie im Kopf zu haben, aber wenig im Vergleich zu den etwa drei Millionen Begrifflichkeiten der medizinischen Fachsprache. Ohne diese Zusammenfassung von mehr oder weniger eng verwandten Begriffen in einer einzigen Schlüsselnummer könnte eine Klassifikation ihren Aufgaben in der medizinischen Statistik oder Abrechnung nicht nachkommen. Darüber hinaus ist ein strenges Regelwerk notwendig, um ein und dieselbe Krankheit immer dem gleichen Kode zuzuordnen.

Für den Fall der chronischen Wunden gilt, dass venös bedingte Ulcera über verschiedene Kodegruppen dokumentiert werden können: I80.0 (Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten), I83.0 (Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration) oder I87.01 (Postthrombotisches Syndrom mit Ulzeration), um nur ein paar Möglichkeiten zu nennen. Bei arteriellen Ulcera gilt dies entsprechend, hier wurde bei dem Beispielpatienten die I70.23 (Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration) kodiert. Wieder andere Kodes sind für den Dekubitus vorgesehen usw.

Kodes von Haupt- und Nebendiagnosen beachten

Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass eigentlich verwandte Kodes in komplett verschiedene DRG-Abrechnungsgruppen münden können. Während die Kodes für die venösen oder arteriellen Ulcera in die

kardiovaskulär definierten Fallpauschalen der MDC 05 münden, wird über die Kodegruppe L89.- für Dekubitalgeschwüre eine dermatologische DRG der MDC 09 (Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma) ermittelt. Neben den Bezeichnungen der Fallpauschalen ist relevant, dass unterschiedliche Fallpauschalen auch unterschiedliche Erlöshöhen haben. Mit anderen Worten kann je nach Ätiologie einer Wunde – auch bei vergleichbarem Aufwand auf der Station – ein ganz anderer Erlös herauskommen. Während der oben geschilderte Fall mit der Hauptdiagnose arterielles Ulcus, kodiert mit der I70.23, in die Fallpauschale F65A (Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC) mit 1,409 Punkten (= ca. 4 100,- € Basiserlös) kommt, würde der gleiche Fall mit dem gleichen Aufwand über die Fallpauschale J60Z (Hautulcus) mit 0,879 Punkten (= 2 550,- € Basiserlös) abgerechnet, wenn die Wunde auf dem Boden eines Dekubitus entstanden wäre. Dies ist nur ein einfaches Beispiel, die konkrete DRG-Ermittlung hängt auch von dem Ausmaß der Nebendiagnosen, den weiteren kodierten Maßnahmen und deren Kombinationen untereinander ab.

Weitere wichtige Faktoren für die Abrechnung sind Art und Ausmaß der kodierten Nebenerkrankungen des Patienten. Hier darf alles angegeben werden, was das Fallmanagement in irgendeiner Weise beeinflusst, also z. B. zur Gabe von Medikamenten, Durchführungen von Konsilen oder weiterer bildgebender Diagnostik geführt hat. Auch hier gilt der Grundsatz, dass Diagnosen nicht im Klartext, sondern nur als ICD-10-Schlüsselnummer angegeben werden dürfen. Aus den angegebenen Kodes wird anhand einer komplizierten Formel ein patientenbezogener Schweregrad, der PCCL-Wert (patient clinical complexity level), ermittelt. Dieser kann zwischen 0 (= keine relevanten Nebendiagnosen) und 4 (= schwerste Begleiterkrankungen) liegen. Für den diskutierten Patienten wurde v. a. aufgrund der schweren peripheren arteriellen Verschlusskrankheit, dem MRSA-Nachweis und der alkoholbedingten Leberzirrhose der höchstmögliche PCCL-Wert von 4 ermittelt.

OPS als Schlüssel zum Erlös

Neben der Kodierung von Diagnosen muss auch eine Dokumentation der Maßnahmen erfolgen. Diese erfolgt mit dem Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS, der ähnlich abstrakt und kompliziert wie die ICD-10 aufgebaut ist, aber einer anderen Logik folgt. Während im ICD-10 der Grundsatz gilt, jeder möglichen Diagnose einen Kode zuordnen zu können, gibt es eine Reihe von Maßnahmen, die über den OPS überhaupt nicht kodierbar sind. Dies betrifft bei dem Klientel der Patienten mit chronischen Wunden vor allem die begleitenden Maßnahmen auf der Station wie Visiten, Untersuchungen, Basisdiagnostik oder die Gabe der meisten Medikamente. Während v. a. chirurgische Maßnahmen vollständig im OPS berücksichtigt sind, sind die meisten diagnostischen und pflegerischen Maßnahmen nicht eigenständig kodierbar. Dies wird damit begründet, dass solche Maßnahmen pauschal in die Fallpauschalen eingepreist werden und daher auch nicht zusätzlich dokumentiert werden sollen.

Eine Ausnahme gibt es für Anlage und Wechsel von Verbänden, die über eine spezielle Kodegruppe 8-19 (Verbände und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut) im OPS enthalten ist. So besteht die Möglichkeit, sowohl spezielle Verbandstechniken (8-190), Verbände bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen (8-191) als auch Entfernungen von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde (8-192) zu dokumentieren. Diese Kodes sind sogar oftmals gruppierungsrelevant, d. h. sie können einen Fall in eine höher bewertete Fallpauschale münden lassen. Ähnliches gilt für die Kodes für chirurgische Maßnahmen wie plastische Deckungen, operative Wiederherstellungen oder chirurgische Wundtoilette.

Dokumentation ist entscheidend

Zusammenfassend gilt für die Kodierung von Patienten mit chronischen Wunden, dass eine vollständige, korrekte und umfassende Dokumentation der Diagnosen und Maßnahmen entscheidend ist. Besonders wichtig ist die Dokumentation der Begleiterkrankungen, die vielfach auch die eigentliche Begründung für den stationären Aufenthalt darstellen. Nicht die Wunde, sondern die Zusammenschau aller Erkrankungen des Patienten kann die stationäre Aufnahme begründen.

Die oftmals von Klinikern eingeforderten Tipps für „strategisches Kodieren" verbieten sich auf der anderen Seite letztlich von selbst. Zum einen ist eine Kodierung außerhalb der detaillierten Abrechnungsvorschriften rechtlich nicht zulässig, zum anderen werden immer mehr Fälle einer systematischen Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen unterworfen. Spätestens hier gilt der Grundsatz, dass die Dokumentation belastbar sein muss und im Zweifel auch dem Gang vor das Sozialgericht standhält.

Es geht daher nicht um die Kodierung der besten erlösrelevanten Kodes, sondern um die vollständige Darstellung der abrechnungsrelevanten Faktoren des Falles. Hier sind insbesondere die kardiovaskulären und infektiologischen Diagnosen als relevante Erlöstrigger zu nennen. Bei den Maßnahmen ist wichtig, neben der Kodierung der Verbände und der Vakuumtherapie (einschließlich der Dauer der Behandlung) alle chirurgischen Maßnahmen zu dokumentieren. Aufgrund der immer schwieriger werdenden Einzelvorschriften und den sich ständig ändernden Rahmenbedingungen gewinnt so die Berufsgruppe der klinischen Kodierer für die Krankenhäuser eine immer größere Bedeutung. Diese können das medizinische Personal entlasten und ihnen wieder Zeit für ihre Kernaufgaben verschaffen. Vielleicht gelingt so eine Konzentration auf das Wesentliche – das Abheilen chronischer Wunden!

Dr. med. Peter Lütkes ist Internist und Medizininformatiker. Als Leiter des Controllings an der Universitätsklinik in Essen ist er zuständig für alle Fragen zu den Bereichen DRG-System, Abrechnung, MDK-Management und Kosten- und Leistungsrechnung.

Lebensqualität und Therapienutzen gehören zusammen

Von Prof. Dr. Matthias Augustin

Die Erfassung und Verbesserung der krankheitsbezogenen Lebensqualität (health related quality of life, HRQoL) ist eine der zentralen Zielsetzungen medizinischen Handelns. Mehr als alle anderen Ergebnismaße reflektiert sie die Perspektive des Patienten und zählt damit zu den wichtigsten „patientenberichteten Endpunkten" (patient-reported outcomes, PRO). Lebensqualität stellt dabei ein multidimensionales Konstrukt dar, das nicht direkt gemessen, sondern nur in Teilbereichen erfasst werden kann. Für die klinische Versorgung wie auch für die Forschung und nicht zuletzt für Entscheidungsvorgänge im Gesundheitssektor ist es unerlässlich, Lebensqualität eindeutig zu definieren und valide zu erfassen. Für die Versorgung des Patienten leiten sich aus seinen persönlichen Einschränkungen der Lebensqualität wichtige Therapieziele ab, die Maßstab klinischer Entscheidungen sein sollten.

Eine Vielzahl von Untersuchungen hat in den beiden letzten Dekaden gleichlautend gezeigt, dass die Lebensqualität von Patienten mit chronischen Wunden signifikant vermindert ist.[1] Zu diesen Einbußen tragen körperliche Beschwerden ebenso bei wie psychische Belastungen, Einschränkungen im sozialen und alltäglichen Bereich und nicht selten auch Belastungen durch die Therapie selbst.[2]

Definition und Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität

Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein multidimensionales Konstrukt, das das Wohlbefinden eines Menschen in körperlicher, seelischer, sozialer und spiritueller Hinsicht mit Bezug auf seine Gesundheit charakterisiert.[3] Lebensqualität ist damit nicht direkt messbar, sondern wird am Vorliegen von Einschränkungen in den vorgenannten Bereichen gemessen. Wichtig ist die subjektive Bewertung dieser Bereiche, die zumeist auch den Abgleich zwischen erwünschter und aktuell vorhandener Lebensqualität einschließt. Damit entzieht sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität einer Objektivierbarkeit und unabhängigen Messbarkeit. Maßstab für die Bewertung ist somit stets der Patient mit seiner Wahrnehmung und seiner Subjektivität.

Erfassung von Lebensqualität

In der klinischen Versorgung ist die Einschätzung und Abfrage der Lebensqualität des Patienten ein alltäglicher Vorgang für jeden Arzt und Pflegenden. Sie umfasst die alltäglichen Fragen nach dem Befinden des Patienten, seiner Not und seinen Bedürfnissen. In wissenschaftlicher Hinsicht wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität meist mit standardisierten, validierten Fragebögen oder in Form strukturierter Interviews ermittelt.[4] Mit dieser Methodik ist eine vergleichsweise verlässliche und replizierbare Erfassung möglich. Zum Einsatz kommen meist standardisierte Fragebögen, in denen Teilbereiche der Lebensqualität mit Fragen und einer standardisierten Antwortskala erfasst werden. Unterschieden werden dabei krankheitsspezifische oder beschwerdespezifische Instrumente von sogenannten generischen Fragebögen, welche allgemeine Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ungeachtet einzelner Krankheitssymptome abfragen. Mit diesen ist eine bessere Vergleichbarkeit von Ergebnissen verschiedener Erkrankungen möglich, während die krankheitsspezifischen Instrumente Vorteile in der differenzierteren Erfassung spezieller Probleme wie auch in der oft besseren Veränderungssensitivität aufweisen.

Die Entwicklung und Anwendung von Fragebögen zur krankheitsspezifischen Lebensqualität bedarf valider Standards, wie sie in mehreren Leitlinien festgehalten worden sind.[5,3]

Im Bereich der Wundversorgung wurden mehrere Fragebögen entwickelt. Deutschlandweit und international am häufigsten wurden der FLQA-w (Freiburger Lebensqualitätsassessment für Wunden), der CWIS (Cardiff Wound Impact Schedule) und der Würzburger

Wundscore (WWS) eingesetzt. Alle drei Fragebögen haben sich in einer aktuellen Vergleichsstudie als geeignet erwiesen, jedoch ist auch jeder Bogen mit Nachteilen behaftet.[6] Aus diesem Grund wurde aus den drei Fragebögen ein neues Instrument entwickelt, der Wound-QoL. Dieser steht für den Einsatz in der Praxis, aber auch in klinischen Studien und Versorgungsstudien ab sofort zur Verfügung.
(Nachweis unter *www.wundnetze.de* und *www.wundforschung.de*)

Gesundheitspolitische Überlegungen

Therapeutische Entscheidungen beruhen in der Medizin traditionell auf objektivierbaren Fakten. Sie werden durch Analyse der persönlichen Merkmale des Patienten sowie aus der externen klinisch-wissenschaftlichen Datenlage gewonnen. Beide Anteile, interne und externe Evidenz, werden in der evidenzbasierten Medizin als Grundlagen therapeutischer Maßnahmen angesehen. Die Arztperspektive steht dabei im Vordergrund.

Eine explizite Rolle für die patientenberichteten Endpunkte hat diese in den letzten Jahren dominierende evidenzbasierte Medizin nicht definiert.

Dennoch hat die Ergebnismessung aus Patientensicht – international oft unter „patient-reported outcomes" subsummiert – inzwischen weltweit eine immer wichtigere Rolle erhalten. Wesentlich dazu beigetragen hat die Einsicht, dass die Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität des Patienten eine zentrale Zielsetzung medizinischen Handelns sein muss. Die medizinisch-technische Machbarkeit in der modernen Medizin wird vielfach – etwa in der Onkologie – durch potenziell negative Auswirkungen auf die Lebensqualität relativiert.

Die Entscheidung des deutschen Gesetzgebers, im GKV-WSG* die Bewertung therapeutischen Nutzens als primär patientenrelevanten Nutzen zu formulieren, ist vor diesem Hintergrund zu sehen. Sie vollzieht aber lediglich einen bereits erfolgten Paradigmenwechsel nach, den zuvor bereits Instanzen wie das IQWiG und der Gemeinsame Bundesausschuss in ihren Verfahrensordnungen festgehalten haben und der letztlich von der gesamten medizinischen Gemeinschaft ausgeht. Das neue Paradigma besagt, dass der Patient und seine Sicht primärer Maßstab unseres medizinischen Handelns sein sollten.

In der seitdem geführten Diskussion um die Mitbeteiligung des Patienten in die Nutzenbewertung – etwa hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte nach SGB V – wird allerdings deutlich, dass die Wahl der Patientensicht als primär maßgebliche Perspektive auf methodische und prinzipielle Bedenken stößt. Von Ärzten, Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen, aber auch von Patienten selbst werden methodische Probleme, Kompetenzprobleme und auch hierarchische Probleme gesehen.

So betrachten Kritiker „weiche" Endpunkte wie Lebensqualität oder Schmerzen als nicht ausreichend quantifizierbar, schon gar nicht objektivierbar und damit als ungeeignet für die Bewertung therapeutischen Nutzens. Eine grundlegende Frage ist: Können wir den Patienten zutrauen, kompetent und verantwortlich über therapeutischen Nutzen zu entscheiden oder zumindest mitzuentscheiden? Wenn ja, welche Ansätze gewähren hinreichende methodische Sicherheit, insbesondere Objektivität und Reliabilität der Messungen?

Die Antwort auf diese Fragen lautet schon aus Praxissicht: Ja! Wir brauchen die Sichtweise des Patienten, um den es schließlich in der Behandlung auch geht.

Vor dem Hintergrund dieser wachsenden Bedeutung von patientenberichteten Endpunkten und den formalisierten Anforde-

**Wettbewerbsstärkungsgesetz der GKV (gesetzlichen Krankenversicherung) aus dem Jahr 2007*

rungen an die Nutzenbewertung aus Patientensicht wurde vom Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf eine Methodik der Patienten-Nutzen-Messung entwickelt, der Patient Benefit Index (PBI).[7,8] Das Grundprinzip besteht darin, den Patienten vor Beginn einer Therapie anhand einer standardisierten Liste seine persönlichen Präferenzen und Therapieziele definieren zu lassen und diese im Verlaufe der Behandlung erneut abzuprüfen. Durch Gewichtung der Ergebnis-Items nach den Präferenzen ergeben sich Teilsummen, die insgesamt den patientenrelevanten Gesamtnutzen ausmachen. Neben zahlreichen anderen Indikationen wurden auch für den Bereich der chronischen Wunden krankheitsspezifische Versionen des PBI entwickelt und validiert.[9] Ein großer Vorteil dieser Methode liegt darin, dass das gesamte Ausmaß der patientenseitigen Nutzen – und damit der Therapiebedarf – für jeden Patienten ermittelt werden kann. An der Vielzahl potenzieller Nutzen aus Patientensicht (Tab.) zeigt sich, dass die Patienten mit chronischen Wunden ein breites Spektrum an therapeutischen Bedürfnissen aufweisen.[10]

Wichtigste Therapieziele der Behandlung chronischer Wunden aus Patientensicht (n = 218)

Angegeben ist der Anteil an Patienten, die diese Bereiche für „wichtig" oder „sehr wichtig" hielten; zitiert nach [10]:

98,8 % … an der Wunde / den Wunden geheilt zu sein
97,1 % … weniger auf Arzt- und Klinikbesuche angewiesen zu sein
95,4 % … Vertrauen in die Therapie zu haben
94,8 % … schmerzfrei zu sein
93,6 % … keinen Ausfluss an der Wunde zu haben
93,0 % … ein normales Alltagsleben führen zu können
90,1 % … keinen unangenehmen Geruch an der Wunde zu haben
87,8 % … keine Furcht vor einem Fortschreiten der Krankheit
87,2 % … weniger Zeitaufwand mit der täglichen Behandlung zu haben
86,1 % … eine klare Diagnose und Therapie zu finden
85,5 % … an Lebensfreude zu gewinnen
85,5 % … Angehörige und Freunde weniger zu belasten
84,3 % … im Alltag leistungsfähiger zu sein
82,6 % … normalen Freizeitaktivitäten nachgehen zu können
78,5 % … weniger Nebenwirkungen zu haben
76,2 % … besser schlafen zu können
69,8 % … weniger niedergeschlagen zu sein
69,8 % … mehr Kontakte mit anderen Menschen haben zu können
67,4 % … in der Partnerschaft weniger belastet zu sein
67,4 % … weniger eigene Behandlungskosten zu haben
58,7 % … sich mehr zeigen können
47,7 % … ein normales Berufsleben führen zu können

Hieraus folgt, dass die Bewertung des therapeutischen Nutzens verschiedener Therapeutika ebenfalls die entsprechende Breite der Outcomes einfassen und sich nicht ausschließlich auf einen primären Endpunkt beschränken sollte. So kann ein Therapeutikum sich für den Patienten mit chronischer Wunde durch eine erreichte Abheilung, aber auch durch eine Schmerzreduktion, durch mehr Mobilität oder weniger Geruchsbelästigung darstellen.

Konsequenzen für die Praxis

In der täglichen Arbeit ist davon auszugehen, dass jeder Patient mit einer chronischen Wunde unter Einbußen seiner Lebensqualität leidet. Es ist ferner davon auszugehen, dass der behandelnde Arzt wie auch die behandelnde Pflegekraft zu einer Verbesserung der Lebensqualität beitragen kann.

Hierzu sind folgende Schritte sinnvoll:

1. Orientierende Befragung und Untersuchung des Patienten zur Klärung seiner individuellen Belastungen
2. Vertiefende Klärung seiner Bedürfnisse und Therapieziele im Gespräch
3. Erstellung von Therapiezielen mit kurz- und mittelfristigen Zeitlinien
4. Bei den Folgevisiten Kontrolle der Erreichung dieser Ziele

Nach eigenen Prädiktorenanalysen finden sich bei chronischen Wunden am häufigsten die nachfolgend gelisteten Ursachen für eingeschränkte Lebensqualität.

Beispiele für Maßnahmen in der Praxis

Wundschmerzen	konsequente Schmerzeinstellung, regelmäßige Schmerzmessung (Visuelle Analogskala – VAS)
Belastungen durch die Therapie	Optimierung der Wundauflagen mit schmerzfreien Verbandwechseln, fachgerechte Anlage der Verbände, Nutzung moderner Technologien
Schmerzen beim Verbandwechsel	Nutzung moderner, phasengerechter Wundauflagen, Anfeuchten der Verbände, zusätzliche Schmerzmittelgabe, Anwärmen von Spüllösungen
starker Wundausfluss	konsequentes Exsudatmanagement, Nutzung hinreichender absorbierender Materialien, Entzündungsbehandlung
unangenehmer Wundgeruch	Einsatz geruchsbindender Wundauflagen, regelmäßige Wunddebridements, antiseptische Behandlung
soziale Einschränkungen	Einsatz dünner, „schuhfähiger" Materialien
eingeschränkte Beweglichkeit	bessere Mobilisierung durch lymphtherapeutische und physiotherapeutische Maßnahmen
psychische Belastungen	persönliche Ansprache, Nutzung psychosozialer Einrichtungen, Einbeziehung der Familie, gegebenenfalls fachpsychologische Beratung
Schlaflosigkeit	sorgfältige Ursachenklärung, Schmerzeinstellung, Klärung der Komorbidität, psychologische Exploration
Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit	Patienten aufklären, Einbeziehung in die Therapien, Ermutigung zur Mitarbeit, Einsetzen und Überprüfen von Therapiezielen
Abhängigkeit von Arzt, Pflege und Klinik	Hilfe zur Selbsthilfe, Einsatz moderner Therapeutika mit selteneren Visiten, Telemedizin

Mit Hilfe entsprechender Ansatzpunkte gelingt es fast immer, die patientenrelevanten Ziele und Nutzen der Behandlung chronischer Wunden nachweislich zu verbessern. Im Zuge einer bundesweiten Konsensuskonferenz werden diese und weitere Ergebnisparameter und Nutzenmarker in der Versorgung chronischer Wunden aktuell konsentiert und standardisiert. Zielsetzung ist es dabei, für die klinische Versorgung ebenso wie für spezielle Versorgungsverträge, Versorgungsforschung und klinische Forschung einheitliche Standards der Nutzenbewertung und Ergebnismessung zu erreichen (www.wundforschung.de).

Prof. Dr. Matthias Augustin leitet als Direktor des Institutes für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) auch die interdisziplinäre Wundambulanz (Comprehensive Wound Center) im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Das IVDP führt gesundheitsökonomische, versorgungswissenschaftliche und klinische Studien durch. Klinische Zielsetzung ist die interdisziplinäre, sektorübergreifende und evidenzbasierte Versorgung von Patienten mit chronischen Hauterkrankungen und Wunden.

Kontakt
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Matthias Augustin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
E-Mail: m.augustin@uke.de

Die Literaturliste ist zu beziehen über healthcarejournal@bbraun.com und einzusehen unter www.healthcare-journal.bbraun.de

Eine Wundambulanz im Cloppenburger Land:

Lange Wege, kurzer Draht

Von Irene Graefe

Dr. Ralf Weise bespricht sich mit dem Team der Wundambulanz: Silvia Nitschke, Maria Hanneken und Rita Timmermann (von links)

Dr. Ralf Weise untersucht Patientin Luise Schumacher

Luise Schumacher liest regelmäßig die Nordwest-Zeitung. Darin stand vor einigen Tagen ein ausführlicher Bericht über die Wundsprechstunde am St.-Marien-Hospital in Friesoythe. Heute Morgen hat sie einen Termin und nimmt im Wundbehandlungszimmer der Klinik Platz. Schwester Silvia Nitschke schaut sich den linken Unterschenkel der 72-Jährigen an. Unter einem Pflaster entdeckt sie eine nässende Wunde. Weil die Patientin sich zum ersten Mal vorstellt, legt Nitschke Stammblatt und Dokumentationsbogen an, fotografiert die Wunde, macht einen Abstrich. Währenddessen kommt Chefarzt Dr. Ralf Weise, Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie, dazu.

„Sie waren schon beim Hautarzt? Was hat er Ihnen denn verschrieben?" Vorsichtig betastet der Chirurg das Bein, misst per Dopplersonografie den Blutfluss. Da die Patientin ohnehin einige Tage später für eine Hand-OP stationär aufgenommen wird, entscheidet er, zunächst einmal die Ergebnisse der Hautarzt-Untersuchung einzuholen. Während des Klinikaufenthaltes soll das weitere Vorgehen festgelegt werden. Schwester Silvia versorgt die Wunde mit einem Pflaster und legt einen Kompressionsverband an. „Wenn der Verband rutscht, nehmen Sie ihn ab. Verbände, die nicht sitzen, sind für die Katz", sagt sie in heiterem, aber ernstzunehmenden Ton.

„Gut, dass ich hierher gekommen bin", freut sich Luise Schumacher beim Hinausgehen. In Friesoythe gibt es keinen Hautarzt, die Praxis ihres Dermatologen ist rund 20 Kilometer entfernt. „Ich brauche immer jemanden, der mich dort hinbringt, weil ich nicht Auto fahren kann", erzählt sie. „Entfernungen spielen hier in der Region eine große Rolle", bestätigt Dr. Weise mit Blick auf das ländlich geprägte Gebiet um Friesoythe herum. Eine flächendeckend gute Versorgung der Patienten mit chronischen Wunden zu organisieren, sei deshalb eine große Herausforderung. Dieser stellt sich seit drei Jahren der Verein „Wundzentrum Nord" für ein großes Einzugsgebiet: Cloppenburger Land, Ammerland, Kreis Oldenburg, Bremen, Ostfriesland und Emsland.

„Die Koordination ist etwas schwieriger als in einer großen Stadt", beschreibt Dr. Weise, der auch Vorsitzender des Wundzentrums Nord ist, die Organisation des Netzwerkes. Schnell habe man 100 Kilometer mehr auf dem Tacho, wenn man zu einer Veranstaltung des Vereins hin- und zurückgefahren ist. „Gern hätten wir mehr niedergelassene Kollegen dabei", gibt Dr. Weise zu. Doch die hätten durch ihre hohe Arbeitsbelastung kaum noch Kapazitäten, sich in ihrer freien Zeit dem Thema chronische Wunden zu widmen.

„Die Zusammenarbeit mit den Niedergelassenen kann noch enger werden", bestätigt Rita Timmermann, pflegerische Leiterin der Wundambulanz. Des Öfteren seien es die Patienten selbst, die ihren behandelnden Arzt ganz gezielt auf die Wundsprechstunde ansprächen, und erst dann eine Überweisung dorthin erhielten: Hat der Patient eine Hausarzt-Überweisung, kann die Wundambulanz eine Therapieempfehlung geben. Mit der Überweisung vom Facharzt darf der Patient ein Quartal lang behandelt werden. „Für uns ist es natürlich günstiger, wir sehen den Patienten mehr als ein Mal, um den Fortschritt der Therapie verfolgen zu können", erklärt Dr. Weise. Sei ein er-

folgversprechender Weg eingeschlagen, „kann der Patient sich von seinem Arzt weiterbehandeln lassen. Wir bemühen uns um einen kurzen Draht zu den Kollegen."

Dr. Weises Engagement für Menschen mit chronischen Wunden begründet er selbst ganz einfach: „Diese Menschen brauchen eine Lobby!" Ihre Lebensqualität sei eingeschränkt, manche zögen sich aus Scham über eine hässliche, gar übel riechende Wunde sogar zurück. Darüber hinaus sei die Behandlung chronischer Wunden unterfinanziert. Häusliche Pflegedienste etwa könnten die zeitintensive Wundbehandlung mit teuren Materialien kaum leisten, weil sie auf den Kosten dafür sitzen blieben. „Hier im Krankenhaus können wir uns mehr Zeit nehmen und die Materialien teilweise über die Klinik finanzieren", so Dr. Weise.

Eine halbe Stunde planen Rita Timmermann und ihre beiden Kolleginnen, Silvia Nitschke und Maria Hanneken, pro Patient ein. Die drei ausgebildeten Wundschwestern arbeiten in Teilzeit. „Zwischendurch telefonieren wir viel, um uns abzustimmen", berichtet Schwester Rita. Stammblatt und Wunddokumentationsbogen haben sie selbst, passend zur Arbeitsweise der Friesoyther Wundambulanz, entworfen. Wird einer ihrer Patienten stationär aufgenommen, bekommt er den Dokumentationsbogen mit auf die Station, so wie Elisabeth Schmees. Sie wurde mit einem Lungenödem eingeliefert. „Schön, dass die Wundschwestern hier zu mir kommen. Die kennen meine Wunde", freut sie sich. Zuhause im 20 Kilometer entfernten Bockhorst hilft der 70-Jährigen ihr Pflegedienst.

„Es ist ein Vorteil, dass wir in der Klinik so verzahnt arbeiten können", schildert Schwester Rita. Während der internistischen Behandlung der Patientin ist die Versorgung ihrer Wunde nach dem Therapieplan der Ambulanz gesichert. Sollte ein Patient starke Schmerzen haben, werden Anästhesisten der Klinik, die in der Schmerztherapie qualifiziert sind, hinzugezogen. Auch die Sterilisation des verwendeten Bestecks läuft im eigenen Hause. Und schließlich kann – herstellerunabhängig – auf ein breites Spektrum an Material zur Wundversorgung zurückgegriffen werden.

Wieder in der Wundambulanz begrüßt Rita Timmermann eine 88-Jährige und deren Tochter. Die Mutter hat an beiden Gesäßbacken mit Tamponaden versorgte Wundlöcher. „Die Schwestern erklären mir, wie ich die Wunden versorge und dann mache ich das so", erzählt die Tochter. Sie ist froh über die Ratschläge der Wundschwestern. Gerade bekommt sie wieder einen Tipp von Schwester Rita. „Sie brauchen nicht so viel Tamponade zu verwenden. Die saugt sich sonst wie ein Teebeutel voll und hält die Flüssigkeit in der Wunde", erklärt sie bildhaft den unerwünschten Effekt. Dann entfernt sie die verbrauchte Tamponade und zeigt, wie sie mit weniger Gaze auskommt.

Nicht mehr ganz so kompliziert ist die Sache bei Johann Hinrichs. Er hat eine Verbrennungswunde auf dem Bauch. Beim Grünkohlkochen hatte das Hemd des ehemaligen Bäckers Feuer gefangen, „es brannte lichterloh". Schwester Silvia erinnert sich noch, wie er damals eingeliefert wurde und freut sich mit ihm über den Heilungsfortschritt. Heute bekommt er ein neues Pflaster mit Siliconbeschichtung, er befestigt es selbst und lacht: „Das hält wie eine zweite Haut". Wie wichtig für ihn die regelmäßige Behandlung in der Wundambulanz ist, beschreibt er gern: „Die bauen mich hier immer wieder auf, selbst wenn's manchmal wehtut."

Lebensqualität

Um die Lebensqualität von Menschen mit chronischen Wunden zu erhöhen, legt Chefarzt Dr. Ralf Weise, Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie und Leiter der Wundambulanz am St.-Marien-Hospital Friesoythe, besonderes Augenmerk auf drei Punkte:

- Beseitigung des unangenehmen Wundgeruchs
- Schmerzbewältigung
- Eindämmung der Wundsekretion

Wundambulanz

Die Wundambulanz des St.-Marien-Hospitals in Friesoythe betreut im Schnitt gut 100 Patienten. Sprechstunden werden viermal pro Woche jeweils halbtags angeboten. Drei Wundschwestern sind dort in Teilzeit im Einsatz. Die Wundsprechstunde ist integriert in die chirurgische Ambulanz und die BG-Ambulanz des St.-Marien-Hospitals. Soweit die Patienten im häuslichen Umfeld nicht von Angehörigen oder Pflegediensten unterstützt werden können, arbeitet die Ambulanz in Absprache mit den Patienten mit einem ambulanten Gesundheitsdienstleister zusammen.

Wundzentrum

Damit das Netzwerk für eine flächendeckende Versorgung von Patienten mit chronischen Wundheilungsstörungen in der ländlich geprägten Umgebung von Friesoythe enger wird, gründete sich 2009 der Verein „Wundzentrum Nord". Vorsitzender ist Dr. Ralf Weise. Unter den rund 80 Mitgliedern sind neben Haus- und niedergelassenen Fachärzten und Kliniken auch Pflegedienste, Homecare-Unternehmen, Orthopädietechniker, Podologen und Heilmittelhersteller. Ziel ist es, multidisziplinär, multiprofessionell und produktunabhängig für standardisierte, diagnostische und therapeutische Verfahren zu sorgen.

www.wundzentrum-nord.de

Ausübung von Heilkunde im Wundmanagement

Von Dr. Tobias Weimer, M.A.

Erstaunlich aber wahr, noch immer wird über die Ausübung von Heilkunde im Allgemeinen wie auch im Speziellen wie auch dem Wundmanagement durch Pflegekräfte heftig gestritten. Endlich trat am 21.03.2012 die Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V in Kraft. Was sind die Rechtsfolgen? Der Beitrag klärt auf.

Bisher stand immer die Diskussion der Delegation oder auch Allokation ärztlicher Tätigkeit auf Pflegekräfte im Vordergrund. Der Leitsatz für jede Pflegekraft als auch ärztlichen Mitarbeiter lautet: Je gefährlicher die Durchführung einer Maßnahme für den Patienten, desto weniger kann sie auf Pflegekräfte delegiert werden! Und zur Kontrolle der jeweiligen Einschätzung empfahl und empfiehlt sich weiterhin die Kontrollfrage: Setzt die Durchführung der Maßnahme spezielles ärztliches Sonderwissen voraus? Wenn ja, dann darf keine Delegation erfolgen; im Übrigen war und ist eine Delegation im Einzelfall sehr wohl möglich.

Doch die Diskussion wandelte sich. Inzwischen wird aufgrund des Ärztemangels in den Krankenhäusern über die Substitution (Ersetzen) des Arztes durch speziell weitergebildete Pflegekräfte offen gesprochen, wobei sich die dringende Frage stellt, woher diese speziell ausgebildeten Pflegekräfte kommen sollen. Der Leitsatz lautet im Rahmen der Substitution: Je besser und umfassender die Pflegekraft weitergebildet ist, desto mehr Eigenverantwortung trägt letztlich die Fachkraft.

Diese Entwicklung wurde unterstützt durch den Gesetzgeber. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) vom 28.5.2008 beinhaltete eine erhebliche Weiterung in Bezug auf die eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde durch nicht ärztliche Mitarbeiter. Danach sind die Pflegekräfte berechtigt, die im Rahmen einer Ausbildung vermittelten Kompetenzen zur Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten einzusetzen. Konkretisiert werden diese Kompetenzen in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21.03.2012. Darin beschreibt er – auch haftungsrechtlich – einen Positivkatalog, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung von Heilkunde auf eine Krankenpflegefachkraft im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen kann.

Die darin enthaltenen Vorgaben nehmen auch das Wundmanagement in den Blick. Dort heißt es in Bezug auf die Diagnose chronischer Wunden, z.B. Ulcus cruris, dass das Assessment Verlaufsdiagnostik, die Planung einzuleitender Interventionen und die Umsetzung des Therapieplans als ärztliche Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte nach §4 Krankenpflege- und Altenpflegegesetz zur eigenverantwortlichen Ausübung übertragbar sind. Dabei beinhaltet das Assessment Verlaufsdiagnostik nach Art und Umfang die Erfassung des Wundzustands inklusive Wundgröße und Wundinfektion und pathophysiologischer Ursachen sowie relevanter Begleitparameter, tiefe Wundabstriche und Veranlassung von vertragsärztlichen Überweisungen zur weiterführenden Diagnostik (u.a. Konsil). Die dafür notwendige Qualifikation muss Wissen über Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie von Wunden und ursächlichen Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus) und die Auswahl und Anwendung von Assessmentinstrumenten (u.a. Scoringskalen, GREIS-Modell, UFER-Prinzip; URGE-Einteilung; Schmerzskala; Selbstständigkeit analog NBA/GDS/Barthel) vermitteln.

Die Planung einzuleitender Interventionen umfasst nach Art und Umfang die Mitwirkung und Begleitung bei diagnosebedingter Interventionen im multiprofessionellen Team des persönlichen Umfeldes der Betroffenen im Shared-Decision-Making-Process; die Entscheidung über konkrete Vorgehensweise, z.B. konservatives Vorgehen, Debridement, weitere einzuleitende Maßnahmen; die Veranlassung von vertragsärztlichen Überweisungen bzw. Konsilen (z.B. Chirurgen, Internisten, Psychologen, Anästhesisten etc.); die Verordnungen (u.a. Hilfsmittel wie Gehstützen; Podologie entsprechend der Heilmittel-Richtlinie bei gleichzeitigem Vorliegen des diabetischen Fußsyndroms); Ernährungsberatung und ggf. Verordnung von manueller Lymphdrainage nach Maßgabe der Heilmittel-Richtlinie.

Auch hier bedarf die Kranken- bzw. Altenpflegefachkraft spezielles Sonderwissen. So benötigt die Fachkraft Wissen um (nicht) medikamentöse und (nicht)invasive Therapiemöglichkeiten, die falladäquate Auswahl geeigneter Interventionen und deren Auswirkungen sowie die Implikationen für das multiprofessionelle

Team; Wissen um Beratungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten und Kompetenz zur Durchführung von Beratungen und Anleitung (u. a. Ernährungsberatung; Hypertonieschulung) sowie notwendige sozial-räumliche Umfeldanpassungen etc.; und letztlich Wissen um Versorgungsstrukturen und -angebote (Case Management).

Die Umsetzung des Therapieplans im Wundmanagement beinhaltet die Prozesssteuerung und Durchführung therapeutischer Maßnahmen in Form von lokaler Wundbehandlung z. B. durch konservatives Vorgehen, Debridement oder weitere einzuleitende Maßnahmen; die Information, Beratung und Anleitung von Patienten und anderer am Prozess Beteiligten im persönlichen Umfeld, die Bewertung des Behandlungsergebnisses; der Selbstmanagementfähigkeiten und Hilfebedarfe der Betroffenen, insbesondere im Kontext der häuslichen Pflege-, Betreuungs- und Versorgungssituation; bei stationärer Versorgung in Kooperation mit dem Patienten und aller am Prozess Beteiligten die frühzeitige Abstimmung des voraussichtlichen Entlassungstermins sowie die Initiierung erforderlicher nachstationärer Maßnahmen.

Gerade letztgenannte Koordinierungsmaßnahmen sind vor dem Hintergrund des auch haftungsrechtlich relevanten Anspruchs des Patienten auf ein ordnungsgemäßes Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V von besonderer Wichtigkeit. Die betroffenen Leistungserbringer haben nämlich für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten zu sorgen und sich gegenseitig die erforderlichen Informationen zu übermitteln. Kommt der Patient hier aufgrund von Versäumnissen zu schaden (Bsp.: Nicht ordnungsgemäße Versorgung des Ulcus cruris nachstationär aufgrund fehlerhafter Information), haften alle Beteiligten gesamtschuldnerisch.

Voraussetzung für eine ordnungsgemäße Umsetzung des Therapieplans ist das Wissen um Aufgabenprofile und Aufgabenbereiche der am Wundmanagement beteiligten Akteure und die Fähigkeit zur Koordination der Leistungen. Dabei wird vom GBA Grundlagenwissen (z. B. pharmakologisch, internistisch, chirurgisch) und um die Auswahl, Anwendung und Evaluation von heilkundlichen Interventionen gefordert. Letztlich ist Wissen um die Versorgungsstrukturen und -angebote für chronisch Kranke (u. a. Selbstmanagement, Integrierte Versorgung), die Fähigkeit zu Information, Beratung und Anleitung und das Wissen um die Gestaltung einer bedarfsgerechten Entlassung und deren verantwortliche Durchführung erforderlich.

Hohe Anforderungen stellt der Gesetzgeber also an die Qualifikation der Kranken- und Altenpflegekräfte, die ärztliche Tätigkeiten eigenverantwortlich übernehmen wollen. Rechtsfolge ist aber ein Positivkatalog von Leistungen, die nicht auf die Tätigkeit gegenüber gesetzlich versicherten Patienten und im Rahmen von bloßen Modellvorhaben beschränkbar sind. Ausdrücklich betonte der Gesetzgeber in seiner Gesetzbegründung wörtlich: „Berufsrechtlich sind diese zusätzlich erworbenen Kompetenzen aber nicht auf Tätigkeiten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkbar, da die Ausbildung eine grundlegende Kompetenz vermittelt, die generell und dauerhaft den Zugang zum erlernten Beruf und damit die Ausübung der erlernten heilkundlichen Tätigkeit gestattet."

Damit formuliert die Richtlinie einen Positivkatalog derjenigen heilkundlichen Maßnahmen, die die Pflegefachkraft nach Befähigung eigenverantwortlich durchführen kann.

Kontakt
Dr. Tobias Weimer, M. A.
Fachanwalt für Medizinrecht
WEIMER | BORK
Kanzlei für Medizin- & Strafrecht
44803 Bochum
E-Mail: info@kanzlei-weimer-bork.de

Gefäßchirurgische Versorgung von Diabetikern: Amputationen vermeiden

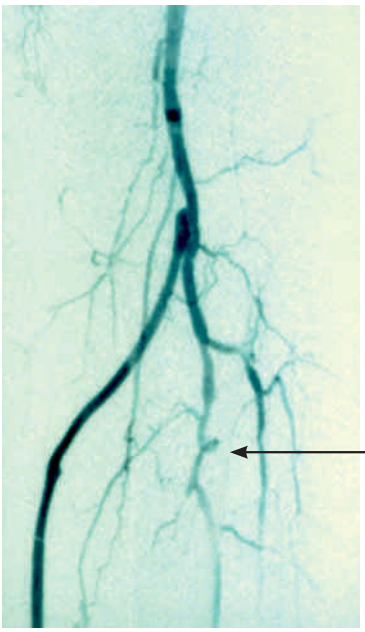
Von Prof. Dr. Gerhard Rümenapf

Seit 2007 betreiben das Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer und die Firma B. Braun Melsungen ein Modellprojekt: Das Case Management überwacht den Verlauf der Behandlung eines Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung und kümmert sich um eine reibungslose Versorgung auch nach dem stationären Aufenthalt.

Diabetisches Fußsyndrom (DFS)

In Deutschland gibt es mehr als 7 Millionen Diabetiker. Eine Spätfolge des Diabetes mellitus ist das diabetische Fußsyndrom (DFS). Dieses ist definiert als Infektion und Gewebsuntergang an den Füßen von Diabetikern, begleitet von neurologischen Störungen und verschiedenen Stadien einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK). Jährlich entstehen ca. 200 000 neue diabetische Fußulcera. In mehr als 50 % der Fälle besteht eine PAVK, vor allem der Unterschenkelschlagadern.

Das Amputationsrisiko ist bei Diabetikern bis zu 50fach erhöht. In Deutschland werden aufgrund des DFS jedes Jahr ca. 20 000 Beinamputationen durchgeführt. Viele davon sind vermeidbar, wenn der Entstehung von Fußläsionen oder Rezidivulcera vorgebeugt und rechtzeitig an eine Verbesserung der arteriellen Durchblutung gedacht würde. Bei konsequenter Therapie des DFS in interdisziplinären Zentren, die eine aggressive Strategie der arteriellen Revaskularisation verfolgen, kann die Amputationsrate um 80 % gesenkt werden.



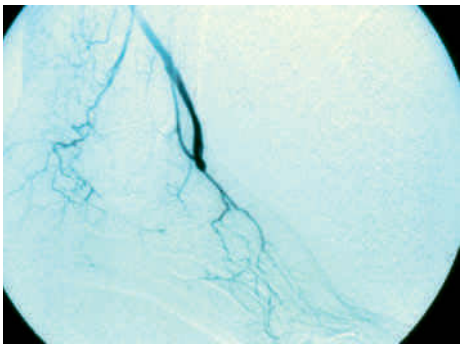


Abb. 2: Einmündung des Venenbypasses auf die Fußrückenschlagader. Solche sogenannten pedalen Bypasses funktionieren jahrelang!

Abb. 1: Venenbypass zwischen einer Unterschenkel- und einer Fußarterie bei einem Diabetiker mit neuroischämischem DFS. Man erkennt die in Richtung Fuß verdämmernde Unterschenkelarterie, die den Bypass speist (siehe Pfeil)

Gefäßchirurgische Therapie

Entscheidend ist beim DFS die rasche Wiederherstellung der arteriellen Durchblutung. Hierzu stehen offene chirurgische Operationsverfahren (Ausschälplastik, Bypassoperation) und perkutane, endovaskuläre Verfahren (Aufdehnung/PTA, Stentimplantation) sowie Kombinationseingriffe aus beiden Verfahren (sog. Hybrideingriffe) zur Verfügung.

Bei der arteriellen Rekonstruktion soll der Schweregrad der Ischämie berücksichtigt und ein vernünftiger Kompromiss zwischen Aufwand, Risiko und Ergebnis angestrebt werden. Die Aufdehnung dient daher als erste Behandlungsoption, da sie für den Patienten schonender und ungefährlicher ist als eine Bypassoperation. Allerdings können nicht alle Läsionen aufgedehnt werden, sodass in unserem Gefäßzentrum pro Jahr ca. 250 Bypässe auf Unterschenkel- und Fußarterien angelegt werden (Abb. 1 und 2). Bei Mehretagen-Problemen sind sog. Hybrideingriffe, die eine Bypassoperation mit einer intraoperativen Dilatation des Zu- oder auch des Abstromes in einem Eingriff kombinieren, eine schonende, zeitsparende und ökonomische Behandlungsoption.

Wundbehandlung

Diabetische Fußläsionen verlangen eine komplette Druckentlastung des betroffenen Fußes und eine stadiengerechte, feuchte Wundbehandlung. Bei Abszessen, Phlegmonen oder Nekrosen ist ein radikales chirurgisches Debridement (einschließlich Minor- und „Grenzzonen-Amputation") zur Infektkontrolle und rascheren Abheilung erforderlich.

Minoramputation

Durch die Zunahme der arteriellen Revaskularisationen bei Diabetikern werden Majoramputationen (Ober-, Unterschenkelamputation) in spezialisierten Zentren seltener und das Amputationsniveau verschiebt sich hin zur Minoramputation. Bei der Minoramputation bleiben die Ferse und damit die normale Beinlänge erhalten. Nach arterieller Rekonstruktion heilen über 90 % der Wunden nach Minoramputation ab.

Vernetzung

Die Behandlung des DFS erfordert ein multidisziplinäres Therapiekonzept und muss die Sekundärprophylaxe im Auge behalten. So nützt beim DFS die optimale gefäßmedizinische Versorgung der Patienten noch nichts, wenn die ambulante Wundbehandlung nicht kompetent durchgeführt wird.

Leider sind der stationäre und ambulante Sektor in Deutschland organisatorisch und budgetär streng voneinander getrennt – die intersektorale Kommunikation folglich häufig ungenügend. Insbesondere operierte Gefäßpatienten, z. B. Diabetiker mit Bypässen und großen, pflegeaufwendigen Wunden an den Füßen, werden nach der Entlassung aus der stationären Behandlung oft nur unzureichend ambulant weiterbehandelt. Das führt zu einer hohen Rate von stationären Wiedereinweisungen. Zusätzliche Belastungen sind damit auch für die Krankenhäuser vorprogrammiert infolge der sog. „Fallzusammenführung", d. h. mehrere, kurz hintereinander folgende stationäre Aufenthalte eines Patienten werden zusammengezählt und nur als ein Fall vergütet.

Case Management

In dem Modellprojekt Speyer wurde untersucht, ob ein integriertes, sektorenübergreifendes Case Management (CM) für die ambulante Betreuung von Patienten nach klinischen Standards die Qualität der Patientenversorgung verbessern und die Zahl der stationären Wiedereinweisungen, die Krankenhausverweildauer, die Häufigkeit von Fallzusammenführungen und die Kosten für das Krankenhaus senken kann.

Methoden

In einer retrospektiven Kohortenstudie wurden DFS-Patienten mit Bypassoperationen, Minoramputationen und Debridements

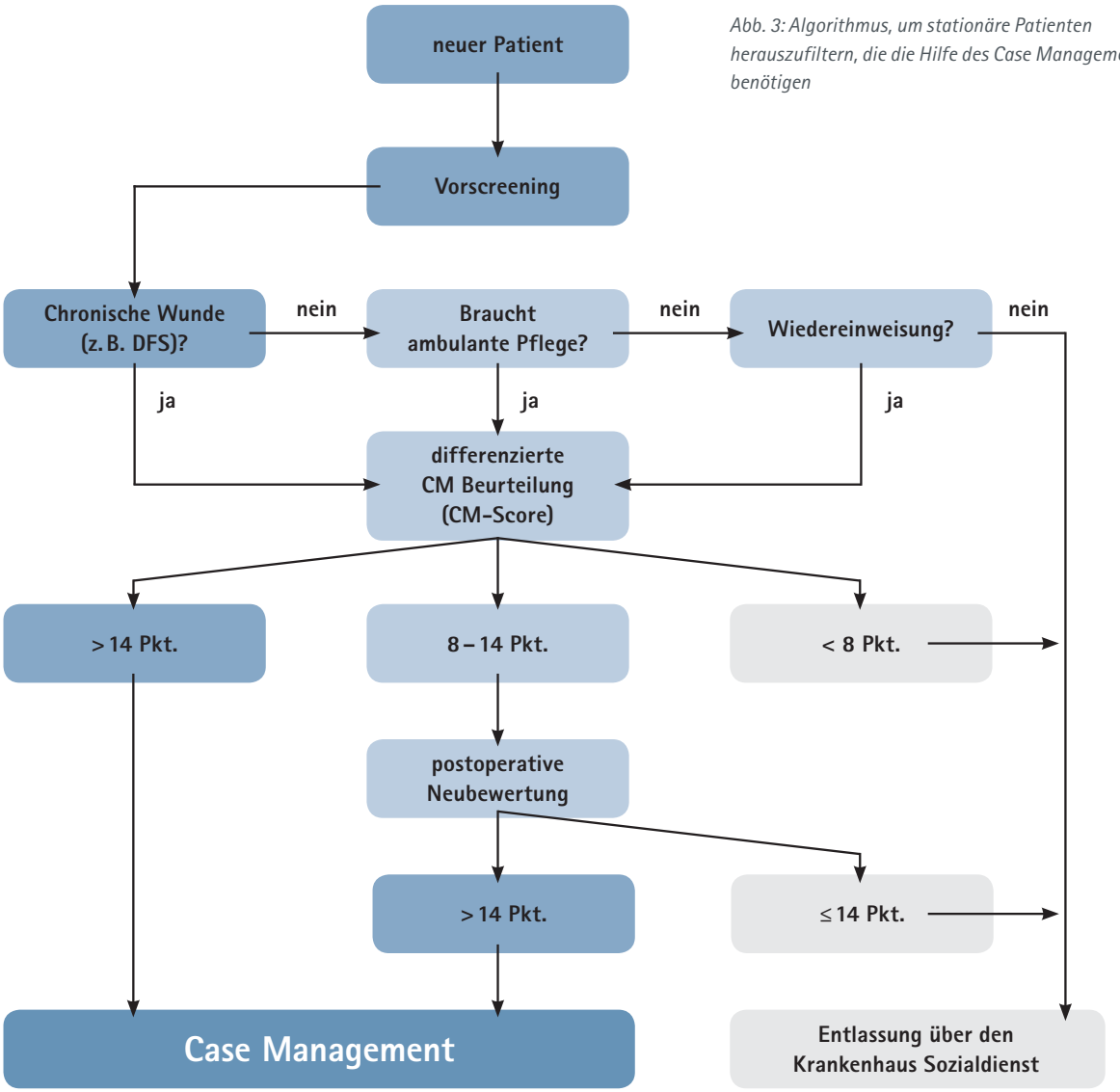


Abb. 3: Algorithmus, um stationäre Patienten herauszufiltern, die die Hilfe des Case Managements benötigen

an den Füßen nach Einführung des CM (n = 376) mit einer ideal vergleichbaren historischen Kontrollgruppe (n = 190) verglichen. Nach einem standardisierten Assessment wurden 116 der 376 Patienten vom CM langfristig betreut.

Das Ergebnis ist extrem positiv. Die stationäre Wiedereinweisungsrate dieser Patienten konnte fast halbiert werden, ebenso die Fallzusammenführungsrate. Die Kosten für das Krankenhaus sinken, das personalintensive Case Management rechnet sich! Diese signifikanten Ergebnisse wurden im August 2012 vom European Journal of Vascular Medicine zur Veröffentlichung angenommen.

Ein Ablaufplan (Abb. 3) zeigt das strukturierte Vorgehen zur Auswahl der Patienten, die am meisten vom Case Management profitieren. Um diese Auswahl objektivierbar und nachvollziehbar zu machen, wurde ein neuer Case-Management-Assessment-Score entwickelt, mit welchem die medizinische, pflegerische und soziale Situation des Patienten besser als mit den bisher gebräuchlichen Indices (z. B. Barthel-Index, BRASS-Index) bewertet werden. Zu Details wird auf die demnächst erscheinende Originalarbeit verwiesen.[1]

Kontakt
Prof. Dr. med. Gerhard Rümenapf
Oberrheinisches Gefäßzentrum Speyer-Mannheim
Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus
E-Mail: gerhard.ruemenapf@diakonissen.de

Die Literaturliste ist zu beziehen über healthcarejournal@bbraun.com und einzusehen unter www.healthcare-journal.bbraun.de

Die Quadratur des Kreises oder Netzwerke bringen Erfolg

Von Dr. Marc Schmidt

Im Raum Karlsruhe gibt es das Wundkompetenznetz Mittlerer Oberrhein. In dessen Mittelpunkt steht die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Krankenhäusern, niedergelassenen Haus- und Fachärzten, Pflegeeinrichtungen, der AOK und dem Medizinischen Dienst Baden-Württemberg bei der Versorgung chronischer und komplizierter Wunden. Durch eine geregelte Koordination der Kommunikation und Dokumentation durch die MedNet Service GmbH als Managementgesellschaft werden die einzelnen Schritte einer Wundbehandlung optimal aufeinander abgestimmt. 2011 befanden sich mehr als 850 Patienten im Wundregister.

Differenzialdiagnose und angeschlossene Kausaltherapie, eine strukturierte Überleitung vom stationären in den ambulanten Bereich sowie moderne Wundversorgung nach definiertem Standard sind ebenso Bestandteile der Konzeption wie ein angeschlossenes Versorgungsmanagement. Fotodokumentationen, Kostenerfassung und neutrale Datenbearbeitung gewährleisten Transparenz. Ein neuartig entwickelter Algorithmus identifiziert frühzeitig Risikopatienten als High-Cost-Patienten, für die dann in Fallkonferenzen individuelle Behandlungsmodelle – auch mit Blick auf die Kostensituation – entworfen werden können. Im Juni 2012 konnte das Wundkompetenznetz den ersten Vertrag zur Integrierten Versorgung mit der AOK Baden-Württemberg abschließen.

Behandlungskonzept

Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden ist ein komplexes Problem sowohl für den Patienten, als auch für den behandelnden Arzt. Neben der körperlichen Schädigung sind psychische Belastungen, erhebliche soziale Folgen und ökonomische Aspekte zu berücksichtigen. Die Therapie führt nur dann zum Heilungserfolg, wenn die Grunderkrankung(en) kausal behandelt wird (werden).[4] Ohne eine funktionierende Durchblutung der betroffenen Gefäße beispielsweise ist keine Wundheilung zu erwarten.

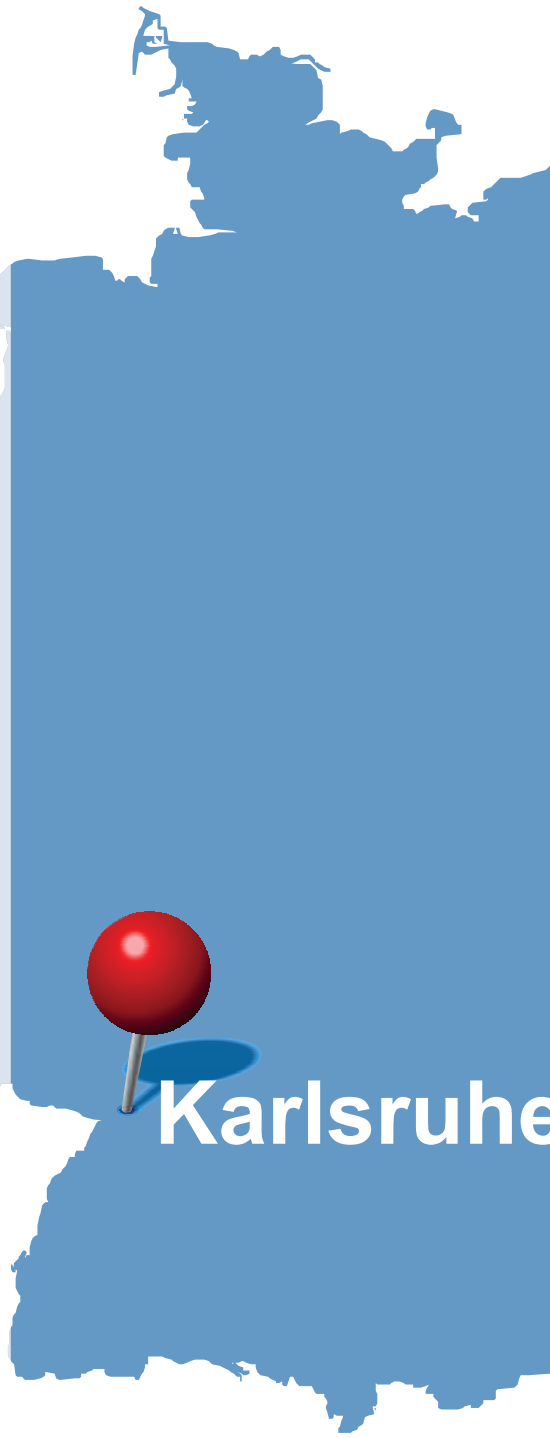
Chronische Erkrankungen

Die Therapie chronischer Erkrankungen ist in unserem Gesundheitssystem wenig etabliert und zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass es selten monokausale Ursachen gibt, die Verläufe langwierig sind und oft von teuren Interventionen begleitet werden.

Ein optimales Versorgungskonzept fußt auf einer interdisziplinären, multiprofessionellen Konzeption, dem die klassische Fragmentierung unseres Gesundheitswesens und die daraus resultierende mangelnde Koordination und Kommunikation zwischen den beteiligten Sektoren entgegensteht. Trotz ausgeschöpfter finanzieller Ressourcen sind Kosten-Nutzen-Analysen zur gezielteren Steuerung der Geldmittel immer noch nicht in der Alltagsrealität angekommen.

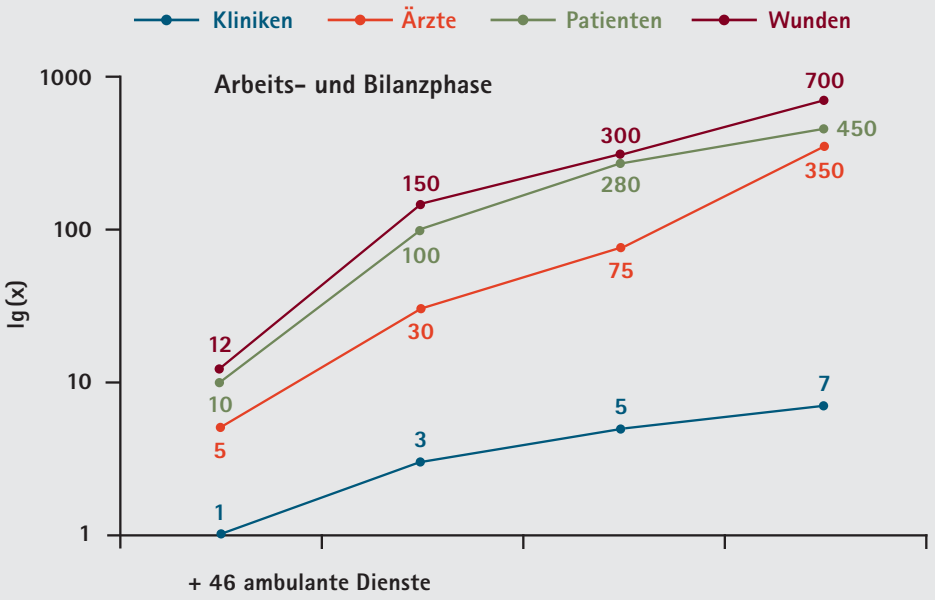
Neuarchitektur eines Wundkompetenznetzes

Im vorliegenden Modell wurde nicht nur der durchgängige Einsatz moderner Wundauflagen realisiert, sondern auch ein festgelegter Behandlungspfad implementiert, der sowohl Differenzialdiagnose, Kausaltherapie, strukturierte Überleitung, Behandlung nach Standard und Folgedokumentation umfasst. Zunächst wurde ein Konzept entwickelt, das die Basis zur Übernahme der Steuerungsfunktion im interdisziplinären



Konkrete Strukturen

performing = Ziele – Management- & Servicegesellschaft; 2009



Netzwerk durch den Apotheker schafft. Einfache Regeln, maximale Transparenz und lokale Ausrichtung sind tragende Säulen der Konstruktion.

In vier Phasen wurden über vier Jahre die beteiligten Sektoren zu einem stabilen regionalen Verbund zusammengeführt. 2011 befanden sich mehr als 850 Patienten im Wundregister.

Das Wundkompetenznetz Mittlerer Oberrhein

Für das Wundkompetenznetz MOR wurden folgende allgemeine Ziele definiert:

- Nutzen und Qualität der Behandlung steigern und zweifelsfrei belegen
- transparente Darstellung der Kosten (Kostenreduktion)
- dokumentierte Sicherung der Qualität durch Leitlinien und Standards

Ausgangspunkt ist immer der stationäre Sektor: In der Klinik werden die (Differenzial-)Diagnostik und die nötigen Kausaltherapien sichergestellt. Der Patient wird dann strukturiert übergeleitet.[8] Die Therapiehoheit im ambulanten Bereich liegt beim niedergelassenen Arzt oder Facharzt. Diese Verantwortlichkeit ist nicht übertragbar. Ambulante Dienste, Alten- und Pflegeheime übernehmen die „Durchführungsverantwortung" für die korrekte Einhaltung des Behandlungsstandards (SETI-Prinzip)[9] und die Verbandwechsel. Der Apotheker übernimmt die Rolle des „Versorgungsmanagers" mit folgenden Hauptaufgaben:

- Behandlungsmanagement (Organisation und Überwachung der Therapie)
- Datenmanagement (Generierung und Auswertung der Daten inklusive der Fotodokumentation)
- Sektorenmanagement (Information, transparente Darstellung der Ergebnisse, Fortbildung)

Fazit

Mit traditionellen Vorgehensweisen und Maßnahmen zur Behandlung akuter Erkrankungen allein kann aufgrund der Vielzahl negativer Einflussmöglichkeiten kein optimales Ergebnis bei der Versorgung chronischer Wunden erzielt werden.

Neben der Grund- und den Begleiterkrankungen sind weitere Parameter für den Heilungsverlauf von großer Bedeutung. Die resultierenden (Co-)Medikationen, die Auswahl der richtigen Wundauflagen in Abhängigkeit vom Zustand der Wunde, und die Compliance der Patienten haben einen großen Einfluss auf den Therapieerfolg. Durch eine engmaschige, lückenlose (Foto-)Dokumentation hat der „Versorgungsmanager" stets aktuelle Informationen über den Verlauf der Wundheilung und kann so gegebenenfalls zeitnah intervenieren.

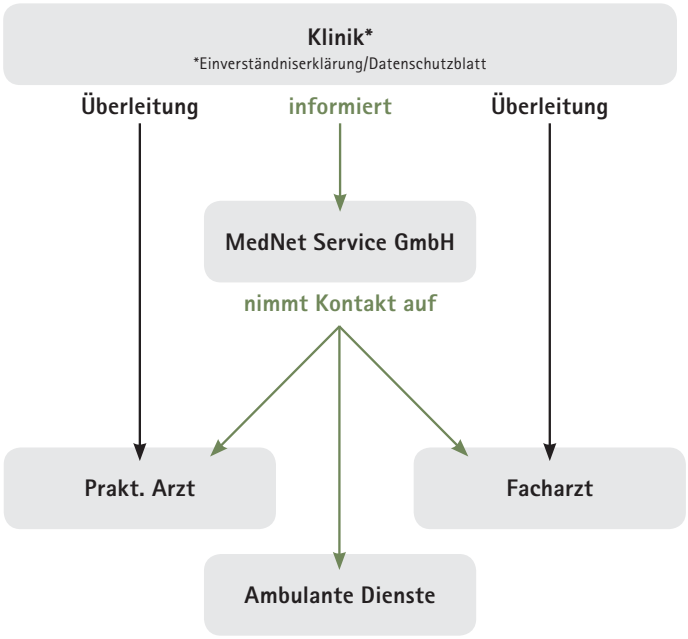
Die aus der Beurteilung der Gesamtsituation einzuleitenden Maßnahmen folgen nach definierten Leitlinien oder Standards.

Allein das optimale Ausnutzen etablierter Behandlungspfade bringt eine signifikante Verbesserung der Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden im medizinischen, pflegerischen und wirtschaftlichen Bereich.[10] Dabei ist das Einhalten des dualen Ansatzes (Kausaltherapie, hydroaktive phasenadaptierte Wundversorgung) Grundvoraussetzung. Nicht die Produkte, sondern die Prozesse müssen verbessert werden.

Die dauerhafte Finanzierung sowohl der Therapie als auch der wissenschaftlichen Evaluation wird durch die gezielte Steuerung der Patienten sichergestellt. In unserem Fall konnte diese Pionierarbeit sogar gänzlich ohne Fremdfinanzierung geleistet werden.

Eine Ausweitung auf weitere versorgungsrelevante Bereiche wie Schmerz-

Die Umsetzung: stationär ⟶ ambulant



beziehungsweise Diabetes-Management ist geplant und kann ebenfalls durch die bestehende Infrastruktur dargestellt werden. Weitere Indikationen, deren Therapiekonzept interdisziplinär angelegt werden muss, können in gleicher Weise organisiert werden.

Eine solche Neuorganisation erfordert allerdings den Mut zu einem radikalen Paradigmenwechsel. Die Treiber dieser Bewegung müssen stark unternehmerisch und kreativ innerviert sein, um bestehende, verkrustete Strukturen zu überwinden.

Versorgungsmanagement ist bei gezielter Patientensteuerung betriebswirtschaftlich attraktiv. Je mehr Portfolios abgedeckt werden, desto größer die Wertschöpfung pro Patient. Der Profit wird von der Optimierung der Prozesse bestimmt. Je effizienter CRM und Logistik, desto höher der Gewinn. Versorgungsmanagement ist eine strategische Entscheidung hin zum kreativen Gestalter, Kosten-Nutzen-Evaluation als Sicherungsinstrument der Marktposition.

Als logische Konsequenz haben wir im eigenen Unternehmen neuartige Steuerungs- und Überwachungsinstrumente nach obigem Konzept eingebaut, die uns auch Verbesserungen in der Versorgung anderer chronischer Morbiditäten ermöglichen.

Das Konzept wartet also mit einer Vielzahl von Mehrwerten auf:

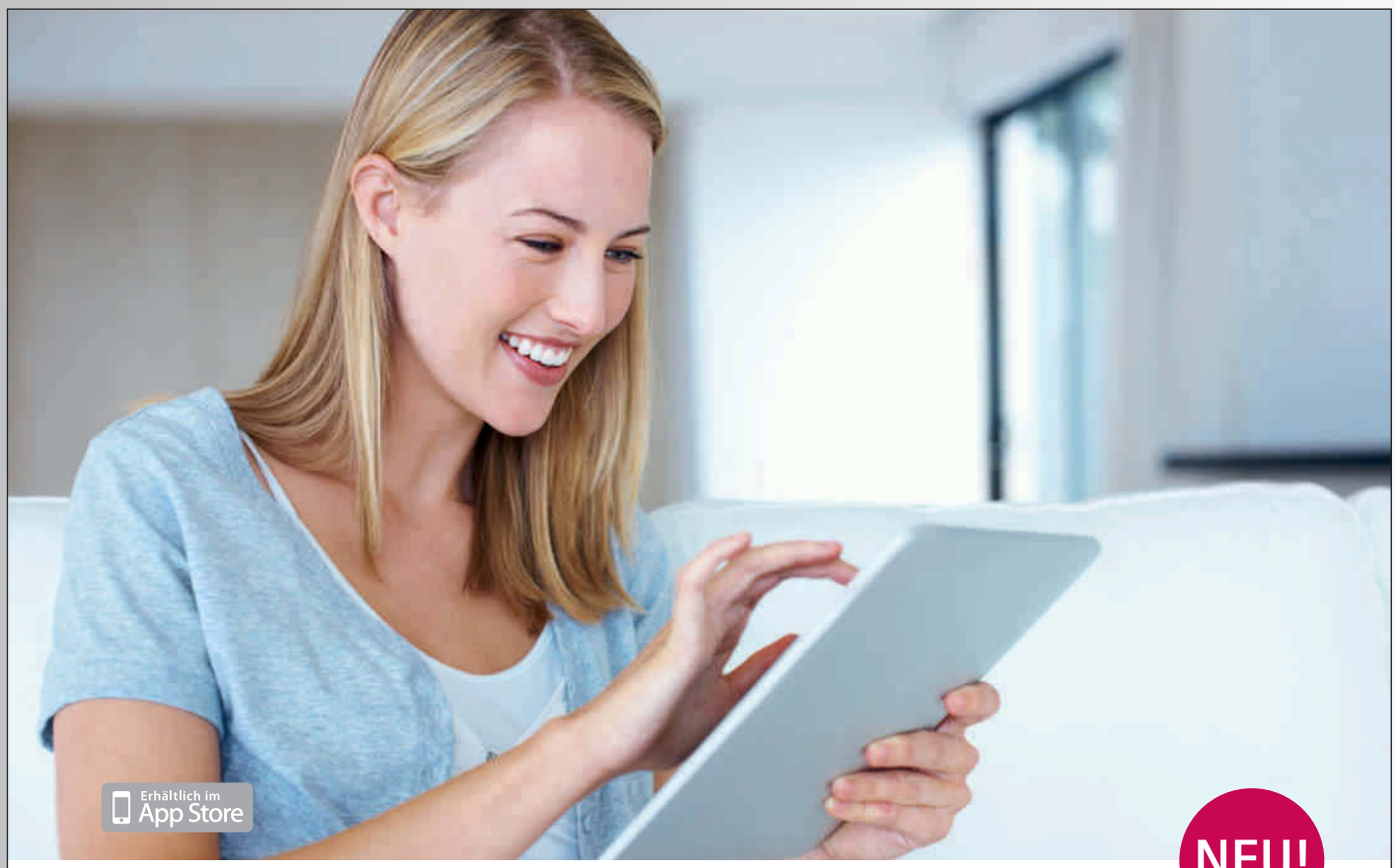
- Patienten sind besser versorgt
- Kosten werden eingespart
- Innovationen werden vorangetrieben
- Wirtschaftliche Vorteile für die durchführende Apotheke sind nachweisbar
- Die Rolle des Apothekers im Gesundheitswesen wird neu definiert

Alle Aspekte zusammengefasst lassen nur einen Schluss zu: Es handelt es sich um die „Quadratur des Kreises"!

Apotheker Dr. Marc Schmidt ist Geschäftsführer der MedNet Service GmbH. Im Netzwerk Oberrhein ist er verantwortlich für die Versorgungsforschungsprojekte.

Kontakt
Dr. Marc Schmidt, Apotheker
Nördliche Uferstr. 11
76189 Karlsruhe
E-Mail: m.schmidt@mednet-bw.de

Die Literaturliste ist zu beziehen über healthcarejournal@bbraun.com und einzusehen unter www.healthcare-journal.bbraun.de



NEU!

Das HealthCare Journal als App für Ihr iPad

Die HealthCare Journal-App finden Sie bei **iTunes** unter **Medizin > aktuelle Apps**

Mit dem einmaligen Download der App erhalten Sie automatisch einen Hinweis von iTunes, sobald eine aktuelle Ausgabe verfügbar ist.

B. Braun HealthCare-Newsletter unter **www.healthcare-journal.bbraun.de**

Ihre Meinung interessiert uns!

Hat Ihnen das HealthCare Journal gefallen?
Wir würden uns freuen, wenn Sie an unserer Umfrage unter *healthcare-journal.bbraun.de* teilnehmen.
Ein kleines Dankeschön wartet auf Sie!

B. Braun Melsungen AG
Redaktion HealthCare Journal
Carl-Braun-Straße 1
34212 Melsungen
Deutschland

Fax: (0 56 61) 75-35 41
E-Mail: healthcarejournal@bbraun.com