

Die Unternehmen der  
Medizintechnologie :  
[www.bvmed.de](http://www.bvmed.de)

Informationsbroschüre  
Wirtschaftlichkeit und Gesundheitspolitik

## **Einsatz von hydroaktiven Wundauflagen**

© Copyright by  
BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e. V.  
September 2011

Vervielfältigungen, auch auszugsweise, sind nur mit ausdrücklicher Genehmigung des BVMed gestattet.

Alleinverkauf durch:  
**MedInform** c/o BVMed,  
Reinhardtstr. 29 b, 10117 Berlin,  
Tel.: +49 (0)30 246 255-0  
Fax: +49 (0)30 280 416 53  
E-Mail: [krankenversicherung@bvmed.de](mailto:krankenversicherung@bvmed.de)

# Wirtschaftlichkeit und Gesundheitspolitik

## Einsatz von hydroaktiven Wundauflagen

### Vorwort

**Innovative Therapiekonzepte** benötigen fundierte anerkannte wissenschaftliche Argumente, um sich **im medizinisch-pflegerischen Alltag** durchzusetzen. Fachgesellschaften, Kostenträger und Expertengremien haben bereits Richt- und Leitlinien verabschiedet, die den Einsatz hydroaktiver Wundverbände als anerkannten Stand der Wissenschaft belegen und fordern (z. B. AWMF-S3-Leitlinie "Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum" der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie, Dekubitusbehandlung im Bereich der häuslichen Krankenpflege [HKP], neue Standards für die Therapie von chronischen Wunden, wie z. B. von Ulcus cruris, Dekubitus, Diabetischer Fuß [DFS] und traumatischen Defektwunden). Ca. 50 Jahre nach ihrer Entwicklung werden die Therapiekonzepte für hydroaktive Wundversorgung zunehmend auch auf breiter Ebene angewandt.

Allein in der Homecare-Versorgung sind ca. vier Millionen Menschen von chronischen Wunden betroffen. Darüber hinaus gibt es zahlreiche weitere Indikationen der Wundversorgung, die eine Versorgung mit hydroaktiven Wundauflagen benötigen.

Bei der Entscheidung für die Auswahl der Wundtherapie stehen immer noch zu oft die Materialkosten pro Verband (Stückkosten), statt der Betrachtung der Gesamtkosten der Behandlung, im Vordergrund.

Diese Informationsbroschüre des BVMed soll Sie über die wichtigsten sozial(versicherungs)rechtlichen, medizinisch-pflegerischen und wirtschaftlichen Aspekte der Wundversorgung informieren. Auf Grund der aktuellen gesundheitspolitischen und demographischen Veränderungen gewinnen Effektivität und Wirtschaftlichkeit der Wundversorgung zunehmend an Bedeutung.

Für die aktive Unterstützung bei der Überarbeitung der Broschüre bedanken wir uns u. a. bei

Stefan Weidenauer (Coloplast GmbH), Uwe Drechsler (Mölnlycke Health Care GmbH), Dr. Andrea Schlosshan (Paul Hartmann AG), Dr. Andreas Markuzzi (ConvaTec Germany GmbH), Iris Brückel (Smith & Nephew GmbH) und Daniela Piossek (Bundesverband Medizintechnologie e. V.).

Berlin, September 2011

# Inhalt

	Seite
<b>1. Einleitung</b>	<b>4</b>
1.1. Aktuelle Versorgungssituation	4
1.2. Differenzierung unterschiedlicher Wundversorgungsarten	5
1.2.1. Traditionelle Wundversorgung	5
1.2.2. Hydroaktive Wundversorgung	5
1.2.3. Aktive Wundversorgungsprodukte	5
1.2.4. Weitere Formen der modernen Wundversorgung	5
1.3. Gruppen hydroaktiver Wundversorgungsprodukte	6
1.4. Verbandmittel	6
<b>2. Medizinische und pflegerische Aspekte der hydroaktiven Wundversorgung</b>	<b>7</b>
2.1. Der Einsatzbereich hydroaktiver Wundversorgungsprodukte	7
2.2. Bedeutung des feuchten Wundmilieus für die medizinische Versorgung	7
2.3. Qualitative Wirkungseffekte	8
2.4. Expertenstandard Chronische Wunde	8
2.5. Pflegeaufwand und Pflegekosten	9
2.6. Wunddokumentation	9
2.6.1. Wunddokumentation durch den Arzt	9
2.6.2. Wunddokumentation in der Pflege	10
2.7. Qualifikation der Akteure	16
2.7.1. Qualifikation der Ärzte und Pflegefachkräfte in der Wundversorgung	16
2.7.2. Medizinprodukteberater	18
2.8. Wundversorgung durch nichtärztliche Berufe	18
2.8.1. Arztentlastende Versorgungsangebote (AGnES, VERAH etc.)	19
<b>3. Bestimmungsgemäßer Gebrauch von Medizinprodukten</b>	<b>20</b>
<b>4. Hydroaktive Wundversorgung aus sozial(versicherungs)rechtlicher Perspektive</b>	<b>22</b>
4.1. Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen in der Wundversorgung	22
4.2. Abgrenzung des SGB V zum Medizinproduktegesetz	22
4.3. Kostenübernahme von hydroaktiven Wundverbänden in der Gesetzlichen Krankenversicherung	23
4.4. Kostenübernahme der Wundversorgung durch Pflegekräfte	24
4.5. Hydroaktive Wundtherapie in der vertragsärztlichen Versorgung	24
4.5.1. Trennung der Facharzt- und Hausarztvergütung	25
4.5.2. Vergütung der Wundbehandlung im EBM	25
4.5.3. Kostenpauschalen für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen	30
4.5.4. Hausärzte erhalten gemäß EBM 2011 einen Chronikerzuschlag	31
4.5.5. Praxisbesonderheiten beim EBM	32
4.6. Abrechnungsfähigkeit von Wundverbänden in der privaten Krankenversicherung	32
4.7. Hydroaktive Wundversorgungsprodukte im Sprechstundenbedarf	33
4.8. Wundversorgung und Wirtschaftlichkeitsprüfung	33
4.8.1. Wirtschaftlichkeitsprüfung	34
4.8.2. Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss	34
4.8.3. Wie wird das Verordnungsbudget des Arztes ermittelt?	34

4.8.4.	Richtgrößen und Richtgrößenvolumen	34
4.8.5.	Praxisbesonderheiten	35
4.9.	Patientencompliance	37
4.10.	Wundversorgung und DRGs	37
4.11.	Verweildauer	38
4.12.	Verträge zur integrierten Versorgung (§ 140 ff. SGB V)	39
4.12.1.	Konzept der Integrierten Versorgung	39
4.12.2.	Gesetzliche Änderungen des §§ 140 ff. SGB V im AMNOG	39
4.12.3.	Integrierte Versorgung und Wundversorgung	39
4.12.4.	Realisierung von IV-Verträgen 2004 - 2010	40
4.12.5.	Beispiel Kompetenznetz Mittlerer Oberrhein (MOR)	40
4.12.6.	Studie belegt Kostenersparnis bei moderner und fallgesteuerter Behandlung	40
4.13.	Hausarztzentrierte Versorgung	41
4.14.	Wundambulanzen und Wundzentren	41
4.15.	Ambulantes Operieren	41
<b>5.</b>	<b>Wirtschaftliche Aspekte der hydroaktiven Wundversorgung</b>	<b>42</b>
5.1.	Innovation und Nutzen	42
5.2.	Rolle der evidenz-basierten Medizin	42
5.3.	Betrachtung der Kosten des gesamten Behandlungsfalles	43
5.4.	Kostenermittlung	44
5.5.	Kostenvergleich	44
5.5.1.	Material- und Personalkosten	44
5.5.2.	Gesundheitsökonomische Evaluationen	45
5.5.3.	Krankheitskosten	46
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>46</b>
<b>7.</b>	<b>Literatur</b>	<b>47</b>

# 1. Einleitung

Die zumeist langwierige Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden stellt sowohl aus therapeutischer als auch aus ökonomischer Sicht eine große Herausforderung dar. Als erschwerender Faktor kommt hinzu, dass überwiegend ältere Menschen mit vorliegender Komorbidität von Problemwunden belastet sind. Um daher die Wunden in einem akzeptablen Zeitraum zur Abheilung zu bringen, hat sich hierzu die feuchte Wundbehandlung unter Einsatz adäquater hydroaktiver Wundauflagen bewährt.

Hydroaktive bzw. moderne Wundversorgung ist bereits seit ca. 50 Jahren wissenschaftlich untersucht und anerkannt. Als Folge entwickeln die medizinisch-wissenschaftliche Forschung und die Medizinprodukteindustrie laufend verbesserte und innovative Verbandmittel und Verfahren der Wundversorgung.

**Qualitätskriterien** hydroaktiver Wundversorgungsprodukte sind:

- > Schnellere Wundheilung
- > Aufrechterhaltung eines feuchten Klimas im Wundbereich
- > Aufnahme und Entfernung von überschüssigem Wundexsudat
- > Gewährleistung des Gasaustausches
- > Thermische Isolierung der Wunde von der Umwelt
- > Mechanischer und mikrobiologischer Schutz der Wunde
- > Atraumatische (schmerzarme) Entfernung des Verbandes
- > Prophylaxe und Bekämpfung von Infektionen

In den folgenden Ausführungen wird unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, sozial-(versicherungs)rechtlicher und wirtschaftlicher Aspekte dargelegt, warum innovative Behandlungsmethoden mit hydroaktiven Wundversorgungsprodukten die bisherigen traditionellen Therapien der Wundbehandlung bei bestimmten Einsatzbereichen ablösen können und gleichzeitig im Hinblick auf die Gesamtbehandlungskosten günstiger sind. Wesentlich für den Therapieerfolg sind jedoch die Kenntnis und die Beachtung der einzelnen Wundheilungsphasen. Jedes Stadium der Wundheilung erfordert nämlich ganz unterschiedliche Anforderungen an die Eigenschaften und physikalischen Wirkungsmechanismen der zur Anwendung kommenden Wundauflagen. Die Vielfalt der im Markt befindlichen Wundauflagen ist letztendlich die Voraussetzung dafür, dass jeder Behandlungsfall problemorientiert und wirtschaftlich therapiert werden kann.

## 1.1. Aktuelle Versorgungssituation

Nach wie vor werden in Deutschland Patienten mit chronischen Wunden nur unzureichend mit hydroaktiven Wundversorgungsprodukten versorgt, obwohl fast 90 Prozent der Ärzte diese bevorzugt einsetzen möchten. Das ist das Ergebnis einer Umfrage zur Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden (Dekubitus, Ulcus cruris, Diabetisches Fußsyndrom) des Instituts für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) in Kiel im Auftrag des Bundesverbandes Medizintechnologie (BVMed), an der sich im Herbst 2006 über 850 niedergelassene Ärzte beteiligten. Als Begründung, warum die Durchführung einer modernen Wundversorgung nicht im erforderlichen Umfang möglich ist, wurden vor allem das Richtgrößenvolumen (83 Prozent), eine unzureichende Abbildung im EBM (49 Prozent), die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen (43 Prozent) und eine Ablehnung durch die Krankenkassen (33 Prozent) genannt.

Um eine flächendeckende bedarfsgerechte Wundversorgung sicherzustellen, halten 66 Prozent der befragten Ärzte eine Modifizierung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für eine erforderliche Maßnahme. Etwa 60 Prozent sind der Ansicht, dass die Berücksichtigung der Versorgung chronischer Wunden als Praxisbesonderheit eine geeignete Maßnahme wäre.

Obwohl 40 Prozent der teilnehmenden Ärzte selbst moderne Wundversorgungsprodukte einsetzen, schätzen nur etwa 16 Prozent die Versorgungsqualität in Deutschland als gut oder sehr gut ein. Ein Viertel der Ärzte sieht die Versorgungsqualität sogar als ungenügend an. Lediglich vier Prozent der Ärzte gehen davon aus, dass alle Patienten mit chronischen Wunden ärztlich versorgt werden. Etwa 70 Prozent der teilnehmenden Ärzte sind der Meinung, dass die Gesamtkosten der Behandlung von Patienten

mit chronischen Wunden durch den Einsatz moderner Wundversorgungsprodukte verringert werden können. Eine Verbesserung der Patient compliance durch die Verwendung moderner Wundversorgungsprodukte sehen sogar beinahe 90 Prozent der befragten Ärzte.

Der überwiegende Teil der Ärzte (87,4 Prozent) hat pro Quartal einen Anteil von Fällen mit chronischen Wunden von bis zu 10 Prozent. Nur etwa 1,3 Prozent der Ärzte haben angegeben, dass sie keine Patienten mit chronischen Wunden versorgen und nur 2,2 Prozent haben einen Anteil von Patienten mit chronischen Wunden, der bei mindestens 20 Prozent liegt. Dies bedeutet, dass sich grundsätzlich jeder Arzt mit der Versorgung chronischer Wunden auseinandersetzen muss. Die Ergebnisse der Umfrage können zwar nicht die Situation aller Patienten mit chronischen Wunden in Deutschland repräsentieren, geben jedoch deutliche Hinweise auf die Versorgungssituation.

(Siehe auch: <http://www.bvmed.de/stepone/data/downloads/10/b2/00/AbstractIGSFStudie.pdf>)

## **1.2. Differenzierung unterschiedlicher Wundversorgungsarten**

### **1.2.1. Traditionelle Wundversorgung**

Die traditionelle Wundversorgung wird in der Regel mit "trockener Wundversorgung" gleichgesetzt. Es werden üblicherweise Mullkompressen oder befeuchtete Gaze eingesetzt, die in der Wunde austrocknen und mit dem Wundgrund verkleben können. Bei der Verwendung von Mullkompressen bzw. befeuchteten Gazen ist mit häufigen Verbandwechseln pro Tag zu rechnen. Damit entsteht ein erhöhtes Infektions- und Verletzungsrisiko der Wunde.

### **1.2.2. Hydroaktive Wundversorgung**

Bei der hydroaktiven Wundversorgung, wird in allen Wundheilungsphasen ein feuchtes Wundmilieu geschaffen und über den gesamten Heilungsverlauf aufrechterhalten. Die Wundheilungsphasen sind: Exsudations-, Granulations- und Epithelisierungsphase. Das feuchte Wundmilieu beschleunigt den Heilungsprozess der Wunde. Dabei ist die Wahl einer geeigneten Wundaufgabe einer der wichtigsten Punkte, die es zu beachten gilt.

Bereits 1962 wurde durch Dr. George Winter nachgewiesen, dass ein feuchtes Wundmilieu zu einer beschleunigten Wundheilung führt. Daher wird die hydroaktive Wundversorgung heute der traditionellen Versorgung vorgezogen.

### **1.2.3. Aktive Wundversorgungsprodukte**

Als sogenannte "aktive" Wundversorgungsprodukte bezeichnet man Therapeutika für den Einsatz in Wunden, deren primäres Ziel die aktive Beeinflussung des Wundmilieus ist. Somit soll durch eine Interaktion mit der Wunde eine Modulation beispielsweise der Matrix-Metalloproteinasen, der Wachstumsfaktoren oder des pH-Wertes als therapeutischer Ansatzpunkt für eine Förderung der Wundheilung erzielt werden.<sup>1</sup>

### **1.2.4. Weitere Formen der modernen Wundversorgung**

Neben den hydroaktiven Wundaufgaben gibt es weitere innovative Methoden der Wundversorgung. Hierzu zählen u. a. die Unterdruck-Wundtherapie (Negative Pressure Wound Therapy) und die Elektrostimulation.

Bei der Unterdruck-Wundtherapie handelt es sich um eine geschlossene Wundbehandlung mit Ableitung von Wundexsudat über einen externen oder internen drainierten Wundfüller (Schaum oder Gaze), bei der eine Vakuumpumpe den für die Drainage notwendigen Sog erzeugt und aufrecht erhält. Durch

---

<sup>1</sup> Definition nach Prof. Dr. med. Joachim Dissemond, Universitätsklinikum Essen

den erzeugten Sog werden die Wundränder zusammengezogen, Exsudat und infektiöses Material entfernt und Ödeme reduziert. Die Unterdruckwundtherapie schafft eine geschützte Wundumgebung und bietet ein ideal feuchtes Wundmilieu.

Die Elektrostimulation in der Wundtherapie kombiniert die hydroaktive Wundversorgung mit der Applikation von homogenen Gleichstromimpulsen. Diese Impulse erzeugen elektrische Felder, die in akuten Wunden natürlich vorhanden, in chronischen Wunden jedoch zum Erliegen gekommen sind und für Zellteilung und Zellmotilität – und damit die Wundheilung insgesamt – eine zentrale Rolle spielen. Der Elektrostimulation in der Wundversorgung wird in zehn Leitlinien medizinischer Gesellschaften, einer Metanalyse sowie einem Cochrane Review eine hohe medizinische Evidenz bescheinigt.

Auf diese Versorgungsformen wird in dieser Broschüre nicht näher eingegangen.

### **1.3. Gruppen hydroaktiver Wundversorgungsprodukte**

Bereits heute gibt es eine Vielzahl hydroaktiver Wundversorgungsprodukte. Sie werden phasengerecht in allen Wundheilungsstadien eingesetzt:

- > Alginat
- > Hydrokolloide
- > Hydrogele
- > Hydrofaser (Hydrofiber)
- > Schaumverbände
- > Polymere/Hydropolymere
- > Folien
- > Nichthaftende Wundverbände
- > Aktivkohle-Wundverbände
- > Wundspülende Verbände
- > Antimikrobielle Wundauflagen (z. B. mit Silber oder Polyhexanid)
- > Kollagenhaltige Wundauflagen
- > Wundauflagen mit Elektrodeneigenschaften (Elektrostimulation)
- > Unterdruckwundtherapie (Negative Pressure Wound Therapy)
- > etc.

Es ist zu beachten, dass Wundauflagen auch als Kombinationsprodukte zur Verfügung stehen, für die eine eindeutige Zuordnung in eine der o. a. Gruppen nicht in jedem Fall möglich ist.

### **1.4. Verbandmittel**

#### **Verbandmitteldefinition des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA):**

Verbandmittel sind Produkte, die dazu bestimmt sind, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken oder deren Körperflüssigkeit aufzusaugen. Dies sind z. B. Wund- und Heftpflaster ("Pflasterverbände"), Kompressen, Mittel zur feuchten Wundversorgung, Mull- und Fixierbinden, Gipsverbände, Mullkompressen, Nabelkompressen, Stütz-, Entlastungs-, Steif- oder Kompressionsverbände sowie Verbandmittel zum Fixieren oder zum Schutz von Verbänden. Zu den Verbandmitteln zählt auch das Trägermaterial, das arzneilich wirkende Stoffe für oberflächengeschädigte Körperteile enthält.<sup>2</sup>

Somit sind Verbandmittel Medizinprodukte, die der Verhütung, Versorgung und/oder Behandlung von Wunden bzw. der Stabilisierung, Immobilisation, funktionalen Mobilisation und/oder Kompression von Körperteilen dienen. Der Hersteller definiert die Zweckbestimmung<sup>3</sup>. Dabei ist die Zweckbestimmung

---

<sup>2</sup> Quelle: Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie/AMR: Verordnungsfähigkeit von Medizinprodukten vom 15. Mai 2008

<sup>3</sup> Siehe: MPG (Gesetz über Medizinprodukte), zuletzt geändert am 30. Juli 2010

die Verwendung, für die das Verbandmittel in der Kennzeichnung, der Gebrauchsanweisung oder den Werbematerialien nach den Angaben Herstellers bestimmt ist.

Nach § 31 Absatz 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch V (SGB V) hat jeder Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen Anspruch auf die Versorgung mit Verbandmitteln.

**Verbandmittel sind verordnungsfähig.** Sie fallen nicht unter die Ausschlussregelung nach § 34 Abs. 1 S. 1 SGB V von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und auch nicht unter die Regelung für arzneimittelähnliche Medizinprodukte nach § 31 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB V.

Der G-BA hat deutlich klargestellt, dass Verbandmittel nicht unter die Regelung von arzneimittelähnlichen Medizinprodukten nach § 31 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB V fallen.<sup>4</sup>

**Achtung: Verbandmittel sind keine Hilfsmittel im Sinne der GKV.**

## **2. Medizinische und pflegerische Aspekte der hydroaktiven Wundversorgung**

### **2.1. Der Einsatzbereich hydroaktiver Wundversorgungsprodukte**

Der Anwendungsbereich umfasst vielfältige Indikationen, akuter wie chronischer Wunden unterschiedlicher Genese und Beschaffenheit. Die oben genannten Produkte werden insbesondere bei folgenden vorliegenden Indikationen eingesetzt:

- > Ulcus cruris (venosum, arteriosum, mixtum)
- > Dekubitus
- > Diabetisches Fußsyndrom (DFS)
- > Spalthautentnahmestellen
- > Dermabrasionswunden
- > Konditionierung von Wundflächen
- > oberflächliche Verbrennungen (bis einschließlich 2. Grades)
- > sekundär heilende Wunden
- > chirurgische Wunden (OP-Wunden)
- > andere Wunden

Hydroaktive Wundauflagen finden zurzeit schwerpunktmäßig für die Versorgung chronischer Wunden Anwendung, obgleich zahlreiche Indikationen der Akut-Wundversorgung (Traumatologie, Bagatelverletzung) ebenfalls für diese Produkte indiziert sind.

### **2.2. Bedeutung des feuchten Wundmilieus für die medizinische Versorgung**

In der medizinischen Praxis – ambulant und stationär – findet das Prinzip der feuchten Wundbehandlung mit hydroaktiven Wundversorgungsprodukten bei Problemwunden zunehmend Akzeptanz.

Wundversorgung sollte immer im Kontext mit der Grunderkrankung des Patienten erfolgen. Eine Therapie von Wunden umfasst neben dem Einsatz hydroaktiver Produkte ggf. auch die Anwendung von Lagerungssystemen und Kompressionstherapie.

Die geeignete Auswahl eines phasengerechten hydroaktiven Wundverbandes im Rahmen der medizinischen Versorgung und Pflege stellt eine wichtige Maßnahme dar, um die physiologischen Heilungsprozesse wesentlich zu unterstützen.

---

<sup>4</sup>Quelle: Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie/AMR: Verordnungsfähigkeit von Medizinprodukten vom 15. Mai 2008

Die einfache Handhabung und Anwendung hydroaktiver Wundversorgungsprodukte ist für den medizinischen und pflegerischen Anwender wichtig. Eine einheitliche und standardisierte Vorgehensweise mit einer gezielten Auswahl der Materialien in den einzelnen Wundheilungsphasen ist notwendig. Es ist sinnvoll, den Patienten über die Anwendung und Handhabung der hydroaktiven Wundversorgungsprodukte zu informieren und einzubeziehen.

Hydroaktive Wundversorgungsprodukte beschleunigen die Wundheilung. Dabei gilt es zum einen, neben der Unterstützung der Wundreinigung, die Wunde sicher vor äußeren Einflüssen zu schützen und Wundexsudat in den Verband aufzunehmen. Zum anderen wird durch die hydroaktiven Verbände ein physiologisches Wundmilieu aufrechterhalten, das ideale Bedingungen für eine schnellere Wundheilung schafft. Somit lassen sich alle Wundheilungsphasen bestmöglich unterstützen. Darüber hinaus haften diese Produkte nicht am Wundgrund und können beim Verbandwechsel gewebeschonend sowie schmerzarm entfernt werden. Außerdem wird nachweislich die Abheilungsdauer reduziert (Ukat et al., 2004; Augustin et al., 1999; Bergemann et al., 1999).

### **2.3. Qualitative Wirkungseffekte**

Der Einsatz hydroaktiver Wundversorgungsprodukte, anstelle traditioneller Produkte, führt zu qualitativen Wirkungseffekten, wie der verbesserten Qualität der medizinischen und pflegerischen Wundversorgung sowie zu einer gesteigerten Lebensqualität der Patienten (z. B. Reduktion von Schmerzen und Geruch).

Neben dem ökonomischen Nutzen, der vor allem in der zeitlichen Entlastung des Pflegepersonals liegt, sind folgende qualitätsorientierte Faktoren und patientenrelevante Nutzenaspekte zu sehen:

- > verkürzte Abheilungsdauer
- > erhöhte Abheilungsraten
- > Verringerung der Wundinfektion
- > Verringerung der Schmerzen beim Verbandwechsel und während der Tragezeit
- > geringe Anzahl von Verbandwechseln im gesamten Versorgungszeitraum
- > Förderung der Lebensqualität für den Patienten

Diese entsprechen dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft. Durch den Einsatz hydroaktiver Wundversorgungsprodukte erfolgt eine effiziente Behandlung von Menschen mit chronischen und akuten Wunden in allen Wundheilungsphasen auf gleichmäßig hohem Niveau. Neben einer qualitativ verbesserten Patientenversorgung entstehen positive Effekte in der Wirtschaftlichkeit, die zunehmend an Bedeutung gewinnen (z. B. reduzierter Personaleinsatz und -kosten, reduzierte Arbeitsunfähigkeit).

### **2.4. Expertenstandard Chronische Wunde**

Das deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat 2008 den Expertenstandard "Pflege von Menschen mit chronischen Wunden" veröffentlicht.\*

Mit Hilfe des Expertenstandards soll der pflegerische Beitrag zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden beschrieben werden. Zielsetzung hierbei ist es, dass die Lebensqualität gefördert und die Wundheilung unterstützt wird. Darüber hinaus soll die Rezidivbildung von Wunden vermieden werden.

Im Mittelpunkt der strukturellen, prozessualen und ergebnisorientierten Anstrengungen stehen u. a. die Verbesserung der Heilungschancen durch die sachgerechte Beurteilung, phasengerechte Versorgung der Wunde, eine regelmäßige Dokumentation des Verlaufs sowie das Selbstmanagement der Betroffenen.

---

\* Siehe Literaturverzeichnis.

## 2.5. Pflegeaufwand und Pflegekosten

Um den Pflegeaufwand und die Pflegekosten für medizinische und pflegerische Tätigkeiten bei der Wundversorgung mit traditionellen und hydroaktiven Wundversorgungsprodukten realistisch einschätzen zu können, sind folgende Variablen von Interesse:

- > Durchschnittliche Dauer der Gesamttherapie bis zur vollständigen Abheilung
- > Häufigkeit der notwendigen Verbandwechsel
- > Zeitbedarf (Zeitaufwand pro Person) pro Verbandwechsel
- > Art und Verwendung der Materialien

Die Patienten mit hydroaktiven Wundversorgungsprodukten haben in der Regel im Vergleich zu traditionellen Verbandmitteln eine deutlich verkürzte Wundheilungsdauer.

In allen vorliegenden Studien zeigt sich eine eindeutige Tendenz zu einem selteneren und schnelleren Verbandwechsel bei den hydroaktiven Wundversorgungsprodukten im Vergleich zu traditionellen Verbänden (Sellmer, Augustin usw.).

Daher kommt es in der Therapie mit hydroaktiven Wundversorgungsprodukten zu einer signifikanten Reduktion der Pflegezeit und damit zu niedrigeren Personal-, Pflege- und Gesamtkosten der Wundbehandlung.

In der Gesamtbetrachtung der Anwendung von hydroaktiven Wundversorgungsprodukten ergeben sich erhebliche Einsparungen von Material und Zeitaufwand.

## 2.6. Wunddokumentation

### 2.6.1. Wunddokumentation durch den Arzt

#### Die Dokumentationspflicht

Der Arzt muss den Behandlungsverlauf in den Krankenunterlagen dokumentieren. Diese Dokumentation muss alle notwendigen Informationen enthalten, um eine Folgebehandlung zu ermöglichen.

Die Dokumentation ist vom Arzt selbst schriftlich und zeitnah zum Ende eines jeden Behandlungsabschnitts vorzunehmen. Der Einsatz von elektronischen Speichermedien ist erlaubt, wenn sichergestellt ist, dass eine nachträgliche Veränderung ausgeschlossen werden kann.

Die Dokumentation ist im Regelfall auf die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Der Patient hat nach heute herrschender Auffassung ein uneingeschränktes Einsichtsrecht in die gesamten Krankenunterlagen.

Die Dokumentationspflicht wird abgeleitet aus

- > dem Behandlungsvertrag
- > dem ärztlichen Berufsrecht
- > Landesgesetzen (z. B. Landeskrankenhausgesetz Berlin)
- > speziellen Regelungen für Kassen-Vertragsärzte (BMV-Ä)
- > Spezialgesetzen (z. B. Strahlenschutzverordnung, Röntgenverordnung, Geschlechtskrankheitengesetz)

#### Wer muss dokumentieren?

Der Arzt muss die Dokumentation vornehmen, d. h. jeder an der Behandlung beteiligte Arzt muss eine eigene Dokumentation erstellen. Es ist aber auch zulässig, dass der Arzt Mitarbeiter damit beauftragt, Dinge, die er ihnen im Einzelnen nennt, in die Dokumentation hineinzuschreiben. Genauso kann auch eine Krankenschwester z. B. das Verabreichen eines bestimmten Medikaments aufschreiben.

### **Wann wird dokumentiert?**

Die Dokumentation muss zeitnah zur Behandlung erfolgen. Der Arzt darf später auch Nachträge hinzufügen – allerdings müssen dann Datum und Grund für den Nachtrag vermerkt werden.

### **Wie wird dokumentiert?**

Die Dokumentation findet meist durch Anlegen einer Patientenakte statt. Technische Aufzeichnungen wie EKG-Kurven oder Röntgenaufnahmen gehören ebenso dazu, wie Unterlagen oder Berichte anderer Ärzte, die den Patienten behandelt haben sowie atypische Zwischenverläufe. Eine Fotodokumentation bei chronischen Wunden wird z. B. zur Abrechnung der EBM-Ziffer 02312 (Ulcus cruris) alle 4 Wochen gefordert (Vgl. S. 27). Der Patient muss dazu seine Einwilligung geben.

Eine standardisierte Wunddokumentation des Heilungsverlaufs ermöglicht jederzeit eine aktuelle Analyse und eine qualitätsgesicherte Therapie und Pflegeplanung. Die Rechtsprechung fordert zudem eine lückenlose und aussagekräftige Dokumentation des Krankheits- und Wundheilungsverlaufes durch Arzt und Pflegekraft.

### **Nur eine transparent dokumentierte Wundversorgung kann vor Regressen schützen oder Praxisbesonderheiten begründen.**

Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie unter Punkt 4.8. „Wundversorgung und Wirtschaftlichkeitsprüfung“ (S. 33).

## **2.6.2. Wunddokumentation in der Pflege**

Die Verpflichtung zur Dokumentation und die Führung von Leistungsnachweisen in der Pflege sind gesetzlich verankert:

**Der Pflegedienst verpflichtet sich, Art, Inhalt und Umfang der Leistungen entsprechend dem Rahmenvertrag gem. § 75 SGB XI und dem Vertrag gem. §§ 132, 132a SGB V zu dokumentieren und eine individuelle Pflegeplanung zu erstellen und die jeweils erbrachten Leistungen in einer Pflegedokumentation aufzuzeichnen. Die jeweils aktuelle Pflegesituation wird dokumentiert. Jede Veränderung, die andere Pflegeleistungen erforderlich macht, ist aufzuführen. Die Ziele, der Verlauf und die Ergebnisse des pflegerischen Prozesses werden vom Pflegedienst regelmäßig durch eine verantwortliche Fachkraft überprüft und in der Pflegedokumentation festgehalten.**

Die Komplexität der Erkrankungen und die oft lange Behandlungsdauer und Pflege führt oft zu einer unübersichtlichen Datenlage und lückenhafter Dokumentation. Für die aktuelle Therapieentscheidung ist die Kenntnis der vorausgegangenen Behandlung jedoch wichtig, und nur durch eine exakte Pflegedokumentation kann der Krankheitsverlauf sorgfältig analysiert werden. Die Grundlagen zur Dokumentationsverpflichtung finden sich u. a. im Pflegequalitätssicherungsgesetz (PQSG), dem Krankenpflege- und Altenpflegegesetz (KrPflG, AltPflG), sowie in Richtlinien des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS).

Die systematische Dokumentation des pflegerischen Handelns ist heute ein "Muss" für alle Pflegenden: Zum einen fordert das Krankenpflegegesetz (§ 1 und 4) eine umfassend geplante Pflege zur Erfüllung der beruflichen Sorgfaltspflicht. Zum anderen verlangt das SGB V (§§ 135 ff.) in der ambulanten und stationären Versorgung eine konsequente Qualitätssicherung – eine Voraussetzung ist die umfassende Aufzeichnung. Eine qualitativ hochwertige Dokumentation ermöglicht eine wirtschaftliche und therapieeffiziente Pflege und bietet Pflegenden bei Haftungsfragen mehr Rechtssicherheit.

Hat eine Pflegekraft Bedenken hinsichtlich der Durchführung einer Wundtherapie, so ist es deren Recht und Pflicht, den behandelnden Arzt auf eine eventuelle Gefahrerhöhung hinzuweisen (Remonstration). Hierbei empfiehlt es sich, eine Remonstration in einer gesonderten Dokumentation aufzuzeichnen.

Die Hersteller hydroaktiver Wundauflagen bieten zahlreiche Konzepte zur papier- und EDV-gestützten Wunddokumentation an. Beispiele aus der Maske eines Wunddokumentationsprogramms sowie eines Erhebungsbogens werden nachfolgend gezeigt.

## Beispiele der Wunddokumentation

### a) EDV-Dokumentation:

**Mustermann, Heinz (01.03.1940) - Patientenakte**

**Lokalisationsschemata:**  
Wundlokalisationen

**Daten:**

**Patientenstammdaten:**  
**Mustermann, Heinz**  
**01.03.1940**  
 Musterstr. 1  
 12345 Musterort

**Visitendaten:**

**Krankenkasse** **Auftraggeber**  
**BMI** **Hausarzt**

**Gewicht:**  kg **BMI:**    
**Grösse:**  cm

**Verlauf:**  
 chronische Wunde Unterschenkel links

**cm<sup>2</sup>**

Visitendaten	Wundfläche (cm <sup>2</sup> )
02.06.07	7.5
10.06.07	4.5
26.06.07	1.0
08.07.07	1.5
24.07.07	0.5

**Buttons:**  
 Wundinitialisierung anzeigen | Wundverlauf dokumentieren  
 Verlaufsbericht | Verbandswechsel  
 Wundstatus "geheilt" setzen | Wundstatus "amputiert" setzen  
 Wundstatus zurücksetzen | Bildverlauf anzeigen  
 Bilder lokal speichern | Wunde löschen

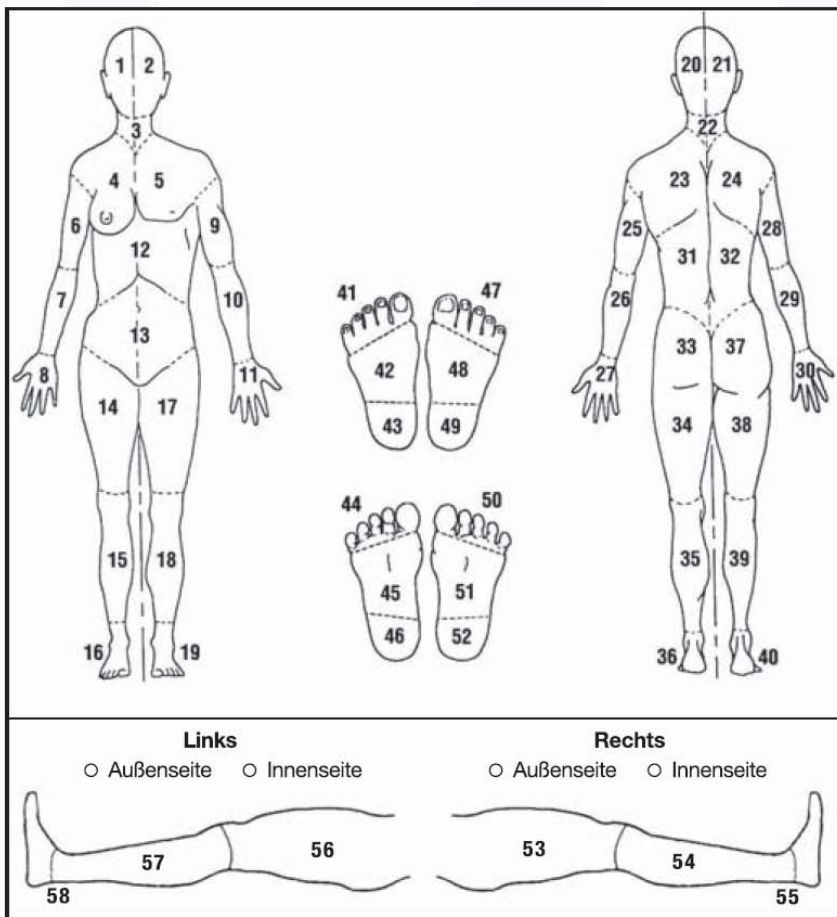
## b) Beispiel einer papiergestützten Wunddokumentation:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Datum _____		
<b>1. Wundanamnese</b> (Fragen siehe Rückseite)	<b>2. Wundanalyse</b>	<b>3. Wundtherapie und Pflege</b>
<p><b>Grunderkrankung:</b> _____</p> <p><b>Medizinische Wunddiagnose:</b> _____</p> <p><b>Wunddauer:</b> _____ <b>Rezidivzahl:</b> _____</p> <p><b>Diagnostik:</b> _____ _____ _____</p> <hr/> <p><b>Wund- und Therapiebedingte Einschränkungen</b></p> <p>Mobilität: <input type="radio"/> j <input type="radio"/> n</p> <p>Assessment: _____</p> <p>Schmerzen: <input type="radio"/> j <input type="radio"/> n</p> <p>Assessment: _____</p> <p>Ernährungsstatus: <input type="radio"/> j <input type="radio"/> n</p> <p>Assessment: _____</p> <p>Psychosoziale Aspekte: _____</p> <p>Schlafstörungen: _____</p> <hr/> <p><b>Wundheilung beeinflussende Faktoren</b></p> <p>Zusätzliche Erkrankungen: _____</p> <p>Medikamente: _____</p> <p>Rauchen: _____</p> <p>Sonstiges: _____</p> <p>Lebensqualität Würzburger Wundscore: _____ _____</p>	<p><b>Lokalisation</b> (siehe Diagramm) _____</p> <p><b>Klassifikation / Dekubitus</b> (siehe Rückseite) Kategorie: _____</p> <p><b>Wundgröße</b> (cm) Länge _____ Breite _____ Tiefe _____</p> <p>Unterminierung (cm) Länge _____ Ausrichtung nach Uhr (siehe Diagramm) _____</p> <p>Fisteln (cm) Länge _____ Ausrichtung nach Uhr (siehe Diagramm) _____</p> <p>Taschen (cm) Länge _____ Ausrichtung nach Uhr (siehe Diagramm) _____</p> <p><b>Wundheilungsphasen</b> (vorherrschende Phase ankreuzen)</p> <p><input type="radio"/> Exsudationsphase/Exsudat: <input type="radio"/> serös <input type="radio"/> blutig <input type="radio"/> eitrig <input type="radio"/> trocken <input type="radio"/> feucht <input type="radio"/> nass</p> <p><input type="radio"/> Granulationsphase/Granulationsgewebe: <input type="radio"/> blass <input type="radio"/> zyanotisch <input type="radio"/> rot</p> <p><input type="radio"/> Epithelisierungsphase/Epithelgewebe: <input type="radio"/> rosa <input type="radio"/> blass</p> <p><b>Besonderheiten der Wundbeschaffenheit und Wundgrund</b> <input type="radio"/> Nekrose feucht <input type="radio"/> Nekrose trocken <input type="radio"/> Fibrin <input type="radio"/> Wundgeruch</p> <p><b>Wundränder:</b> <input type="radio"/> intakt <input type="radio"/> mazeriert <input type="radio"/> unterminiert <input type="radio"/> nekrotisch</p> <p><b>Wundumgebung:</b> <input type="radio"/> intakt <input type="radio"/> gerötet <input type="radio"/> mazeriert <input type="radio"/> ödematös <input type="radio"/> trocken <input type="radio"/> _____</p> <p><b>Infektionszeichen:</b> <input type="radio"/> Rötung <input type="radio"/> Schwellung <input type="radio"/> Überwärmung <input type="radio"/> Schmerz <input type="radio"/> Funktionseinschränkung</p> <p><b>Heilungsverlauf</b> nach Robert-Koch-Institut (RKI) <input type="radio"/> Aseptische Wunde <input type="radio"/> Kontaminierte Wunde <input type="radio"/> Infizierte Wunde</p> <p><b>Pflegediagnosen</b> nach North American Nursing Diagnosis Association (NANDA): <input type="radio"/> Hautschädigung 00046 <input type="radio"/> Gewebeschädigung 00044</p>	<p><b>Therapie</b> (nach Anordnung) _____ Name Arzt: _____ Schmerzmedikation: _____</p> <p><b>Pflegetechnik / Verbandwechsel</b></p> <p>Wundreinigung: <input type="radio"/> NaCl 0,9 % <input type="radio"/> Ringerlösung <input type="radio"/> Besonderheiten: _____</p> <p><b>Wunddebridement:</b> _____</p> <p><b>Verbandstoffe:</b></p> <p>Produktname _____ Größe _____ Anzahl _____</p> <p>Produktname _____ Größe _____ Anzahl _____</p> <p>Produktname _____ Größe _____ Anzahl _____</p> <p><b>Spezielle Fixierung des Verbandes mit:</b> _____</p> <p><b>Pflege der Wundumgebung:</b> _____</p> <p><b>Vorhandene wundbezogene Hilfsmittel:</b> _____</p>
Notieren Sie in der Pflegedokumentation das Anfangsdatum der Wunddokumentation		© Pflegerisches Konzept: Norbert Matscheko B.Sc., München 2011
Inhalte orientieren sich am Nationalen Expertenstandard „Pflege des Menschen mit chronischen Wunden“ 2008		

# Lokalisation der Wunde

## Wundlokalisationsdiagramm

Benutzen Sie das Diagramm zur genauen Beschreibung der Wundlokalisierung (bitte ankreuzen).



## Angaben zur Fotodokumentation

Abstand: \_\_\_\_\_ Winkel: \_\_\_\_\_ Hintergrundfarbe: \_\_\_\_\_

Kameramodell: \_\_\_\_\_

Speicherort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Aussteller: \_\_\_\_\_

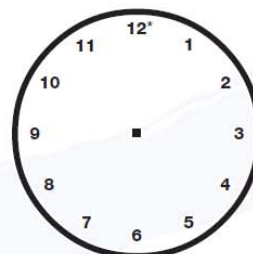
Datum: \_\_\_\_\_ Aussteller: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Aussteller: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Aussteller: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Aussteller: \_\_\_\_\_

Spezielles Wundmanagement: \_\_\_\_\_



\*12 Uhr entspricht Kopfrichtung

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Inhalte orientieren sich am Nationalen Expertenstandard „Pfleger des Menschen mit chronischen Wunden“ 2008



## Zum Nutzen dieser Wunddokumentation

Die systematische Dokumentation des medizinischen und pflegerischen Handelns ist ein Muss für alle Pflegefachkräfte. Zum einen fordert das Alten- und Krankenpflegegesetz §3 die Erhebung und Festlegung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege und ärztlich veranlasster Maßnahmen zur Erfüllung der beruflichen Sorgfaltspflicht. Zum anderen verlangt das Sozialgesetzbuch X1 §80 in der ambulanten und stationären Versorgung

eine konsequente Qualitätssicherung – eine Voraussetzung ist die umfassende Aufzeichnung. Zudem ermöglicht die Dokumentation eine wirtschaftliche Pflege und bietet Pflegefachkräften bei Haftungsfragen mehr Rechtssicherheit. Gründe genug, die Pflegedokumentation für den Bereich der Wundversorgung durch eine spezielle Wunddokumentation zu erweitern.

### Erläuterungen zu den einzelnen Rubriken

**1. Wundanamnese:** Die genaue Situationsbeschreibung bei Behandlungsbeginn erlaubt die systematische Analyse des Patienten und der Wunde. Das Erfassen der gestellten Wund Diagnose sowie der schon durchgeführten oder geplanten Diagnostik ergeben die Grundlage für eine gezielte Fragestellung:

- Ist die Entstehung der Wunde bekannt?
- Wie lange besteht die Wunde schon?
- Welche Medikamente werden eingenommen und beeinflussen sie die Wundheilung (z. B. Antibiotika)?
- Bestehen Allergien?
- Gibt es Besonderheiten bezüglich des Ernährungsstatus?
- Wie beweglich ist der Betroffene?
- Wie ausgeprägt sind die Schmerzen, wurden schon Analgetika verabreicht und in welcher Dosis?

**2. Wundanalyse:** Die genaue Beschreibung der Wunde im Rahmen der Wundinspektion ermöglicht eine exakte situationsbedingte Organisation der Pflege und eine patientengerechte Wundtherapie. Beispiel: Klassifikation / Dekubitus NPUAP/EPUAP 2009  
Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, 1. Aktualisierung 2010, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.

<b>Kategorie I</b>	Nicht wegdrückbare, umschriebene Rötung bei intakter Haut, gewöhnlich über einem knöchernen Vorsprung. Bei dunkel pigmentierter Haut ist ein Abblassen möglicherweise nicht sichtbar, die Farbe kann sich aber von der umgebenden Haut unterscheiden. Der Bereich kann schmerzempfindlich, verhärtet, weich, wärmer oder kälter sein als das umgebende Gewebe. Diese Symptome können auf eine (Dekubitus-)Gefährdung hinweisen.
<b>Kategorie II</b>	Teilerstörung der Haut (bis zur Dermis), die als flaches, offenes Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/rupturierte, serumgefüllte Blase darstellen. Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes, flaches Ulcus ohne nekrotisches Gewebe oder Bluterguss*. Diese Kategorie sollte nicht benutzt werden, um Blasen, Verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, feuchtigkeitsbedingte Läsionen, Mazerationen oder Abschürfungen zu beschreiben. *Blutergüsse weisen auf eine tiefe Gewebsschädigung hin.
<b>Kategorie III</b>	Zerstörung aller Hautschichten. Subkutanes Fett kann sichtbar sein, jedoch keine Knochen, Muskeln oder Sehnen. Es kann ein Belag vorliegen, der jedoch nicht die Tiefe der Gewebsschädigung verschleiert. Es können Tunnel oder Unterminierungen vorliegen. Die Tiefe des Dekubitus der Kategorie III variiert je nach anatomischer Lokalisation. Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und das Gehörknöchelchen haben kein subkutanes Gewebe, daher können Kategorie III-Wunden dort auch sehr oberflächlich sein. Im Gegensatz dazu können an besonders adipösen Körperstellen extrem tiefe Kategorie III-Wunden auftreten. Knochen und Sehnen sind nicht sichtbar oder tastbar.
<b>Kategorie IV</b>	Totaler Gewebsverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Belag und Schorf können vorliegen. Tunnel oder Unterminierungen liegen oft vor. Die Tiefe des Kategorie IV-Dekubitus hängt von der anatomischen Lokalisation ab. Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und der Knochenvorsprung am Fußknöchel haben kein subkutanes Gewebe, daher können Wunden dort auch sehr oberflächlich sein. Kategorie IV-Wunden können sich in Muskeln oder unterstützende Strukturen ausbreiten (Fascien, Sehnen oder Gelenkkapseln) und können dabei leicht Osteomyelitis oder Ostitis verursachen. Knochen und Sehnen sind sichtbar oder tastbar.

Die Auswertung der Wundanamnese und der Wundinspektion im Rahmen des pflegediagnostischen Prozesses ermöglicht die Zuordnung der Wunde zur jeweiligen Pflegediagnose.

Pflegediagnose:

Gewebeschädigung 00044 Definition: Schädigung der Schleimhaut, der Hornhaut, der Haut oder des subkutanen Gewebes.

Hautschädigung 00046 Definition: Veränderte Epidemis und/oder Demis

Quelle: NANDA International (2010): Pflegediagnosen Definitionen und Klassifikation 2009-2011, 1. Auflage. Recom GmbH, Kassel; Seite 322-322.

Pflegediagnosen stellen eine standardisierte sprachliche Form, d.h. einheitliche *Terminologie* für die aus der Wundanamnese abgeleiteten Probleme des Patienten dar und können an deren Stelle in den Pflegeprozess integriert werden.

### 3. Wundtherapie und Pflege:

Nachweis der angeordneten Therapie und Pflege mittels detaillierter Planung.

Bei der Wundtherapie und Pflege ist zu beachten, dass alle Produkte, die zur Behandlung und Pflege der Wunde eingesetzt werden, ärztlich angeordnet sind und die Kriterien des Arzneimittelgesetzes oder Medizinproduktegesetzes berücksichtigen.

Wichtig sind auch die wundbezogenen Hilfsmittel z.B. Entlastungsschuh, da sie eine therapeutische Wirkung haben.

**4. Durchführungsnachweis:** Dieser Durchführungsnachweis für den gesamten Zeitraum der Wundversorgung gliedert sich in folgende Teile:

**Datum, Uhrzeit:** „Wann“ wurde ein Verbandwechsel durchgeführt.

**Durchführung:** Die Umsetzung der Wundtherapie und der hygienische Verbandwechsel nach RKI werden dokumentiert; Besonderheiten (z.B. Positionierung des Patienten zum Verbandwechsel) sind in Stichworten festzuhalten. (Pflegebericht). Eine Erfassung der Selbstpflegekompetenzen und Zuordnung zu einer Pflegeheorie sind hier möglich.

**Veränderung der Wundanalyse:** Hier werden Veränderungen detailliert aufgezeichnet.

### Änderung der Wundtherapie und Pflege:

Bei einer neuen Ausgangssituation wird die Planung der neuen Lage angepasst.

**Handzeichen:** „Wer“ trägt die Verantwortung.

**5. Beurteilung Wundtherapie und Pflege:** Hier erfolgt die Gesamtbewertung der Wundversorgung. Bei Anlage einer neuen Wunddokumentation sollten die Gründe kurz dokumentiert werden.

## **2.7. Qualifikation der Akteure**

### **2.7.1. Qualifikation der Ärzte und Pflegefachkräfte in der Wundversorgung**

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der Zunahme von chronischen Erkrankungen gewinnt auch die Ausbildung und Qualifikation bzw. die Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegefachkräften in der Wundversorgung zunehmend an Bedeutung.

Die Therapie und die Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden und schwer heilenden Wunden stellt für den ärztlichen, pflegerischen aber auch den medizintechnologischen Fortschritt eine große qualitative und ökonomische Herausforderung dar.

Die Wundtherapeuten oder Wundmanager (Pflegefachkräfte) sind insbesondere bei immobilen Patienten in Pflegeheimen und in der häuslichen Umgebung direkt mit der Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden konfrontiert. Daher sind sie direkt bei der Entwicklung von Lösungsansätzen für die Versorgung der Wunden gefordert. Ihre Aufgabe ist sehr oft die Schulung und Anleitung des Patienten und andererseits die Beratung des Arztes in Bezug auf mögliche Therapieansätze und die Produktauswahl. Im Rahmen der Qualifikation der Pflegefachkräfte wird besonderer Wert auf die verschiedenen Möglichkeiten zur Optimierung der Wundbehandlung gelegt, die sie dazu befähigen, die notwendige Behandlungsdauer eines Patienten zu verkürzen, die Entstehung von Rezidiven zu verhindern und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern. Wundmanager bringen eine Wissenserweiterung in den Behandlungsprozess, da sie nicht nur die Wunde, sondern den ganzen Menschen betrachten, interprofessionell agieren und fachkompetent handeln.

Dieses von den Pflegefachkräften entwickelte Know-how in der Wundversorgung sollte insbesondere von den Haus- und Fachärzten übernommen und zusammen mit den Wundtherapeuten auf Augenhöhe weiterentwickelt werden. Neu abgeschlossene Versorgungsverträge zeigen, dass eine genau definierte Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten und Pflegefachkräften die Voraussetzung für eine erfolgreiche und wirtschaftliche Versorgung von Wundpatienten ist.

Die Aufgabenverteilung sowie die Qualifizierung der verschiedenen Akteure muss in einem interprofessionellen Team (Haus- und Facharzt, Pflegekraft) gemeinsam definiert werden, um allen betroffenen Patienten zeitgemäße Therapien in einem vertretbaren ökonomischen Rahmen zugänglich zu machen.

#### **Hauptanbieter von Wundmanager-Weiterbildungen:**

##### **a) Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW)**

Der Kurs wird von verschiedenen privatwirtschaftlichen Anbietern angeboten.

###### **> Basisseminar Wundexperte ICW**

Das Basisseminar umfasst mindestens 48 Stunden Lehre (à 45 Minuten) plus 16 Stunden (à 60 Minuten) Hospitation und endet mit einer Prüfung, bestehend aus einer schriftlichen Klausur und einem Hospitationsbericht.

Das Zertifikat ist für 5 Jahre gültig. Danach muss eine Rezertifizierung erfolgen.

###### **> Aufbauseminar Pflegetherapeut Wunde ICW**

Das Aufbauseminar umfasst 168 Stunden Lehre (à 45 Minuten) plus 40 Stunden (à 60 Minuten) Hospitation exklusive Prüfungszeiten

Das Zertifikat ist für 5 Jahre gültig. Danach muss eine Rezertifizierung erfolgen.

##### **b) Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. (DGfW)**

Der Kurs wird von verschiedenen privatwirtschaftlichen Anbietern angeboten.

> **Basiskurs Wundassistent – WAcert® DGfW**

Das Curriculum umfasst 84 Stunden. Es ist keine Hospitation erforderlich.

Erneuerung des Zertifikats nach 3 Jahren (Nachweis von jährlich 12 Fortbildungspunkten und Nachweis der Tätigkeit im der Zertifizierung zu Grunde liegenden Bereich)

Rezertifizierung durch erneute Prüfung nach 6 Jahren

> **Aufbaukurs Wundtherapeuten – WTcert® DGfW**

Das Curriculum umfasst 236 Stunden. Es ist keine Hospitation erforderlich.

Erneuerung des Zertifikats nach 3 Jahren (Nachweis von jährlich 24 Fortbildungspunkten und Nachweis der Tätigkeit im der Zertifizierung zu Grunde liegenden Bereich)

Rezertifizierung durch erneute Prüfung nach 6 Jahren

**c) Kammerlander**

Der Kurs wird von der Akademie ZWM® Kammerlander angeboten ([www.wfi.ch/sites/home/home.php](http://www.wfi.ch/sites/home/home.php)).

> **WM – Wundmanager**

Das Curriculum umfasst 86 Stunden.

Erneuerung des Zertifikats nach 2 Jahren (Nachweis der Update-Schulung von mindestens 16 Stunden pro Jahr)

> **ZWM – Zertifizierter Wundmanager**

Das Curriculum umfasst 139 Stunden.

Erneuerung des Zertifikats nach 2 Jahren (Nachweis der Update-Schulung von mindestens 16 Stunden pro Jahr)

> **AZWM – Akademisch zertifizierter Wundmanager**

Das Curriculum umfasst 92 Stunden.

Erneuerung des Zertifikats nach 2 Jahren (Nachweis der Update-Schulung von mindestens 16 Stunden pro Jahr)

**d) Akademie für Wundmanagement AWM®**

Der Kurs wird von der Akademie für Wundmanagement an der Dualen Hochschule Heidenheim angeboten ([www.wundwoche.de](http://www.wundwoche.de)).

> **Geprüfter Wundberater AWM Basiskurs**

Das Curriculum umfasst 46 Stunden.

> **Geprüfter Wundberater AWM Aufbaukurs**

Das Curriculum umfasst 16 Stunden.

**e) Wundmanager TÜV**

Der Kurs wird von der TÜV Rheinland Group angeboten.

([http://www.tuv.com/de/deutschland/pk/weiterbildung/gesundheitswesen\\_soiales\\_wellness/wundmanagement/wundmanagement.jsp](http://www.tuv.com/de/deutschland/pk/weiterbildung/gesundheitswesen_soiales_wellness/wundmanagement/wundmanagement.jsp))

## 2.7.2. Medizinprodukteberater

In der Praxis der modernen Wundversorgung ist der Medizinprodukteberater – obwohl des Öfteren in der Kritik – nicht mehr wegzudenken. Insbesondere aufgrund der Fülle und Vielfalt der im Markt befindlichen Produkte sowie der ständigen Innovationen ist es unerlässlich, dass sich sowohl ärztliche als auch pflegerische Anwender durch Medizinprodukteberater unterweisen lassen. Diese werden von Ärzten, Pflegekräften sowie ambulanten und stationären Einrichtungen hinzugezogen, wenn es um die möglichst optimale Versorgung mit den für den Wundstatus des Patienten geeigneten Wundaufgaben geht.

Gemäß § 31 Medizinproduktegesetz (MPG) hat der Medizinprodukteberater sogar die Pflicht, Fachkreise (sprich Einrichtungen und therapeutische Anwender) schriftlich und mündlich über die bei entsprechendem Wundstatus geeigneten Produkte zu informieren und in die abgesicherte Anwendung einzuweisen. Der Medizinprodukteberater hat seinerseits die gesetzliche Vorgabe, sich auf dem neuesten Erkenntnisstand der Medizinprodukte zu halten und diese Kenntnis ggfs. nachzuweisen.

Wichtig ist jedoch an dieser Stelle die Anmerkung, dass ein Medizinprodukteberater, selbst wenn er sich selbst in einschlägigen Firmen beispielsweise als TÜV-zertifizierter Wundberater bzw. -experte qualifiziert hat, grundsätzlich nur beraten und keineswegs behandeln darf.

*Quelle: Wundforum, Heft 1/2011, Hans-Werner Röhlig, Position des Medizinprodukteberaters im Qualitätsmanagement der Wundversorgung*

## 2.8. Wundversorgung durch nichtärztliche Berufe

Bereits der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ vom Juli 2007 eine Optimierung der Rolle der nichtärztlichen Gesundheitsberufe mit damit einhergehender Stärkung der Handlungsautonomie gefordert.

Der Ärztemangel in unterversorgten ländlichen Gebieten wurde erkannt und im Jahr 2008 wurde vom Gesetzgeber durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz die Erweiterung des § 63 SGB V um die Abschnitte b und c vorgenommen. Angehörige der Pflegeberufe sollen dadurch im Rahmen von Modellversuchen deutlich mehr Kompetenzen in der Versorgung der Patienten erhalten.

Dieser Denkansatz wurde auch in das Versorgungsstrukturgesetz 2011 aufgenommen und wird kontinuierlich fortgesetzt.

### § 63 SGB V Grundsätze

- (3b) Modellvorhaben nach Absatz 1 können vorsehen, dass Angehörige der im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe
1. die Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie
  2. die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer vornehmen, soweit diese auf Grund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt. [...]
- (3c) Modellvorhaben nach Absatz 1 können eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt und für die die Angehörigen der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe auf Grund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Krankenpflegegesetzes qualifiziert sind, auf diese vorsehen. Satz 1 gilt für die Angehörigen des im Altenpflegegesetz geregelten Berufes auf Grund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Altenpflegegesetzes entsprechend. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien fest, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung von Heilkunde auf die Angehörigen der in den Sätzen 1 und 2 genannten Berufe im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen kann. [...]

## Ableitung aus aktuellem G-BA-Richtlinienentwurf

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im März 2011 einen Katalog von ca. 40 ärztlichen Tätigkeiten vorgeschlagen, die in Modellvorhaben auf Angehörige der Alten- und Krankenpflegeberufe zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde übertragen werden können. Voraussichtlich werden fünf Wundtherapien von der Dekubitus-Versorgung bis zur Verordnung von Medizinprodukten sowie Versorgung mit Medizinprodukten enthalten sein. Der GKV-Spitzenverband hat zusätzlich eine eigene Liste eingebracht. Darin sind fünf Diagnosen enthalten, die Pflegekräfte in einem gewissen Umfang eigenständig bearbeiten können sollen: Diabetes 1 und 2, chronische Wunden Ulcus cruris, Demenz und Hypertonus. Für alle übertragbaren Tätigkeiten hat der G-BA Anforderungen an den Ausbildungsstand der Pflegekräfte entwickelt.

### 2.8.1. Arztentlastende Versorgungsangebote (AGnES, VERAH etc.)

**AGnES** steht für eine arztentlastende, gemeindenaher, E-Healthgestützte und systemische Intervention, die durch die Übernahme bestimmter ärztlicher Leistungen durch entsprechend qualifizierte nichtärztliche Fachkräfte des Praxisteam erreicht wird. In Gebieten mit drohender oder bereits vorhandener hausärztlicher Unterversorgung kann das AGnES-Konzept dazu beitragen, der jeweiligen Hausärztin bzw. dem Hausarzt die Versorgung eines größeren Patientenstammes und/oder einer größeren Region zu ermöglichen.

Die AGnES-Fachkraft ist speziell geschult, um den umfassenden Gesundheitszustand der Patienten einzuschätzen. Sie kann einfache Labortests durchführen, besucht die Patientinnen und Patienten zu Hause und misst zum Beispiel Blutdruck, Blutzucker oder andere diagnostische Werte. Darüber hinaus verabreicht sie Medikamente, übernimmt die Wundversorgung, berät den Patienten und koordiniert den weiteren Behandlungsverlauf im Hinblick auf zukünftige therapeutische Maßnahmen.

Für die Umsetzung des Konzeptes ist die Qualifizierung der AGnES-Fachkräfte von zentraler Bedeutung. In Betracht für die Weiterqualifizierung kommen zum Beispiel Gesundheits- und Krankenpflegekräfte oder andere medizinische Fachangestellte wie z. B. Arzthelfer oder -helferinnen. Die Weiterbildung baut auf der vorhandenen Qualifikation auf und kann in Modulen individuell zusammengestellt werden.

In allen Modellprojekten nach dem AGnES-Konzept ist die AGnES-Fachkraft als Mitarbeiterin des Praxisteam direkt an die Praxis angebunden. Das kann in Vollzeit oder Teilzeit geschehen, die Bandbreite der Praxen reicht von Einzel- oder Gemeinschaftspraxen bis hin zu medizinischen Versorgungszentren oder einem lokalen Hausärzteverbund.

**VERAH<sup>®</sup>** ist eine Qualifizierungsoffensive für die Medizinische Fachangestellte in der Hausarztpraxis. Ziel dieser Maßnahme ist es, die Hausarztpraxis als zentralen Ort der Versorgung zu stärken, die Berufszufriedenheit der Medizinischen Fachangestellten zu steigern und die Hausärztinnen und Hausärzte durch hochqualifizierte Unterstützungsleistungen zu entlasten. Das VERAH<sup>®</sup> Konzept ist gemeinsam mit dem Verband medizinischer Fachberufe e.V. entwickelt worden.

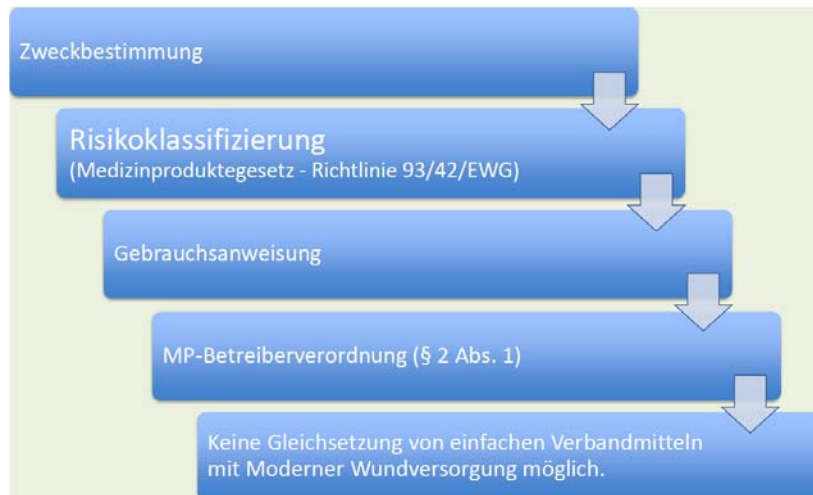
Als weitere Beispiele sind **MoPra**/Mobile Praxisassistentin (Sachsen-Anhalt), **EVA**/Entlastende Versorgungs-Assistentin (NRW) und das Modell Niedersachsen, kurz **MoNi**, zu nennen.

Es ist davon auszugehen, dass diese Versorgungsangebote an Bedeutung gewinnen werden.

### 3. Bestimmungsgemäßer Gebrauch von Medizinprodukten

#### Einsatz von Medizinprodukten zur Versorgung von Wunden<sup>5</sup>

##### Rechtlicher Ansatz



##### Klassifizierung von Medizinprodukten

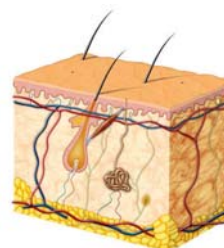
> Beschrieben im **Anhang IX** der **Richtlinie über Medizinprodukte 93/42/EWG**:

<p><b>Anhang IX</b></p> <p><b>II. Anwendungsregeln</b></p> <p><b>2. Anwendung der Regeln</b></p> <p>2.5. Wenn unter Berücksichtigung der vom Hersteller vorgegebenen Zweckbestimmung auf ein und <b>dasselbe Produkt mehrere Regeln</b> anwendbar sind, <b>so gilt die strengste Regel</b>, so dass das Produkt in die jeweils höchste Klasse eingestuft wird.</p>
<p><b>III. Klassifizierung</b></p> <p><b>1. Nicht invasive Produkte</b></p> <p>1.4. Regel 4: Alle nicht invasiven Produkte, die mit <b>verletzter Haut in Berührung</b> kommen,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; werden der Klasse I zugeordnet, wenn sie als mechanische Barriere oder zur Kompression oder zur Absorption von Exsudaten eingesetzt werden;</li> <li>&gt; werden der <b>Klasse II b</b> zugeordnet, wenn sie vorwiegend bei Wunden eingesetzt werden, bei denen die <b>Dermis durchtrennt</b> wurde und die <b>nur durch sekundäre Wundheilung</b> geheilt werden können;</li> <li>&gt; werden in allen anderen Fällen der Klasse II a zugeordnet; hierzu zählen auch Produkte, die vorwiegend zur Beeinflussung der Mikroumgebung einer Wunde bestimmt sind.</li> </ul> <p><b>4. Besondere Regeln</b></p> <p>4.1. Regel 13: Medizinprodukte mit unterstützender arzneilicher Wirkkomponente → Klasse III</p> <p>4.5. Regel 17: Medizinprodukte aus abgetöteten tierischen Geweben oder Folgerzeugnissen (z. B. Gelatine, Kollagen) → Klasse III</p>

##### Erläuterung "Dermis"

Die Dermis oder auch Corium (Lederhaut) ist eine Schicht der eigentlichen Haut (Cutis).

Haut (Cutis)



Oberhaut (Epidermis)

Lederhaut (Dermis oder Corium)

Unterhaut (Subcutis)

Die Dermis dient der Verankerung und der Ernährung der gefäßfreien Epidermis.

Bei chronischen Wunden ist in der Regel die Cutis (Epidermis ggf. auch Dermis) betroffen. Bei tiefen Wunden auch die Subcutis.

<sup>5</sup> BVMed-Informationsblatt zur Klassifizierung und dem dazugehörigen Verwendungszweck  
[http://www.bvmed.de/publikationen/Infokarten\\_Merkblaetter/](http://www.bvmed.de/publikationen/Infokarten_Merkblaetter/)

## Erläuterung "Primär- und Sekundärheilung"

Als Primärheilung (lat. sanatio per primam intentionem = p. p.) wird eine komplikationslose Ausheilung der Wunde nach zuvor adaptierten Wundrändern bezeichnet.

Unter der Sekundärheilung von Wunden (lat. sanatio per secundam intentionem = p. s.) versteht man die körpereigene Reparatur offener Wunden unter breiter Narbenbildung.

Die Sekundärheilung führt über den Umweg des Granulationsgewebes zum narbigen Ersatz der Gewebslücke. Ihr steht die wünschenswerte Primärheilung gegenüber, die nach operativem Wundverschluss, zum Beispiel durch chirurgische Naht, eintreten kann. Nur diese lässt eine minimale Narbenbildung erwarten.

Chronischen Wunden heilen durch die Grunderkrankung bzw. die wundheilungshemmenden Faktoren immer sekundär.

## Zuordnung Verbandmittel

Klassifizierung von Medizinprodukten	Klasse I inkl. I s (sterile Klasse I Produkte)	Klasse II a	Klasse II b	Klasse III
<b>Einstufungskriterium (gemäß: Richtlinie 93/42/EWG)</b>	Mechanische Barriere, Kompression, Absorption von Exsudat	Beeinflussung der Mikroumgebung einer Wunde	Dermis durchtrennt und sekundäre Wundheilung	a) Medizinprodukt mit unterstützender arzneilicher Wirkkomponente b) Medizinprodukte mit tierischen Bestandteilen
<b>Den Einstufungskriterien entsprechende Wunden</b>	Wunden der Oberhaut, die primär abheilen	Wunden der Oberhaut, die im feuchtem Wundmilieu abheilen	Wunden der Leder- oder Unterhaut, die sekundär abheilen	a) Infektionsgefährdete oder infizierte Wunden b) Wunden der Oberhaut, Leder- oder Unterhaut, die sekundär abheilen und meist Wundheilungsverzögerungen aufweisen
<b>Produktgruppen (Beispiele für häufig verwendete Produktgruppen, nicht abschließend)</b>	<b>Konventionelle Verbandmittel</b> (z. B. Mull- oder Saugkompressen, Fettgazen)	<b>Hydroaktive Verbandmittel für oberflächliche Wunden</b> (z. B. Polyurethan-Filmverbände)	<b>Hydroaktive Verbandmittel für Wunden in Granulations- oder Reinigungsphase</b> (z. B. Alginate, Hydrokolloide, Schaumstoffverbände, Hydrogele, Hydrofasern)	a) Verbandstoffe mit arzneilichen Wirkstoffen (z. B. Silberverbände, Wundauflagen mit Schmerzmitteln, Antiseptika oder Antibiotika) b) Wundauflagen mit Kollagen oder Hyaluronsäure

Vgl. "Wundmanagement: Ein illustrierter Leitfaden für Ärzte und Apotheker", Probst, Vasel-Biergans, 2. Aufl., WVG Verlag Stuttgart 2010, S. 94

## Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)<sup>6</sup>

### § 2 Allgemeine Anforderungen, Absatz 1

Medizinprodukte dürfen nur ihrer Zweckbestimmung entsprechend und nach den Vorschriften dieser Verordnung, den allgemeinen Regeln der Technik, sowie den Arbeitsschutz- und Unfallverhütungsvorschriften errichtet, angewendet und in Stand gehalten werden.

### Gebrauchsanweisung

- > Die Gebrauchsanweisung beschreibt die durch den Hersteller und gemäß den gesetzlichen Vorgaben festgelegte Zweckbestimmung.
- > Die Zweckbestimmung muss für den Anwender eindeutig erkennbar sein.
- > Es dürfen nur Produkte als permanenter Wundverband für chronische Wunden verwendet werden, die eindeutig diese Zweckbestimmung ausweisen.

### Zusammenfassung

**Auch Medizinprodukte zur Anwendung in Wunden unterliegen strengen europäischen Regularien. Die Zweckbestimmung ist vom Anwender einzuhalten. Verstößt der Anwender dagegen, trägt er das Haftungsrisiko.**

**Alle nicht invasiven Produkte, die mit verletzter Haut in Berührung kommen, werden der Klasse II b zugeordnet, wenn sie vorwiegend bei Wunden eingesetzt werden, bei denen die Dermis durchtrennt wurde und die nur durch sekundäre Wundheilung geheilt werden können.**

<sup>6</sup> <http://www.gesetze-im-internet.de/mpbetreibv/index.html>

## 4. Hydroaktive Wundversorgung aus sozial(versicherungs)rechtlicher Perspektive

### 4.1. Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen in der Wundversorgung

Ca. 90 Prozent der Bevölkerung in Deutschland sind gesetzlich krankenversichert und haben damit gegenüber ihrer Krankenkasse einen Anspruch auf die Versorgung mit Verbandmitteln nach § 31 Sozialgesetzbuch V (SGB V). Zu diesen Verbandmitteln gehören neben den traditionellen Verbänden wie Tupfer, Binden und Kompressen auch die hydroaktiven Wundversorgungsprodukte.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Versorgung ihrer Versicherten unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu erbringen (§ 12 SGB V). Die Wundversorgung muss für den Versicherten ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Dabei ist auch eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Wundversorgung im ambulanten und stationären Bereich zu gewährleisten (§ 2 SGB V).

#### **§ 2 Abs. 1 SGB V Leistungen**

Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

#### **§ 12 Abs. 1 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot**

Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

#### **§ 31 Abs. 1, Satz 1, SGB V Arznei- und Verbandmittel**

**Versicherte haben Anspruch auf Versorgung** mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 ausgeschlossen sind, und auf Versorgung **mit Verbandmitteln**, Harn- und Blutteststreifen.

#### **§ 37 Häusliche Krankenpflege in Verbindung mit der Richtlinie des G-BA über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V**

Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder wenn notwendig an sonstigen geeigneten Orten neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege (HKP) durch geeignete Pflegekräfte. Für den Bereich der Wundversorgung hat der Versicherte Anspruch auf HKP bei Dekubitus sowie grundsätzlich auf das Anlegen und Wechseln von Wundverbänden.

### 4.2. Abgrenzung des SGB V zum Medizinproduktegesetz

Das Medizinproduktegesetz (MPG) regelt den Verkehr von Medizinprodukten und soll für eine entsprechende Sicherheit, Eignung und Leistung der Medizinprodukte sowie die Gesundheit und den erforderlichen Schutz der Patienten, Anwender und Dritten Sorge tragen. Hydroaktive Wundaufgaben sind Verbandmittel und somit auch Medizinprodukte. Medizinprodukte benötigen eine CE-Kennzeichnung, um damit die Verkehrsfähigkeit zu signalisieren (vgl. § 9 Abs. 1 S. 1 MPG). Das Inverkehrbringen ohne eine entsprechende Kennzeichnung ist nach § 6 Abs. 1 MPG verboten.

Das Medizinproduktegesetz regelt das Inverkehrbringen von Medizinprodukten, während das Sozialgesetzbuch V die Leistungen der GKV beschreibt. Verbandmittel (hydroaktive Wundversorgungsprodukte) unterliegen der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen.

### 4.3. Kostenübernahme von hydroaktiven Wundverbänden in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Hydroaktive Wundversorgungsprodukte werden als ärztliche Einzelverordnung auf den Namen des Patienten zu Lasten der zuständigen Krankenkasse rezeptiert. Dabei wird das Muster 16 verwendet. Der Vertragsarzt wählt das Verbandmittel unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots aus, das für die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln in den Arzneimittelrichtlinien konkretisiert ist. Die Abgabe von Wundversorgungsprodukten an den Versicherten/Patienten erfolgt i. d. R. über die Apotheke, Homecare-Unternehmen oder Sanitätshäuser.

Leistungserbringer müssen für die Abgabe von Verbandmitteln und für die Abrechnung mit den Krankenkassen neben einer gültigen IK-Nummer (Institutionskennzeichen) keine weiteren Voraussetzungen erfüllen.

Der Versicherte hat seit 01.01.2004 nach § 61 Satz 1 SGB V eine gesetzlich geregelte Zuzahlung in Höhe von 10 Prozent des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro, höchstens 10 Euro pro Verordnungszeile, allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels, zu leisten. Die Zuzahlung ist an den abgebenden Leistungserbringer (z. B. Apotheke, Homecare-Unternehmen, Sanitätshandel) zu zahlen (§ 31 Abs. 3 SGB V). Die Vergütung des Leistungserbringers verringert sich um diesen Betrag.

Für die Berechnung des Zuzahlungsbetrages für Verbandmittel ist der Wert der Verordnungszeile maßgebend. Versicherte haben während eines Kalenderjahres nur Zuzahlungen in Höhe von 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zu leisten (sog. Belastungsgrenze). Für chronisch Kranke beträgt diese Grenze 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Die Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen erfolgt nach Antragstellung des Versicherten. Die Antragstellung kann vor oder nach Ablauf eines Kalenderjahres bei der Krankenkasse erfolgen. Um von den Zuzahlungen befreit zu werden, müssen Versicherte ihre Belastungsgrenze durch geleistete gesetzliche Zuzahlungen überschritten haben. Darüber hinaus kann eine Befreiung von den Zuzahlungen auch aufgrund einer Vorauszahlung in Höhe der voraussichtlichen Belastungsgrenze erfolgen. Die Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen ist jedes Kalenderjahr neu zu beantragen.

#### Verordnungshinweise:

- > Produkte der hydroaktiven Wundversorgung sind Medizinprodukte und leistungsrechtlich als Verbandmittel klassifiziert.
- > Verbandmittel sind keine Hilfsmittel. Hilfsmittel und Verbandmittel sind auf separaten Verordnungsblättern zu rezeptieren.
- > Verbandmittel fallen ausschließlich unter die Erstattungsregelung des § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Dies gilt u. a. auch für arzneistoffhaltige Verbandmittel. Die Ausnahmeliste des G-BA für arzneimittelähnliche Medizinprodukte (§ 31 Abs. 1 Satz 2 SGB V) findet **keine** Anwendung (Anlage V der Arzneimittelrichtlinie).
- > Die seit dem 23.02.2002 in Kraft getretene "Aut-idem"-Regelung bei der Verordnung von Arzneimitteln (§ 73 Abs. 5 SGB V) **gilt nicht** für Verbandmittel.
- > Ein **Austausch rezeptierter Verbandmittel** durch den Leistungserbringer oder die GKV ist **nicht zulässig**, wenn die Verbandmittel mit Produktname und Herstellername oder PZN-Nummer rezeptiert wurden.
- > Das Rezept ist eine Urkunde. Änderungen bedürfen daher immer der Rücksprache mit dem Arzt und dessen erneuter Unterschrift mit Datumsangabe.

Hydroaktive Wundaufgaben, die über die Verordnung häuslicher Krankenpflege Anwendung finden, werden ebenfalls über ein patientenbezogenes Rezept gemäß § 31 Abs. 1 SGB V verordnet. So sieht die Richtlinie über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V für den Leistungsbereich Dekubitusbehandlung den Einsatz von Produkten der hydroaktiven Wundversorgung (z. B. Hydrokolloide, Hydrogele) explizit vor.

Siehe 4.7. „Hydroaktive Wundversorgungsprodukte im Sprechstundenbedarf“ (S. 33).

#### 4.4. Kostenübernahme der Wundversorgung durch Pflegekräfte

Der behandelnde Arzt hat die Möglichkeit, die Versorgung z. B. von chronischen Wunden auf den Pflegedienst (Häusliche Krankenpflege) zu übertragen. Hierfür ist die Verwendung des Musters 12 (Verordnung von HKP) notwendig. Der G-BA hat als Anlage zu seiner Richtlinie über die Verordnung von HKP ein Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen erstellt.<sup>7</sup>

Für den Bereich der Wundversorgung gibt es zum einen den Punkt „Dekubitusbehandlung“. Hier empfiehlt der G-BA insbesondere die Verwendung von Feuchtverbänden, Hydrokolloidverbänden oder Hydrogelverbänden. Zum anderen gibt es einen allgemeinen Punkt „Verbände“, der sich gliedert in das „Anlegen und Wechseln von Wundverbänden“, das „Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes“ sowie das „An- oder Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen II bis IV“. Als nähere Inhalte zum Punkt „Anlegen und Wechseln von Wundverbänden“ hat der G-BA folgende Tätigkeiten näher definiert:

- > Anlegen, Wechseln von Verbänden,
- > Wundheilungskontrolle,
- > Desinfektion und Reinigung (auch Wundreinigungsbad),
- > Spülen von Wundfisteln und die
- > Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen.

Nach § 132 a Abs. 2 SGB V sollen die Krankenkassen mit den Leistungserbringern (Pflegedienste oder deren Verbände) Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit HKP, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen.

#### 4.5. Hydroaktive Wundtherapie in der vertragsärztlichen Versorgung

##### Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag (Bundesmantelvertrag)

##### § 16 BMV-Ä Regeln der ärztlichen Kunst, Qualität, Wirtschaftlichkeit

Jeder Vertragsarzt hat die vertragsärztlichen Leistungen nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse zu erbringen sowie das Gebot der Wirtschaftlichkeit (§ 12 SGB V) zu beachten und hierauf seine Behandlungs- und Ordnungsweise einzurichten.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien nach § 92 SGB V zur Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung sind für den Vertragsarzt, die Krankenkasse und für den Leistungsanspruch des Versicherten verbindlich. Außerdem hat der Vertragsarzt die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung nach § 11 BMV-Ä (Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung) zu beachten.

Quelle: KBV

Die moderne Wundversorgung im ambulanten Bereich umfasst die **ärztliche Diagnostik und Therapie, die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen** sowie die **Dokumentation** der wesentlichen **Behandlungsdaten** aus der Versorgung.

Im vertragsärztlichen Bereich dient als **Grundlage für die Abrechnung ärztlicher Leistungen** der **Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)**. Inzwischen gibt es weitere Versorgungsverträge, z. B. hausarztzentrierte Verträge und Integrierte Versorgungsverträge, die immer mehr an Bedeutung gewinnen und deren Vergütung nicht immer auf dem EBM basiert.

Der EBM ist ein seit 1977 eingeführter Katalog, in dem alle in der vertragsärztlichen Versorgung abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen definiert und mit einer Punktzahl versehen sind. Festgelegt werden die Punktzahlen der Leistungen in Relation zueinander. Aufwändige Leistungen oder kostenintensive Leistungen erhalten höhere Punktzahlen, weniger aufwändige oder kostengünstigere Leistungen niedrigere Punktzahlen.

<sup>7</sup> [http://www.g-ba.de/downloads/62-492-495/HKP-RL\\_2010-10-21.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-495/HKP-RL_2010-10-21.pdf)

Der Bewertungsausschuss hat 2010 **wesentliche Änderungen zur Stärkung der Basisversorgung in der Honorarsystematik des niedergelassenen Arztes** beschlossen. Seit 1. Juli 2010 werden aus der **morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)** zunächst die **Regelleistungsvolumen (RLV)** finanziert und erst danach die Vergütungen für bislang **freie Leistungen** wie Akupunktur, dringende Hausbesuche oder die Nachsorge bestimmt. Zur Steuerung dieser Leistungen wurden außerdem **qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV)** eingeführt. Anspruch auf ein QZV hat ein Arzt dann, wenn er im Vorjahresquartal mindestens einmal eine Leistung aus dem QZV abgerechnet hat. Die Folge wird sein, dass Ärzte, die ihren Umsatz vor allem über das RLV erzielen, von den höheren RLV-Fallwerten profitieren werden. Ärzte, die bisher viele freie Leistungen abgerechnet haben, werden im Gegenzug Einbußen erleiden. Die Leistungen von RLV und QZV sind frei untereinander verrechenbar. D. h. Unterschreitungen in einem Bereich können mit Überschreitungen im anderen Bereich verrechnet werden.

Leistungen wie Vorsorgeuntersuchungen oder ambulante Operationen, die die Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlen, sind von der neuen Regelung nicht betroffen. Nähere Informationen unter [www.institut-des-bewertungsausschusses.de](http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de) (Beschlüsse).

#### 4.5.1. Trennung der Facharzt- und Hausarztvergütung

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. Juli 2010 eine Trennung der hausärztlichen und fachärztlichen Vergütung beschlossen. Diese sollen künftig auch getrennt weiterentwickelt werden.

Danach erhalten **Hausärzte** grundsätzlich altersabhängige Versichertenpauschalen, bestimmte Zusatzpauschalen und Einzelleistungen sowie ggf. qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV). **Fachärzte** erhalten Grund- und Zusatzpauschalen sowie ggf. qualifikationsgebundene Zusatzvolumen. Einzelleistungen werden teilweise zu Leistungskomplexen zusammengefasst und arztgruppenspezifisch mit einer Punktzahl versehen. Über die Bewertung der Punktzahlen mit Punktwerten definiert sich die Honorierung der erbrachten ärztlichen Leistung. Jede Facharztgruppe hat nun ihr eigenes Honorarvolumen. Mengenausweitungen können damit nicht mehr zu Lasten anderer Arztgruppen gehen.

Seit dem 1. Juli 2011 gibt es Neuerungen zum RLV-Zuschlag bei fachübergreifenden und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften (BAGen). Für fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe sowie fach- und schwerpunktgleiche BAGen, die nicht standortübergreifend sind, ändert sich hingegen auch über den 30. Juni 2011 hinaus nichts. Sie erhalten wie bisher einen pauschalen Aufschlag auf das RLV.

#### 4.5.2. Vergütung der Wundbehandlung im EBM

Die Abrechnung der Behandlung chronischer Wunden durch den Arzt erfolgt durch verschiedene Einzelleistungen bzw. Leistungskomplexe des EBM. Eine Auswahl wichtiger Leistungskomplexe ("kleine Chirurgie") in der haus- und fachärztlichen Versorgung zeigt die folgende Übersicht.

Übersicht 2: EBM 2011 – Ziffern Wundbehandlung mit Leistungsinhalt

EBM Ziffer	Leistungsinhalt	Punkte/ Euro* (EBM 2011)
Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen		
<b>02300</b>	<b>Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation</b> <i>Obligatorer Leistungsinhalt:</i> - Operativer Eingriff mit einer Dauer von bis zu 5 Minuten und/oder - Primäre Wundversorgung und/oder	<b>160</b> <b>5,61 €</b>

\* Berechnung auf Grundlage des Orientierungswertes in Höhe von 0,035048 € je Punkt

EBM Ziffer	Leistungsinhalt	Punkte/ Euro* (EBM 2011)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Epilation durch Elektrokoagulation im Gesicht und/oder an den Händen bei krankhaftem und entstellendem Haarwuchs, einmal am Behandlungstag</li> </ul>	
<b>02301</b>	<p><b>Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht</b> <i>Obligater Leistungsinhalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern und/oder</li> <li>- Primäre Wundversorgung mittels Naht und/oder Gewebekleber und/oder</li> <li>- Koagulation und/oder Kauterisation krankhafter Haut- und/oder Schleimhautveränderungen und/oder</li> <li>- Operative Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmündung und/oder</li> <li>- Operative Entfernung eines unter der Oberfläche von Haut oder Schleimhaut gelegenen Fremdkörpers nach Aufsuchen durch Schnitt und/oder</li> <li>- Öffnung eines Körperkanalverschlusses an der Körperoberfläche oder Eröffnung eines Abszesses oder Exzision eines Furunkels und/oder</li> <li>- Verschiebeplastik zur Deckung eines Hautdefektes und/oder</li> <li>- Eröffnung eines subcutanen Panaritiums oder einer Paronychie, einmal am Behandlungstag</li> </ul>	<p><b>365</b>  <b>12,79 €</b></p>
<b>02302</b>	<p><b>Kleiner operativer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern</b> <i>Obligater Leistungsinhalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primäre Wundversorgung mittels Naht bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern und/oder</li> <li>- Exzision eines Bezirkes oder einer intradermalen Geschwulst aus der Haut des Gesichts mit Wundverschluss und/oder</li> <li>- Hochtouriges Schleifen von Bezirken der Haut bei schweren Entstellungen durch Naevi oder Narben und/oder</li> <li>- Exzision eines großen Bezirkes aus Haut und/oder Schleimhaut oder einer kleinen unter der Haut und/oder Schleimhaut gelegenen Geschwulst und/oder</li> <li>- Exzision und/oder Probeexzision von tiefliegendem Körpergewebe (z. B. Fettgewebe) und/oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle und/oder</li> <li>- Emmert-Plastik und/oder</li> <li>- Venae sectio, einmal am Behandlungstag</li> </ul>	<p><b>675</b>  <b>23,66 €</b></p>
<b>02310</b>	<p><b>Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n) und/oder Decubitalulcus (-ulcera)</b> <i>Obligater Leistungsinhalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abtragung von Nekrosen und/oder</li> <li>- Wunddebridement</li> </ul>	<p><b>580</b>  <b>20,33 €</b></p>

EBM Ziffer	Leistungsinhalt	Punkte/ Euro* (EBM 2011)
	<p>und/oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes und/oder</li> <li>- Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade,</li> <li>- mindestens 3 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einbringung, Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten,</li> <li>- Anlage/Wechsel von Schienenverbänden,</li> </ul> <p>einmal im Behandlungsfall</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 02310 kann nicht berechnet werden beim diabetischen Fuß, beim chronisch venösen Ulcus cruris, bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, beim Lymphödem und bei oberflächlichen sowie tiefen Beinvenenthrombosen.</i></p>	
<b>02311</b>	<p><b>Behandlung des diabetischen Fußes</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abtragung ausgedehnter Nekrosen der unteren Extremität beim diabetischen Fuß,</li> <li>- Überprüfung und/oder Verordnung von geeignetem Schuhwerk</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verband,</li> </ul> <p>je Bein, je Sitzung</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 02311 kann nur dann berechnet werden, wenn der Vertragsarzt – im Durchschnitt der letzten 4 Quartale vor Antragstellung – je Quartal die Behandlung von mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus durchgeführt hat und die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nachweisen kann. Fachärzte für Chirurgie, Orthopädie und Dermatologie können diese Leistung auch dann berechnen, wenn sie die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nicht nachweisen können.</i></p>	<p><b>395</b></p> <p><b>13,84 €</b></p>
<b>02312</b>	<p><b>Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abtragung von Nekrosen,</li> <li>- Lokaltherapie unter Anwendung von Verbänden,</li> <li>- Entstauende phlebologische Funktionsverbände,</li> <li>- Fotodokumentation zu Beginn der Behandlung, danach alle 4 Wochen</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Thromboseprophylaxe,</li> <li>- Teilbäder,</li> </ul> <p>je Bein, je Sitzung</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 02312 unterliegt einer Höchstpunktzahl im Behandlungsfall von 12.000 Punkten. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden.</i></p>	<p><b>155</b></p> <p><b>5,43 €</b></p>
Chirurgische, kinderchirurgische und plastisch-chirurgische Gebührenordnungspositionen		
<b>07340</b>	<p><b>Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n), Verbrennung(en) ab 2. Grades, septischen Wundheilungsstörung(en), Abszesses/n, septischen Knochenprozesses/n und/oder Decubitalulcus (-ulcera)</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abtragung von Nekrosen und/oder</li> <li>- Wunddebridement und/oder</li> <li>- Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes und/oder</li> </ul>	<p><b>770</b></p> <p><b>26,99 €</b></p>

EBM Ziffer	Leistungsinhalt	Punkte/ Euro* (EBM 2011)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade,</li> <li>- mindestens 5 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,</li> </ul> <i>Fakultativer Leistungsinhalt:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einbringung, Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten,</li> <li>- Anlage/Wechsel von Schienenverbänden,</li> </ul> einmal im Behandlungsfall <i>Die Leistung nach der Nr. 07340 kann nicht berechnet werden beim diabetischen Fuß, beim chronisch venösen Ulcus cruris, bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, beim Lymphödem und bei oberflächlichen sowie tiefen Beinvenenthrombosen.</i>	
<b>Hautärztliche Gebührenordnungspositionen</b>		
<b>10330</b>	<b>Behandlungskomplex einer ausgedehnten offenen Wunde</b> <i>Obligater Leistungsinhalt:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestens 5 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,</li> <li>- Behandlung einer offenen Wunde und/oder</li> <li>- einer Verbrennung und/oder</li> <li>- einer septischen Wundheilungsstörung</li> </ul> <i>Fakultativer Leistungsinhalt:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abtragung von Nekrosen,</li> <li>- Wunddebridement,</li> <li>- Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes,</li> <li>- Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade,</li> <li>- Anlage/Wechsel von Schienenverbänden,</li> <li>- Einbringung, Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten,</li> </ul> einmal im Behandlungsfall <i>Die Leistung nach der Nr. 10330 kann nicht berechnet werden beim diabetischen Fuß, beim chronisch venösen Ulcus cruris, bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, beim Lymphödem und bei oberflächlichen sowie tiefen Beinvenenthrombosen.</i>	<b>770</b>  <b>26,99 €</b>
<b>10340</b>	<b>Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation</b> <i>Obligater Leistungsinhalt:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Operativer Eingriff mit einer Dauer von bis zu 5 Minuten und/oder</li> <li>- Primäre Wundversorgung und/oder</li> <li>- Epilation durch Elektrokoagulation im Gesicht und/oder an den Händen bei krankhaftem und entstellendem Haarwuchs,</li> </ul> einmal am Behandlungstag	<b>160</b>  <b>5,61 €</b>
<b>10341</b>	<b>Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung</b> <i>Obligater Leistungsinhalt:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern und/oder</li> <li>- Primäre Wundversorgung mittels Naht und/oder Gewebekleber und/oder</li> <li>- Koagulation und/oder Kauterisation krankhafter Haut- und/oder Schleimhautveränderungen und/oder</li> <li>- Operative Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmün-</li> </ul>	<b>365</b>  <b>12,79 €</b>

EBM Ziffer	Leistungsinhalt	Punkte/ Euro* (EBM 2011)
	<p>dung und/oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Operative Entfernung eines unter der Oberfläche von Haut oder Schleimhaut gelegenen Fremdkörpers nach Aufsuchen durch Schnitt und/oder</li> <li>- Öffnung eines Körperkanalverschlusses an der Körperoberfläche oder Eröffnung eines Abszesses oder Exzision eines Furunkels und/oder</li> <li>- Verschiebeplastik zur Deckung eines Hautdefektes und/oder</li> <li>- Eröffnung eines subcutanen Panaritiums oder einer Paronychie, einmal am Behandlungstag</li> </ul>	
10342	<p><b>Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern</b> <i>Obligater Leistungsinhalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primäre Wundversorgung einer Wunde mittels Naht bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern und/oder</li> <li>- Exzision eines Bezirkes oder einer intradermalen Geschwulst aus der Haut des Gesichts mit Wundverschluss und/oder</li> <li>- Hochtouriges Schleifen von Bezirken der Haut bei schweren Entstellungen durch Naevi oder Narben und/oder</li> <li>- Exzision eines großen Bezirkes aus Haut und/oder Schleimhaut oder einer kleinen unter der Haut und/oder Schleimhaut gelegenen Geschwulst und/oder</li> <li>- Exzision und/oder Probeexzision von tiefliegendem Körpergewebe (z. B. Fettgewebe) und/oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z. B. Zunge) und/oder</li> <li>- Emmert-Plastik und/oder</li> <li>- Venae sectio, einmal am Behandlungstag</li> </ul>	<p><b>675</b>  <b>23,66 €</b></p>
Orthopädische Gebührenordnungspositionen		
18340	<p><b>Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n), septischen Wundheilungsstörung(en), Abszesses/n, septischen Knochenprozesses/n und/oder Decubitalulcus (-ulcera)</b> <i>Obligater Leistungsinhalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abtragung von Nekrosen und/oder</li> <li>- Wunddebridement und/oder</li> <li>- Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes und/oder</li> <li>- Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade, - mindestens 5 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einbringung, Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten, - Anlage/Wechsel von Schienenverbänden, einmal im Behandlungsfall</li> </ul>	<p><b>770</b>  <b>26,99 €</b></p>

EBM Ziffer	Leistungsinhalt	Punkte/ Euro* (EBM 2011)
	<i>Die Leistung nach der Nr. 18340 kann nicht berechnet werden beim diabetischen Fuß, beim chronisch venösen Ulcus cruris, bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, beim Lymphödem und bei oberflächlichen sowie tiefen Beinvenenthrombosen.</i>	

#### Erläuterung zur Berechnung der ärztlichen Vergütung:

Ab 2009 wurden die Punktwerte durch feste Euro-Beträge ersetzt. Die Ermittlung erfolgt auf Grundlage eines durch den Bewertungsausschuss ermittelten Orientierungswertes. Dieser Orientierungswert bezieht sich im Jahr 2011 auf 0,035048 € je Punkt. Die Vergütungen errechnen sich durch die Multiplikation der Punktzahl mit dem vorgesehenen Punktwert von 0,035048 € je Punkt. So beispielsweise für den Behandlungskomplex 02312 → 155 Punkte x 0,035048 € = 5,43 €.

Weitere Details zum Thema EBM finden Sie im Internet unter <http://www.kbv.de/>, wo der komplette EBM zum Download zur Verfügung steht.

Bei der Honorierung wird nicht zwischen dem Einsatz traditioneller oder hydroaktiver Wundversorgung und dem daraus resultierenden Aufwand unterschieden. Sie umfasst nur die ärztliche und technische Arbeitsleistung des Arztes für die Wundversorgung.

Im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) ist vorgesehen, dass gemäß dem neuen § 63 Abs. 3 b SGB V Angehörige der im Krankenpflege- und Altenpflegegesetz geregelten Berufe in Modellvorhaben die Verordnung von Verbandmitteln vornehmen können.

#### 4.5.3. Kostenpauschalen für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen

Übersicht 3: EBM 2011 – Kostenpauschalen mit Leistungsinhalt

EBM Ziffer	Leistungsinhalt	Euro (EBM 2011)
<b>40870</b>	<p><b>Kostenpauschale I für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- persönlicher nicht-ärztlicher Praxisassistentinnen-Patienten-Kontakt,</li> <li>- Aufsuchen des Patienten zum Zweck der Versorgung in der Häuslichkeit,</li> <li>- Dokumentation gemäß der Präambel 40.18 Nr. 2,</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage zum Bundesmanteltarifvertrag Ärzte/Arzt-Ersatzkassenvertrag,</li> <li>- in Anhang 1 Spalte VP aufgeführte Leistungen,</li> </ul> <p>je Sitzung</p> <p><i>Die Kostenpauschale 40870 ist auch für den ersten Besuch der nicht-ärztlichen Praxisassistentin im Rahmen der postoperativen Versorgung nach der Gebührenordnungsposition 31600 berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte nicht-ärztliche Praxisassistentin darf nur Leistungen erbringen, die vom Arzt im Einzelfall angeordnet worden sind.</i></p> <p><i>Die Kostenpauschale 40870 ist in begründetem Einzelfall neben Besuchen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413 berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Kostenpauschale 40870 ist am Behandlungstag nicht neben den Kostenpauschalen 40240 und 40260 berechnungsfähig.</i></p>	<b>17,00 €</b>
<b>40872</b>	<p><b>Kostenpauschale II für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persönlicher nicht-ärztlicher Praxisassistentinnen-Patienten-Kontakt,</li> </ul>	<b>12,50 €</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufsuchen eines weiteren Patienten in derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie) zum Zweck der Versorgung in der Häuslichkeit und/oder</li> <li>- Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der Versorgung in Alten- oder Pflegeheimen und/oder</li> <li>- Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der Versorgung in anderen beschützenden Einrichtungen und/oder</li> <li>- Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der weiteren postoperativen Versorgung im Rahmen der Gebührenordnungsposition 31600,</li> <li>- Dokumentation gemäß der Präambel 40.18 Nr. 2,</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag Ärzte/Arzt-Ersatzkassenvertrag,</li> <li>- in Anhang 1 Spalte VP aufgeführte Leistungen,</li> </ul> <p>je Sitzung</p> <p><i>Die Kostenpauschale 40872 ist nicht neben der Kostenpauschale 40870 berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte nicht-ärztliche Praxisassistentin darf nur Leistungen erbringen, die vom Arzt im Einzelfall angeordnet worden sind.</i></p> <p><i>Die Kostenpauschale 40872 ist in begründetem Einzelfall neben Besuchen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413 und 01415 berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Kostenpauschale 40872 ist am Behandlungstag nicht neben den Kostenpauschalen 40240 und 40260 berechnungsfähig.</i></p>	
--	---	--

#### **Erläuterung zu den Gebührenordnungspositionen 40870 und 40872:**

Hilfeleistung von nichtärztlichen Praxisassistentinnen dürfen nur erbracht und abgerechnet werden, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Ort der Leistungserbringung gemäß § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V eine ärztliche Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf im hausärztlichen Versorgungsbereich festgestellt hat.

#### **4.5.4. Hausärzte erhalten gemäß EBM 2011 einen Chronikerzuschlag**

Der EBM sieht für hausärztlich tätige Ärzte (Allgemeinärzte, Praktiker sowie hausärztlich tätige Internisten) einen Morbiditätszuschlag für chronisch kranke Patienten vor (Ziffer 03212). Da Patienten mit schwer heilenden Wunden in vielen Fällen auch diesem Patientenkontext zuzurechnen sind, kann diese Ziffer unter bestimmten Voraussetzungen veranschlagt werden. Bei der Abrechnung kommt es für die Hausärzte entscheidend darauf an, die Abrechnungsbedingungen der neuen Nr. 03212 korrekt anzuwenden. Aus der Leistungsbeschreibung im EBM 2011 und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ergeben sich folgende Kriterien:

##### **Regelung im EBM 2011**

- > Die Abrechnung des Chronikerzuschlags Nr. 03212 in Höhe von 495 Punkten kann für die Hausärzte nur einmal im Quartal für die Behandlung chronisch kranker Patienten erfolgen. Der Zuschlag nach Nr. 03212 kommt grundsätzlich nur im Zusammenhang mit einer Versichertenpauschale nach den Nrn. 03110 bis 03112 in Betracht. Hausarztpraxen mit einem diabetologischen Schwerpunkt können in Überweisungsfällen die Nr. 03212 neben den Versichertenpauschalen nach den Nrn. 03120 bis 03122 EBM abrechnen.
- > Die Abrechnung der Versichertenpauschalen setzt mindestens 2 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte voraus. Diese Vorgabe ist im obligaten Leistungsinhalt der EBM-Ziffer 03212 festgelegt.
- > Die Krankheit des gesetzlich Versicherten muss "schwerwiegend chronisch" sein. Der G-BA hat darauf verzichtet, eine Liste von schwerwiegenden chronischen Erkrankungen zu erstellen und die Voraussetzungen für chronische Krankheiten in der sog. "Chroniker-Richtlinie" festgelegt.

### **Chroniker-Richtlinie des G-BA<sup>8</sup>**

Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

- a) Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
- b) Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 % oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % vor, wobei der GdB oder die MdE nach den Maßstäben des § 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder des § 56 Abs. 2 SGB VII festgestellt und zumindest auch durch die Krankheit (...) begründet sein muss.
- c) Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit (...) verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

(Vgl. § 2 Abs. 2 der Chroniker-Richtlinie des G-BA)

### **4.5.5. Praxisbesonderheiten beim EBM**

Nach wie vor besteht die Möglichkeit, dass ein Arzt eine Änderung (Erhöhung) seines Regelleistungsvolumens (RLV) beantragen kann, wenn er sog. Praxisbesonderheiten bei unvorhergesehenen Mengenausweitungen anmeldet. Für die Geltendmachung von Praxisbesonderheiten ist es grundsätzlich notwendig, dass der betroffene Arzt Umstände darlegt, die sich von der typischen Vergleichspraxis abheben. Dies sollte unbedingt geprüft und bei Erfüllung beantragt werden.

Praxisbesonderheiten ergeben sich aus:

- > einem besonderen Versorgungsauftrag oder
- > einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung.

Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

Die Anerkennung von Praxisbesonderheiten kann schriftlich unter Angabe der entsprechenden Leistungen, wenn möglich sogar EBM-Ziffern, bei der jeweiligen KV beantragt werden. Die KV prüft daraufhin nach pflichtgemäßem Ermessen im Einzelfall, ob eine Praxisbesonderheit vorliegt und in welchem Umfang sowie für welche Dauer Zuschläge zu gewähren sind. Die Genehmigung von Praxisbesonderheiten kann regional unterschiedlich ausfallen.

### **4.6. Abrechnungsfähigkeit von Wundverbänden in der privaten Krankenversicherung**

Die Abrechnungsgrundlage für die Liquidation privatärztlicher Leistungen ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) aus dem Jahr 1996, in der derzeit gültigen Fassung vom 01.01.2002, die ebenfalls wie der EBM auf einem Punktwertsystem basiert. In der GOÄ wird jedoch ein fester Euro-Betrag pro Punkt garantiert, so dass die Ärzte einen kalkulierbaren Ertrag haben.

In der GOÄ findet sich lediglich eine Abrechnungsziffer zur Versorgung chronischer Wunden. Bei der Ziffer 2006 "Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt oder Entzündungserscheinungen oder Eiterung aufweist – auch Abtragung von Nekrosen an einer Wunde", wird die Behandlung der chronischen Wunde beschrieben. Die in dieser Gebührenziffer enthaltene Leistung, die mit 63 Punkten bewertet

---

<sup>8</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“), Link: [http://www.g-ba.de/downloads/62-492-278/RL\\_Chroniker-2008-06-19.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-278/RL_Chroniker-2008-06-19.pdf)

wurde, wird mit 8,44 Euro (bei Berücksichtigung des 2,3-fachen Satzes) vergütet. Das eingesetzte Material ist in dieser Ziffer nicht enthalten und muss daher separat verordnet werden.

Bei der Definition dieser Leistungsposition findet sich eine große Streubreite. So könnte die zu versorgende Wunde, die in den Leistungsinhalt dieser Gebührenziffer fällt, sowohl eine linsengroße Eiterblase als auch ein ausgedehnter Dekubitus Grad IV sein.

Eine Erweiterung der Leistungspositionen unter Einbeziehung der hydroaktiven Wundversorgung innerhalb der GOÄ wäre wünschenswert.

#### **4.7. Hydroaktive Wundversorgungsprodukte im Sprechstundenbedarf**

Als Sprechstundenbedarf (SSB) in der gesetzlichen Krankenversicherung gelten solche Mittel, die ihrer Art nach an mehr als einem Berechtigten im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung angewendet werden oder bei Notfällen für mehr als einen Berechtigten zur Verfügung stehen müssen.

Der verordnete Sprechstundenbedarf ist nur für die ambulante vertragsärztliche Behandlung in der Praxis und für mehrere Patienten zu verwenden. Der vom Vertragsarzt verordnete Sprechstundenbedarf hat den Bedürfnissen der Praxis zu entsprechen und muss zur Zahl der Behandlungsfälle bzw. zur Zahl der einschlägigen einzelnen Leistungen im angemessenen Verhältnis stehen.

Sprechstundenbedarf soll grundsätzlich kalendervierteljährlich bezogen werden. Er ist bis zum Ende des laufenden Quartals zu verordnen. Die z. B. zu Beginn einer vertragsärztlichen Tätigkeit erforderliche Beschaffung der Grundausrüstung der Praxis darf nicht als Sprechstundenbedarf verordnet werden.

Die Verordnung des SSB geht jeweils zu Lasten der in der Sprechstundenbedarfsvereinbarung definierten Stelle, in der Regel die jeweilige AOK. Diese legt die Kosten auf die anderen Krankenkassen um. Die Verordnung erfolgt auf einem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) – erforderlichenfalls auf mehreren Arzneiverordnungsblättern – und ist im Markierungsfeld "9" (Sprechstundenbedarf) entsprechend zu kennzeichnen.

Geradezu klassische Produkte des Sprechstundenbedarfs sind die traditionellen Wundversorgungsprodukte wie Gaze-Kompressen, Mullbinden, Tupfer und Watte. Dem gegenüber finden sich die hydroaktiven Wundversorgungsprodukte nur zu einem geringen Teil wieder. Nur in einigen wenigen SSB-Vereinbarungen finden sich explizit aufgeführte hydroaktive Wundversorgungsprodukte (Positivliste).

Die Verordnung des SSB ist budgetrelevant. Um einem evtl. Regress vorzubeugen, sollte der Arzt daher seine regional gültige SSB-Vereinbarungen kennen bzw. ggf. seine KV kontaktieren.

#### **4.8. Wundversorgung und Wirtschaftlichkeitsprüfung**

Die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots ist eine der wichtigsten Pflichten des Vertragsarztes. Da im Gesundheitswesen die finanziellen Mittel bekanntlich begrenzt sind, ist jeder Arzt angehalten, sein Handlungs- und Ordnungsverhalten hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit genau abzuwägen.

Gegenüber seinen Patienten hat der Arzt die Verpflichtung, alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu ergreifen, die nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zur Heilung oder Linderung einer Krankheit erforderlich sind. Er hat nur solche Leistungen zu erbringen, zu verordnen oder zu veranlassen, die zur Heilung oder Linderung ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und notwendig sind. Der Gesetzgeber wiederum verpflichtet ihn, dabei die geringst möglichen Kosten zu Lasten der Krankenkassen zu veranlassen.

#### **4.8.1. Wirtschaftlichkeitsprüfung**

Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung werden Ärzte aufgrund ihrer Abrechnung rückwirkend daraufhin beurteilt, ob ihre Leistungen und Verordnungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprochen haben.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist vom Gesetzgeber vorgeschrieben. KV und Krankenkassen haben die Aufgabe, die Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu gewährleisten. Zu diesem Zweck werden zwischen den KVen und den Landesverbänden der Krankenkassen Prüfvereinbarungen geschlossen, die das Prüfverfahren regeln. Hiernach können Verstöße gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot quartals- oder jahresweise überprüft werden. Die Prüfungen erfolgen auf Basis von auffälligen Abrechnungs- und Verordnungsdaten und werden von Amts wegen oder auch auf Antrag durchgeführt.

#### **4.8.2. Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss**

KV und Krankenkassen bilden eine gemeinsame Prüfbehörde. Im Prüfverfahren wird in erster Instanz die Prüfungsstelle tätig. Sie geht möglichen Verstößen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot nach. Gerät ein Arzt in den Verdacht der Unwirtschaftlichkeit, wird er von der Prüfungsstelle um Stellungnahme gebeten. Anhand der vorliegenden Unterlagen entscheidet diese, ob die vertragsärztliche Tätigkeit dem Wirtschaftlichkeitsgebot entspricht oder aber dagegen verstößt.

Gegen die Entscheidung der Prüfungsstelle kann der Arzt Widerspruch beim Beschwerdeausschuss einlegen. Dieser rollt das Verfahren dann in zweiter Instanz wieder auf. Er untersucht den Fall erneut und trifft seine Entscheidung. Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss nehmen ihre Aufgaben weisungsungebunden wahr.

#### **4.8.3. Wie wird das Verordnungsbudget des Arztes ermittelt?**

Der § 84 Abs. 1 SGB V regelt die Ausgabenbegrenzung für die Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln. Hierfür vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Obergrenze für die insgesamt von den Vertragsärzten veranlassten Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel. Diese Obergrenze ist für das jeweils folgende Kalenderjahr zu vereinbaren.

Die Einhaltung des oben dargelegten Wirtschaftlichkeitsgebotes bei der Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln wird beim einzelnen Vertragsarzt mit Hilfe von Wirtschaftlichkeitsprüfungen insbesondere auf der Grundlage von **Richtgrößen** kontrolliert.

#### **4.8.4. Richtgrößen und Richtgrößenvolumen**

Die Richtgrößen werden jedes Jahr von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen unter Berücksichtigung von Alter und Morbidität der Versicherten vertraglich festgelegt. Je nach Arztgruppe (Allgemeinärzte, Orthopäde u. a.) variiert die Höhe der Richtgröße. Die Richtgröße ist ein rechnerischer Durchschnittswert ausgewiesen in Euro je behandelten Patienten. Sie ist somit keine Obergrenze für die Versorgung eines einzelnen Patienten, sondern dient dem Arzt als Orientierungsgröße für die Entscheidung über die Arzneimittelverordnung nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot im Einzelfall.

Aus den Multiplikatoren der facharztgruppenbezogenen Richtgröße mit der individuellen Fallzahl des Vertragsarztes ergibt sich das Ausgabenvolumen der im Rahmen der Richtgrößenregelung verordnungsfähigen Arznei- und Verbandmittel.

#### Überschreitung des Richtgrößenvolumens

- > Überschreitet der Arzt sein Richtgrößenvolumen zwischen 15 % und 25 % erfolgt eine Beratung sofern die Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist.
- > Beträgt die Überschreitung mehr als 25 Prozent, erfolgt eine Prüfung und der Mehraufwand, der nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist, muss den Krankenkassen erstattet werden.
- > Mit den Krankenkassenverbänden vereinbarte, anzuerkennende Praxisbesonderheiten sollte der Arzt bei der Abrechnung unbedingt dokumentieren.

Übersicht 4: Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel (Euro pro Kopf und Quartal) nach Facharztgruppen am Beispiel der KV Nordrhein für 2011

Fachgruppen	Versichertenart	
	AV*	RV*
Allgemeinmedizin/Praktische Ärzte	46,38 Euro	125,88 Euro
Anästhesiologie	44,67 Euro	127,42 Euro
Augenheilkunde	5,93 Euro	13,67 Euro
Chirurgie einschließlich Gefäß-, Plastische, Unfall-, und Visceralchirurgie	7,84 Euro	14,03 Euro
Gynäkologie	20,60 Euro	63,27 Euro
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde einschließlich Phoniatrie und Pädaudiologie	12,34 Euro	5,39 Euro
Haut- und Geschlechtskrankheiten	23,15 Euro	19,66 Euro
Innere Medizin, hausärztlich	46,38 Euro	125,88 Euro
Innere Medizin einschließlich Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie	276,62 Euro	344,51 Euro
Kinderheilkunde	27,43 Euro	51,88 Euro
Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie	5,50 Euro	4,60 Euro
Nervenheilkunde (Neurologie/Psychiatrie) Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie einschließlich Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	139,34 Euro	157,69 Euro
Orthopädie einschließlich orthopädischer Rheumatologie	6,19 Euro	16,90 Euro
Urologie	24,00 Euro	60,11 Euro

\* **AV:** Allgemeinversicherte (Mitglieder- und Familienversicherte)

**RV:** Rentenversicherte

Quelle:

[http://www.kvno.de/10praxis/40verordnungen/10arzneimittel/05am\\_rigr11/anla\\_b2011/index.html](http://www.kvno.de/10praxis/40verordnungen/10arzneimittel/05am_rigr11/anla_b2011/index.html)

#### 4.8.5. Praxisbesonderheiten

Wenn Ärzte kostenintensive und behandlungsaufwändige Patienten versorgen, können im Falle einer eingeleiteten Wirtschaftlichkeitsprüfung Praxisbesonderheiten beim Prüfungsausschuss geltend gemacht werden. Die Praxisbesonderheiten sind meist Bestandteil der Prüfvereinbarungen. Der Prüfungsausschuss kann jedoch auch darüber hinaus weitere Praxisbesonderheiten anerkennen.

Den Arzt trifft die Darlegungs- und Beweislast für seine speziellen Praxisbesonderheiten. Spätestens im Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss hat er anhand von Daten, Patientenlisten, Aufstellungen der teuersten Fälle oder Einzelfallbeschreibungen vorzutragen, dass die Zusammensetzung seiner Patienten partiell von der Durchschnittspraxis abweicht. Mit allgemeinen Hinweisen, etwa auf einen hohen Rentneranteil, lässt sich der Regress nicht abwenden.

**Als Praxisbesonderheiten gelten Eigenschaften der Patienten bzw. Erkrankungen, die deutlich von der Durchschnittspraxis der Vergleichsgruppe abweichen.**

Das heißt, Praxisbesonderheiten werden durch das Patientenkollektiv und nicht durch Praxiseigenschaften wie technische Ausstattung bestimmt. Erst, wenn sich gehäuft besondere Patientengruppen, nach Art und Schwere der Erkrankung, in der Praxis einfinden, wird dieser Umstand zu einer Praxisbesonderheit. Es ist deshalb von entscheidender Bedeutung zur Regressprophylaxe/Regressabwehr, seine Praxisbesonderheiten zu kennen, zu dokumentieren und den Prüfungsgremien nachzuweisen. Dies sollte man unabhängig von eventuellen Prüfungen tun.

Die Sozialgerichte bis hin zum Bundessozialgericht haben sich in der Vergangenheit vielfach mit der Frage der Praxisbesonderheiten beschäftigen müssen.

Folgende Fallgruppen wurden u. a. anerkannt:

- > Besondere Patientengruppen
- > Besondere Diagnosen/Methoden
- > Anfängerpraxis unter bestimmten Umständen

Ein besonderes Patientenkontingent kann abweichend von der Fachgruppe u. a. vorliegen, wenn

1. ein überdurchschnittliche Häufung von Patienten mit chronischen Erkrankungen vorhanden ist,
2. überdurchschnittlich viele alte und pflegebedürftige Patienten in der Praxis existieren,
3. ein überdurchschnittlich hoher Anteil von zuzahlungsbefreiten Patienten mit Auswirkung auf die Nettokosten vorhanden ist.

Die vorgenannte Aufzählung ist nur beispielhaft. Sie gilt gleichermaßen bei teuren Einzelfällen oder im Falle eines Praxisschwerpunktes (z. B. Diabetiker).

**Voraussetzung ist, dass die gewählten Therapien medizinisch gesichert, indiziert und notwendig sind.**

Es gibt weder gesetzliche Vorgaben noch Gerichtsurteile, die als Richtschnur verwendbar für die Frage wären, ab welcher Patientenzahl eine Praxisbesonderheit anzunehmen wäre. Wichtig ist deshalb, dass der Arzt ein Bewusstsein für die Problematik entwickelt, die Kosten frühzeitig berechnet und darlegt.

**Anerkennung von Patienten mit chronischen Wunden als Praxisbesonderheit**

Ärztebefragungen haben ergeben, dass die Begründung, warum die Durchführung einer modernen Wundversorgung nicht im erforderlichen Umfang möglich ist, in erster Linie im limitierten Richtgrößenvolumen und den daraus resultierenden Ängsten eines potentiellen Regresses liegen.

In Anbetracht dieser Tatsache plädieren alle an der Wundversorgung Beteiligten daher für eine Berücksichtigung der Versorgung chronischer Wunden als Praxisbesonderheit, um die Versorgungssituation der Patienten zu verbessern.

Selbst wenn das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes, kurz AMNOG (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz), in Kraft getreten zum 1. Januar 2011, gewisse Entschärfungen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung mit sich brachte, bleiben sowohl Richtgrößen als auch Richtgrößenprüfungen und damit der Regressdruck für niedergelassene Ärzte bestehen.

#### 4.9. Patientencompliance

Ein wesentlicher Faktor für eine erfolgreiche und wirtschaftliche (d. h. vor allem in einem überschaubaren Zeitraum erfolgende) Behandlung der chronischen Wunde ist die Compliance (Therapietreue) des Patienten.

Obwohl Patienten **nach § 1 SGB V verpflichtet sind, aktiv an ihrer Heilung mitzuwirken**, sind sie jedoch nicht immer in der Lage oder scheinbar nicht willens, ihre eigene Genesung zu unterstützen. Die Gründe dafür sind vielfältig: Neben Einschränkungen durch die der Wunde zugrunde liegende oder begleitende Erkrankungen, gibt es eine Reihe psychischer Ursachen die den Patienten an einer aktiveren Rolle bei seiner Gesundwerdung hindern, z. B. die Angst vor einem schmerzhaften Verbandwechsel, den sekundären Krankheitsgewinn (Entbindung von Alltagsverpflichtungen, vermehrte Zuwendung) bei entsprechender psychosozialer Disposition (wie z. B. reduzierten Sozialkontakten bei allein stehenden, älteren Patienten), oder den Leibesinselschwund („innere Amputation“) beim diabetischen Fuß-Syndrom.

Der beste Therapeut und die besten Produkte werden hinsichtlich der Wundheilung wenig ausrichten können, wenn der Patient nicht aktiv mitwirkt, wenn ihm beispielsweise wichtige Informationen für eine fachgerechte Behandlung fehlen.

Die Auswirkungen einer negativen Patienten-Compliance im Hinblick auf die Wundheilung hat Prof. Dr. Heinz J. Janßen im Rahmen einer Studie untersucht. Hierbei wurde klar erkennbar, dass die Heilungschancen der Patienten ohne Compliance wesentlich ungünstiger sind, als bei Patienten, welche die Anweisungen des Therapeuten befolgen. Abgesehen von einer geringeren Lebensqualität sind bei Patienten mit mangelnder Compliance die Materialkosten signifikant höher, da ein Auflagen- und Verbandwechsel öfter stattfindet. Zudem müssen diese Personen intensiver personell betreut werden. Dies summiert sich zu einer signifikant höheren Gesamtkostenbelastung im Therapieverlauf. Als Fazit dieser Studie ist festzuhalten, dass die Patientencompliance im Rahmen des Versorgungsprozesses stärker berücksichtigt und gefördert werden muss. (Quelle: H. Janssen, R. Becker; *Qualität und Kosten in der chronischen Wundversorgung – Widerspruch oder vereinbar?*, *Orthopädie Technik* 12/08, S. 920-924)

Moderne Wundversorgungsprodukte können die Compliance der Patienten erhöhen, da sie einen atraumatischen und weitgehend schmerzfreien Verbandwechsel ermöglichen und den (schnelleren) Fortschritt bei der Heilung als positives Ereignis wahrnehmbar machen.

#### 4.10. Wundversorgung und DRGs

DRGs (Diagnosis Related Groups) sind ein Patientenklassifikationssystem, mit dem stationäre Behandlungsfälle anhand bestimmter Kriterien (Diagnosen, Prozeduren, Schweregrad, Alter usw.) zu Fallgruppen zusammengefasst werden. Der für das Jahr 2011 gültige Fallpauschalen-Katalog umfasst 1.194 Fallpauschalen, davon sind 40 nicht bewertet. Darüber hinaus wurden 146 Zusatzentgelte vereinbart. Dabei werden solche Behandlungsfälle zusammengefasst, die medizinisch ähnlich und hinsichtlich des Behandlungskostenaufwands möglichst homogen sind.

Im Bereich der Wundversorgung führt die Kodierung anhand entsprechender ICD-10-Diagnosenklassifikation sowie des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) zu verschiedenen DRGs. (Den vollständigen ICD- und OPS-Katalog finden Sie unter [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de).)

Beispiele für "ICD-10-GM 2011"-Diagnosen und OPS-Prozeduren (OPS Version 2011) aus der Wundversorgung sind u. a.:

Diagnosen	Beschreibung
L89.26	Dekubitus 3. Grades; Trochanter
I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration
E11.72	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit multiplen Komplikationen (z. B. Diabetischer Fuß); nicht als entgleist bezeichnet

Prozeduren	Beschreibung
5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut; großflächig; Unterschenkel
8-191.5*	<b>Hydrokolloidverband</b>
8-191.x**	Sonstige

\* Unter dem Code 8-191.5 sind ausschließlich Hydrokolloidverbände zu kodieren.

\*\* Alle weiteren hydroaktiven Wundauflagen (z. B. Schaumverbände, Alginat, Hydrogele) sind unter 8.191.x zu kodieren.

Für die Unterdruck-Wundtherapie (Vgl. S. 5) sind beispielsweise folgende OPS-Kodes relevant:

Prozeduren	Beschreibung
5-916.a	Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung <b>unter</b> Operationsbedingungen mit Anästhesie Hinweis: An der 8. Stelle ist der Ort der Anwendung zu kodieren. Zusätzlich ist die Dauer unter 8-190.ff zu kodieren
8-191.1	Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung <b>ohne</b> Operationsbedingungen mit Anästhesie Hinweis: An der 8. Stelle ist der Ort der Anwendung zu kodieren. Zusätzlich ist die Dauer unter 8-190.ff zu kodieren

Für die hydroaktive Wundversorgung sind u. a. folgende DRGs relevant:

DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungs-relation	Mittlere Verweildauer
J60Z	M	Hautulkus	0,914	9,4
F64Z	M	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen	0,969	10,4
K60D	M	Diabetes mellitus mit schweren CC (Komplikationen oder Komorbiditäten) oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 15 Jahre	0,856	8,7
J03B	O	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion/Entzündung ohne äußerst schwere CC	1,256	12,0
F21C	O	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Hauttransplantation und Lappenplastik an der unteren Extremität	1,419	14,3
F27C	O	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodesese des Fußes	1,335	13,4

Quelle: DRG-Fallpauschalen-Katalog 2011 unter [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)

#### 4.11. Verweildauer

##### Hintergründe und Lösungsansätze für Menschen mit chronischen Wunden

Patienten mit chronischen Wunden finden sich sehr häufig:

- > in höheren Altersabschnitten als der Durchschnitt
- > unter medizinischen Pflegefällen in allen Altersgruppen
- > in Alters- und Pflegeheimen

Als Gründe für die historisch überdurchschnittlich langen Verweildauern sind zu nennen:

- > unzureichendes Wundmanagement
- > gering ausgeprägtes Kostenbewusstsein
- > Kostenerstattung nach Belegungstagen

Um den Trend aufzuhalten oder gar umzukehren müssten folgende Parameter verändert werden:

- > intensives Wundmanagement durch hydroaktive Wundverbände und aktuelle Verfahrensweisen
- > Umsetzung von interdisziplinärem Überleitungsmanagement (Stationär-ambulant Wundmanagement)
- > Transsektorale Konzepte zur Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden
- > Einführung von speziellen DRG-Fallgruppen

#### **4.12. Verträge zur integrierten Versorgung (§ 140 ff. SGB V)**

Eine bessere Vernetzung des stationären und ambulanten Sektors, einheitliche Behandlungsstandards sowie eine intensive Aufklärung sind notwendig, um die Defizite in der Behandlung chronischer Wunden in Deutschland zu verbessern. Solche Strukturen können u. a. über Selektivverträge nach §§ 73c und 140 ff. SGB V geschaffen werden.

##### **4.12.1. Konzept der Integrierten Versorgung**

Im Rahmen der Integrierten Versorgung (IV) erhalten Krankenkassen die Möglichkeit, ihren Versicherten eine sektorenübergreifende Behandlung anzubieten, bei der Haus- und Fachärzte, ärztliche und nicht-ärztliche Leistungserbringer, Krankenhäuser und auch Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten nach einem abgestimmten Behandlungskonzept koordiniert zusammenwirken. Im Gegensatz zur Regelversorgung geht bei den Selektivverträgen der Sicherstellungsauftrag von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Krankenkassen über. Dies hat insbesondere Konsequenzen für die Haftungsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern und auch für die ärztliche Vergütung. Darüber hinaus legen die Vertragspartner im Rahmen selektivvertraglicher Vereinbarungen einen definierten Behandlungspfad fest, in dem die einzelnen Behandlungsschritte im Sinne der Qualitätssicherung dokumentiert und evaluiert werden. Auf diese Weise lässt sich ein abgestimmtes "ganzheitliches" Behandlungskonzept für den Patienten umsetzen und Synergieeffekte können genutzt werden.

##### **4.12.2. Gesetzliche Änderungen des §§ 140 ff. SGB V im AMNOG**

Durch das Inkrafttreten des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) zum 1. Januar 2011 wurden die Regelungen über die integrierte Versorgung und in diesem Zusammenhang auch über Medizinische Versorgungszentren geändert. Im Hinblick auf integrierte Versorgungsverträge wurden die zulässigen Vertragspartner der Krankenkassen um pharmazeutische Unternehmer und um Hersteller von Medizinprodukten erweitert. Damit dürfen pharmazeutische Unternehmer und Hersteller von Medizinprodukten/Verbandmittel jetzt direkt Vertragspartner von integrierten Versorgungsverträgen werden. In der Begründung heißt es, solche vertraglichen Vereinbarungen könnten die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung verbessern. Sie ermöglichen eine zielgerichtete und effiziente Versorgung der Versicherten mit Medizinprodukten bzw. Verbandmitteln unter Berücksichtigung einer kooperativen medizinischen Versorgung.

##### **4.12.3. Integrierte Versorgung und Wundversorgung**

Die Wundversorgung muss nach qualitätsgesicherten Kriterien phasengerecht und problemorientiert erfolgen. Verbindliche Leitlinien und Behandlungspfade sowie eine Einigung über die Verwendung feuchter, phasenadaptierter Wundaufgaben führen zu einer hohen medizinisch-pflegerischen Qualität der Versorgung. Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Patienten kann nur durch den zielgerichteten Einsatz geeigneter Produkte sowie durch konsequente Therapieumsetzung erreicht werden. Ökonomische Einsparpotentiale ergeben sich dabei durch Verkürzung der Behandlungszeit sowie durch Einsparungen beim Material bzw. der Sachkosten.

Längst haben die Kostenträger erkannt, dass die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden nicht nur eine medizinische, sondern durch die hohen Kosten von 4 bis 5 Milliarden Euro jährlich für die Krankenkassen auch in ökonomischer Hinsicht eine Herausforderung darstellt. Schätzungen gehen da-

von aus, dass 5 bis 8 Prozent der Bevölkerung von schwer heilenden Wunden betroffen sind. Ursächlich für die Indikationen Diabetischer Fuß, Dekubitus und Ulcus cruris sind chronische Erkrankungen wie Diabetes Mellitus Typ 2.

#### **4.12.4. Realisierung von IV-Verträgen 2004 - 2010**

Aus Gründen einer angestrebten Effizienzsteigerung hinsichtlich der Qualität und der Wirtschaftlichkeit in der Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden hat in den letzten Jahren eine Vielzahl von Krankenkassen IV-Verträge geschlossen. Insbesondere die betriebswirtschaftliche Kalkulation, die Definition von Ein- und Ausschlusskriterien und des Gewährleistungsanspruchs stellen im Bereich chronischer Wunden komplexe Anforderungen an die Kooperationspartner. Verträge mit der BKK Gesundheit, der DAK oder der AOK Sachsen-Anhalt, belegen, dass die Versorgung mit moderner Wundversorgung wirtschaftlich ist. Falsche Vergütungsanreize für die Ärzte, das Abweichen von definierten Behandlungspfaden oder vorschnelle Krankenhauseinweisungen können beispielsweise mit der Integrierten Versorgung überwunden werden.

#### **4.12.5. Beispiel Kompetenznetz Mittlerer Oberrhein (MOR)**

Als positives Beispiel für einen strukturierten IV-Vertrag in der Wundversorgung ist das Kompetenznetz Mittlerer Oberrhein (MOR)<sup>9</sup> zu nennen. Hier wird der Aufbau einer Infrastruktur, die eine transparente, qualitätsgesicherte Versorgung von multimorbiden Patienten oder Patienten mit chronischen Wunden vorangetrieben. Mit einem interdisziplinären Team wird die Prozessqualität verschiedener Tätigkeiten und Leistungen verbessert. Das Kompetenzzentrum MOR ist ein Case Management Konzept, um die Pflege der Patienten optimal zu gestalten.

Verbindliche Leitlinien und Behandlungspfade, konsequente Verwendung hydroaktiver, phasenadaptierter Wundauflagen und der Einsatz eines Case-Managers im Rahmen der integrierten Versorgung führen zu einer signifikanten Verbesserung der Ergebnisse im medizinisch-pflegerischen und ökonomischen Bereich.

#### **4.12.6. Studie belegt Kostenersparnis bei moderner und fallgesteuerter Behandlung**

Dass sich die Dauer und damit die Kosten einer Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden erheblich verringern lassen, wenn ein modernes und fallgesteuertes Behandlungsverfahren in der Versorgung gewählt wird, hat eine gesundheitsökonomische Begleitstudie des Instituts für Pflege- und Gesundheitsökonomie (IGP) an der Hochschule Bremen unter der Leitung von Prof. Dr. Heinz Janßen dargestellt. Die Reduzierung der Behandlungsdauer bewirke sogar eine Verbesserung der Qualität. Damit schlossen sich wirtschaftliches Handeln und Qualität nicht aus, so das Fazit der Studie.

Von 2007 bis 2010 konnten die Behandlungswege von etwa 300 Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie chronischer Wunden untersucht werden. Die Studie dokumentiert erstmals mit einer Clusteranalyse ein breites Spektrum unterschiedlicher Behandlungsverläufe. Dabei ist die Behandlung der chronischen Wunden bei etwa der Hälfte der Patienten unter Verwendung adäquater Wundauflagen nach bereits fünf Wochen im Mittel erfolgreich abgeschlossen. Die Kosten für diese Patienten beliefen sich im Schnitt auf etwa 1.400 Euro. Diese Ergebnisse sind insbesondere signifikant, wenn man sie mit den üblichen Versorgungskosten für Patienten mit chronischen Wunden vergleicht. Nicht selten kann sich eine diesbezügliche Behandlung nicht nur über Jahre hinziehen, die dadurch verursachten Kosten sind auch um ein Vielfaches höher (im Mittel bei 5.000 Euro). Würden alle Patienten mit chronischer Wunde nach fallgesteuertem und modernem Wundmanagement versorgt, generieren sich hier jährliche Ersparnisse in Milliardenhöhe, so die Aussage der Studie.

*Quelle: Pressemitteilung der Hochschule Bremen vom 30.06.2010<sup>10</sup>*

---

<sup>9</sup> Link: [www.mednet-bw.de](http://www.mednet-bw.de) – Wundkompetenznetz

<sup>10</sup> <http://www.hilfsmittelmanager.eu/hmm-so-nachrichten/ersparnisse-in-milliardenhoehe-im-gesundheitswesen.html>

#### **4.13. Hausarztzentrierte Versorgung**

Der Hausarzt stellt für viele Patienten den ersten Ansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen dar. Damit ist der Hausarzt prädestiniert für seine Patienten eine Lotsenfunktion in unserem Gesundheitssystem zu übernehmen. Er kann die Versorgung der Patienten auch über die einzelnen Versorgungsebenen hinweg koordinieren. So kann er etwa bei Bedarf an Fachärzte überweisen oder ins Krankenhaus einweisen und die Ergebnisse der Untersuchungen später zusammenführen.

Die Förderung dieser besonderen Aufgabe ist das Ziel der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73 b SGB V. Die gesetzlichen Krankenkassen sind demnach verpflichtet, ihren Versicherten Hausarztmodelle anzubieten.

Für Ärzte ist die Teilnahme an einem Hausarztvertrag freiwillig, sie müssen allerdings entsprechende Qualitätsanforderungen erfüllen, die die Kasse vorher definiert hat. Interessiert sich ein Vertragsarzt dafür an einem solchen Vertrag teilzunehmen, muss er sich bei der Krankenkasse oder einer beauftragten Organisation, wie einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) oder Managementgesellschaft, darum bewerben.

Die Patiententeilnahme für ein Programm zur hausarztzentrierten Versorgung ist ebenfalls freiwillig. Die Patienten können sich hierzu bei ihrer Krankenkasse einschreiben. Sie müssen einen teilnehmenden Hausarzt als ihren festen Hausarzt wählen, der somit zu ihrem Lotsen in der Gesundheitsversorgung wird. Im Krankheitsfall müssen die Patienten erst diesen gewählten Hausarzt aufsuchen, der sie im Bedarfsfall an einen Facharzt überweisen kann. Augen- und Frauenärzte können die Patienten weiterhin direkt konsultieren.

Die teilnehmenden Patienten binden sich für mindestens ein Jahr an das Programm der hausarztzentrierten Versorgung und damit an den gewählten Hausarzt. Viele Programme erhalten auch besondere Serviceangebote für Versicherte. Beispiele hierfür sind Abendsprechstunden oder spezielle Vorsorgeuntersuchungen.

Die Leistungen der Wundversorgung werden in der Regel anhand des jeweiligen EBM-Ziffernkranzes bestimmt. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über den jeweiligen HzV-Vertrag in Form der Pauschale, d. h. die Versorgung chronischer Wunden fällt unter die HzV-Pauschale bzw. ist mit dieser Pauschale abgegolten.

#### **4.14. Wundambulanzen und Wundzentren**

Die chronische Wunde stellt eine interdisziplinäre Herausforderung dar. Es verwundert daher nicht, dass Gründungen von Wundzentren, Wundambulanzen und Schwerpunktpraxen oder der Einsatz von Behandlungsteams und Konsiliarärzten eine immer weitere Verbreitung und Bedeutung finden. Wichtig ist, zum richtigen Zeitpunkt Spezialisten in Wundambulanzen/Wundzentren zu kontaktieren. Hauptaufgaben dieser Einrichtungen sind die Koordination des Therapieverlaufs, die Einleitung und Durchführung der Diagnostik, die Festlegung und Koordination der Therapieformen und die Sicherung des Therapieerfolges.

#### **4.15. Ambulantes Operieren**

Eine ambulante Operation, wie z. B. ein Chirurgisches Debridement gemäß EBM-Ziffer 31101, zeichnet sich dadurch aus, dass der Patient bzw. die Patientin die Nacht vor und die Nacht nach der Operation nicht im Krankenhaus verbringt. Für die Durchführung und Abrechnung ambulanter Operationen sind unterschiedliche Voraussetzungen zu erfüllen.

Hier verweisen wir auf die Broschüre des BVMed "Ambulantes Operieren im Krankenhaus – Vergütung ambulanter Operationen mit Medizintechnologien".<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> <http://www.bvmed.de/publikationen/Gesundheitsversorgung/>

## 5. Wirtschaftliche Aspekte der hydroaktiven Wundversorgung

### 5.1. Innovation und Nutzen

„Medizintechnologische Innovationen leisten einen wichtigen Beitrag zur qualitativ hochwertigen und gleichzeitig kosteneffizienten Behandlung schwer kranker Menschen.“ Das ist das Fazit der Studie „Nutzen durch Innovation“ der Strategieberatung CEPTON, die im Auftrag des Bundesverbandes für Medizintechnologie (BVMed) durchgeführt wurde. Der Nutzen von MedTech-Innovationen und ihr Beitrag für die Gesundheitsversorgung in Deutschland wurde anhand der Beispiele Drug Eluting Stents, kardiale Resynchronisationstherapie, innovative Wundversorgung, Adipositas-Chirurgie und Endoprothetik analysiert.

Zudem können durch Innovationen in der Medizintechnologie die Kosten gesenkt, die Qualität gleichzeitig erhöht und die Gesundheitsversorgung der Menschen in Deutschland eindrucksvoll verbessert werden. Allerdings erreichten die innovativen Therapien den Patienten häufig nicht. Mögliche Kosteneinsparpotentiale würden zurzeit ebenso wenig genutzt, wie Patienten der Zugang zu kausal heilenden und die Lebensqualität verbessernden Therapien ermöglicht.

Gründe dafür lägen in einer Reihe von Hürden mit dem Ziel der Budgetkontrolle. Auch mangelnde Information der Ärzte und fehlende Patientenaufklärung würden die Einführung von Innovationen behindern.

Lösungswege sieht die Studie in einem transparenten Prozess zur Bewertung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses neuer Therapien. Sektorübergreifende und den gesamten Behandlungszeitraum umfassende Kostenerfassung seien Grundvoraussetzungen dafür, heißt es in der Studie. Die Versorgungsforschung und therapiespezifische Register könnten hier einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, Innovationen in das deutsche Gesundheitssystem einzuführen.

### 5.2. Rolle der evidenz-basierten Medizin

Auf der BVMed-Wundversorgungsveranstaltung im September 2010 äußerte sich Herr Prof. Dr. med. Matthias Augustin (Universitäts-Professor für Gesundheitsökonomie und Lebensqualitätsforschung am Universitäts-Klinikum Hamburg-Eppendorf, Direktor des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen, Leiter dermatologische Forschung und Versorgungsforschung und Leiter Comprehensive Wound Center) zum Thema Evidenz in der Wundversorgung.

Allgemein sei die evidenz-basierte Medizin (EbM) der Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung von Patienten. Bei der Wundversorgung sei die Übertragung der Kriterien der EbM jedoch nicht anwendbar. Evidenzstufen lassen meist keine Aussage über die klinische Angemessenheit einer Studie zu. Kriterien der Angemessenheit sind u. a. die Bedeutung des Behandlungsziels und -verfahrens im Patientenalltag. So sollten Studienbedingungen auch die finanzielle Machbarkeit, sowie die Akzeptanz durch Patient und Arzt im klinischen Alltag berücksichtigen. Gemäß Aussagen des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin müssen Studienergebnisse auch außerhalb der jeweiligen Studienpopulation Anwendung finden. Die Aussagekraft einer bevölkerungsbasierten Beobachtungsstudie kann u. U. deutlich höher sein als bei einer randomisierten klinischen Studie. Bei der Übertragung von Ergebnissen der EbM bei der Wundversorgung muss die enorme Unterschiedlichkeit der Wundkonstellationen beachtet werden. Daher ist eine Standardisierbarkeit klinischer Behandlungssituationen bei Wunden kompliziert. Wundversorgung beruht auf Synthese von bestmöglicher Evidenz und individueller Bewertung. Evidenz geringerer Stufen ist kein ausreichender Grund für Rationierungsentscheidungen. „Man tue das Richtige, nicht das Billigste“ so das Fazit von Herrn Prof. Augustin.

In Leitlinien werden Orientierungshilfen im Sinne von "Handlungs- und Entscheidungskorridoren" gegeben. Leitlinien haben dabei die Aufgabe, das umfangreiche Wissen (wissenschaftliche Evidenz und klinische Praxiserfahrung) zu speziellen Versorgungsproblemen zu werten, gegensätzliche Standpunkte zu klären und unter Abwägung von Nutzen und Schaden das derzeitige Vorgehen der Wahl zu definieren (*Quelle: www.delbi.de*). Auch hydroaktive Wundaufgaben werden in entsprechenden Leitlinien zum The-

menfeld chronische Wunden thematisiert. So ist die Angabe von hohen Evidenzgraden für die Lokalthherapie mit hydroaktiven Verbänden bereits umgesetzt.

In der AWMF-S3-Leitlinie „**Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum**“ (Nr. 037/009) heißt es beispielsweise:

„Ein genereller Vorteil von Wundauflagen, die ein sogenanntes "feuchtes Wundmilieu" (feuchte Wundbehandlung) ermöglichen, **ist belegt**. Einigkeit herrscht allgemein über die Anwendung feuchthaltender Verbände und auch über die Notwendigkeit eines entsprechenden Gleichgewichts im Feuchtigkeitsgehalt des Verbandes. Es besteht zudem Evidenz, dass die Schmerzhaftigkeit venöser Ulzera unter hydrokolloidalen und Schaumstoff-Wundverbänden geringer ausgeprägt ist.“

("Evidenz"grad T1a Empfehlung A)

### 5.3. Betrachtung der Kosten des gesamten Behandlungsfalles

Wie bereits erwähnt, führt der Einsatz von hydroaktiven Wundversorgungsprodukten zu positiven qualitativen Effekten. Diese beziehen sich primär auf die Qualität der medizinischen Versorgung und auf die durch die Verkürzung der Behandlungsdauer hervorgerufenen patientenorientierten Auswirkungen. Der Wundheilungsprozess wird beschleunigt, Schmerzen sowie die Möglichkeit einer Wundinfektion werden verringert.

Legt man zudem den Maßstab der Kosteneffektivität an, haben die hydroaktiven Wundversorgungsprodukte einen weiteren Vorteil auf ihrer Seite. Alle bekannten Studien zeigen im Vergleich zur traditionellen Wundversorgung eine klare Tendenz zu einer verringerten Häufigkeit des Verbandwechsels pro Patient, einen tendenziell kürzeren Zeitbedarf pro Verbandwechsel sowie einen schnelleren Heilungsverlauf.

Stellt man die Kosten einer Behandlung mit traditionellen Produkten einer Behandlung mit hydroaktiven Wundversorgungsprodukten gegenüber, wird schnell die Überlegenheit der hydroaktiven Wundversorgung deutlich. Der Schwerpunkt liegt dabei in der Häufigkeit des Verbandwechsels, der einen intensiven Personaleinsatz erfordert. Bei einer Kostengegenüberstellung schlagen im ersten Schritt die höheren Materialkosten der hydroaktiven Wundversorgungsprodukte zu Buche. Dieser Tatbestand wird aber bei sachgemäßer Anwendung durch die lange Verweilzeit des Verbandes mehr als überkompensiert.

Ein solcher Kostenvergleich allein auf der Basis von Material- und Sachkosten ist leicht nachvollziehbar, da nur direkt zurechenbare Einzelkosten in das Entscheidungskalkül eingehen. Sind die durchschnittlichen Material- und Sachkosten pro Verbandwechsel für die verschiedenen Wundversorgungsmethoden bekannt, kann über die Anzahl der notwendigen Verbandwechsel auf die gesamten Material- und Sachkosten pro Patient geschlossen werden. Dazu kommt die Arbeitsentlastung der Person, die den Verband wechselt.

Als Schlussfolgerung aus einer entsprechenden Kostenbetrachtung ist zu ziehen, dass eine alleinige Orientierung an Stückpreisen ökonomisch nicht sinnvoll ist. Eine solche kurzfristige Betrachtungsweise führt zu Fehlverhalten und Fehlsteuerungen. Notwendig ist die Betrachtung der gesamten Therapiekosten pro Fall.

Alle Verbrauchsanalysen, Effektivitäts- und Effizienzberechnungen sowie Kostenvergleiche sind abhängig von der individuellen Arbeitsweise des betreffenden Pflegepersonals. Darüber hinaus stehen sie auch in Abhängigkeit zu der jeweiligen Wundgegebenheit, dem Allgemeinzustand des Patienten und den Besonderheiten des jeweiligen Einzelfalles.

## 5.4. Kostenermittlung

Zu Beginn des Kostenvergleichs steht die Frage, welche Kostenfaktoren mitgerechnet werden können und müssen. Auch ist zu definieren, wie eine Vergleichbarkeit der Kosten erzielt werden kann. Bei der Kostenermittlung können z. B. Personalkosten, Kosten für Verbandmaterialien, Kosten für Wundtherapeutika und die Kosten für Reinigungs- und Verbrauchsmittel einbezogen werden.

Faktoren wie eine verbesserte Lebensqualität, Erhalt der Arbeitsfähigkeit, eine frühere Reintegration sowie der damit abgewendete bzw. verminderte volkswirtschaftliche Schaden sind zwar maßgebend für den betroffenen Versicherten, spielen jedoch in der Diskussion um die Kosten im Gesundheitswesen leider keine Rolle.

Die Ermittlung der Materialkosten kann in der Form von durchschnittlichen Apothekenabgabepreisen auf Kassenrezept erfolgen. Die Ermittlung des Materialverbrauchs für jeweils einen traditionellen und einen hydroaktiven Verbandwechsel, d. h. die Erfassung von Art und Menge der beschriebenen Artikel, kann auf der Basis pflegerischer Standards erfolgen.

Parallel dazu muss die Vergütung für die Personen, die den Verbandwechsel vornehmen, erfasst werden, da die "Personalkosten" erheblich zu den Gesamtkosten beitragen. So kann auf der Basis von Pauschalvergütungen, die z. B. zwischen Krankenkassen und ambulanten Pflegediensten ausgehandelt sind, der Personalkostenfaktor pro Verbandwechsel kalkuliert werden.

## 5.5. Kostenvergleich

### 5.5.1. Material- und Personalkosten

Ein Vergleich der durchschnittlichen Kosten im ambulanten Bereich zeigt deutliche Vorteile der hydroaktiven Wundversorgung gegenüber einer traditionellen Versorgung. Unter Berücksichtigung der gemachten Ausführungen werden bei den folgenden Tabellen im ersten Schritt die "**Durchschnittlichen Materialkosten pro Wundverband**" modellhaft kalkuliert.

Tabelle 1: Ermittlung der **Materialkosten** für den jeweiligen Wundverband

Material*	Menge pro Verband	Konventioneller Verband	Hydroaktiv-Verband
Kompressen 10 x 10 cm, steril	5 x 2 Stück (durchschn. 1,62 €)	0,97 €	0,97 €
Wundtherapeutikum	5 g	2,10 €	-----
Fettgaze 10 x 10 cm	1 Stück	2,27 €	-----
Fixiervlies Stretch 10 cm breit	25 cm	0,54 €	-----
Hydroaktivverband ca. 10 x 10 cm	1 Stück	-----	8,80 €
<b>Kosten pro Verbandwechsel</b>		<b>5,88 €</b>	<b>9,77 €</b>

\* Quelle: Eigene Berechnungen/Erstattungspreise der Ersatzkassen inkl. MwSt. gem. Lauer-Taxe vom 15.04.2011

Bei der alleinigen Betrachtung der Materialkosten pro Wundverband, sind die Kosten bei der Verwendung von konventionellen Produkten um fast 40 % niedriger. Allerdings müssen in der Wirtschaftlichkeitsanalyse zusätzlich die Frequenzen des Verbandwechsels berücksichtigt werden, also die Therapiekosten.

Tabelle 2: **Therapiekosten** der Versorgung chronischer Wunden in der häuslichen Krankenpflege\*

	Konservative Therapie	Hydroaktive Wundversorgung
Materialkosten je Wundverband	5,88 €	9,77 €
Personalkosten* (Behandlungspflege)	10,83 €	10,83 €
Verbandwechsel-Häufigkeit pro Woche	7	3
<b>Kosten gesamt je Woche</b>	<b>116,97 €</b>	<b>61,80 €</b>

\* Quelle: Modellhafter durchschnittlicher Abrechnungspreis für einen Verbandwechsel (ggf. inkl. Wegepauschalen) gem. § 132 a 2 SGB V für Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Errechnet aus Vereinbarungen aus Bayern, Brandenburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz.

Die oben genannten Berechnungen ergeben eindeutig, dass die Verwendung hydroaktiver Wundversorgungsprodukte trotz höherer Materialstückkosten zu einem rechnerischen Gesamtkostenvorteil von ca. 47 % führt. Würde man in diese Kalkulation noch weitere Kostenfaktoren, wie der Schmerzmittel- bzw. Antibiotikaverbrauch, einkalkulieren, ergäbe sich ein noch höherer Gesamtkostenvorteil für die hydroaktive Wundversorgung.

### 5.5.2. Gesundheitsökonomische Evaluationen

Pharmakoökonomische Evaluationstechniken, wie z. B. die Kosten-Effizienz- oder die Kosten-Nutzwert-Analyse sind auf dem Gebiet der Versorgung chronischer Wunden eher selten. Die Kostendaten einer vergleichenden Studie aus dem Jahr 1999 (siehe Tabelle 3) sind nach wie vor aktuell und aussagekräftig, auch was die Methodik angeht. Die Vorteile der hydroaktiven Wundversorgung gegenüber einer traditionellen Behandlung konnten gezeigt werden, wobei Faktoren wie Lebensqualität und Wirtschaftlichkeit ebenfalls Berücksichtigung fanden.

Tabelle 3: Kosten, klinisches Resultat und Kostenanalyse von Fettgaze-Verbänden (n = 11) und Hydrokolloid-Verbänden (n = 14)

	Fettgaze-Verband	Hydrokolloid-Verband
<b>Direkte Kosten je Patient (Euro<sup>12</sup>)</b> je Woche Behandlungszeitraum (6 Monate)	120,00 € 1.871,94 €	90,19 € 1.289,38 €
<b>Resultat</b> Mittlere Heilungsdauer (in Wochen)	15,6	14,3
Verkleinerung des Ulcus-Durchmessers (in cm)	7,6	8,4
Verringerung der Schmerzen (in %)	68,0	70,3
Verbesserung der Lebensqualität (in %)	35,0	37,6
<b>Kosten-Effizienz-Analyse</b> Kosten je cm Verkleinerung des Ulcusdurchmessers (Euro)	246,29 €	153,49 €
Kosten je 10%ige Verringerung der Schmerzen (Euro)	275,28 €	183,40 €
<b>Kosten-Nutzwert-Analyse</b> Kosten je 10%ige Verbesserung der Lebensqualität (Euro)	534,86 €	343,38 €

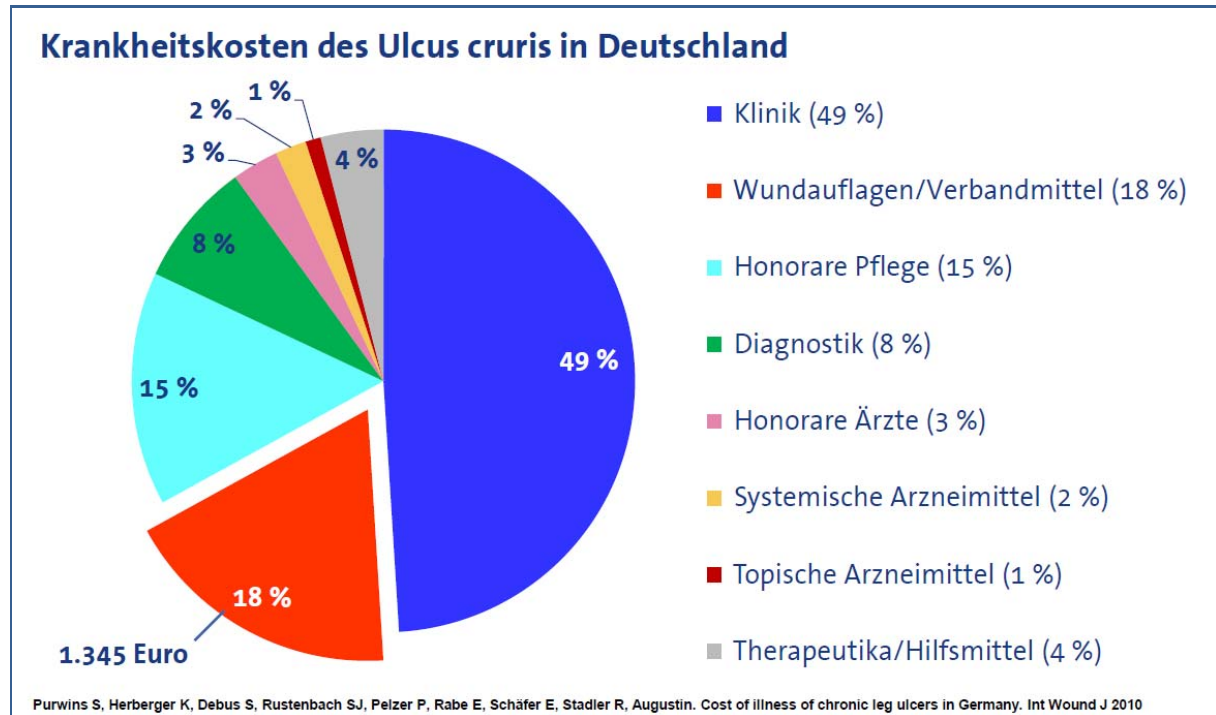
<sup>12</sup> Die DM-Beträge wurden in Euro umgerechnet.

Quelle: Augustin et al.: Chronic leg ulcers: cost evaluation of two treatment strategies; in: Journal of Dermatological Treatment, 1999, 10 (Suppl. 1), S21-S25.

### 5.5.3. Krankheitskosten

Am Beispiel des Ulcus cruris venosum wurden in deutschen Wundzentren folgende Krankheitskosten für die gesetzliche Krankenversicherung festgestellt. Im Schnitt (n=218) betragen die mittleren Gesamtkosten pro Patient und Jahr ca. 9.570 €. Dabei entstanden der GKV Kosten in Höhe von ca. 7.330 €.<sup>13</sup>

Darstellung der Kosten bei der Behandlung des Ulcus cruris in Deutschland in Prozent:



(1.345 Euro = Durchschnittliche Kosten für Wundauflagen/Verbandmittel pro Patient und Jahr)

## 6. Zusammenfassung

Gerade die Versorgung von chronischen Wunden stellt eine Herausforderung für die Medizin und Pflege dar. Berücksichtigt werden muss, dass die Patienten zurzeit zwischen 6 Monaten und bis zu 6 Jahren behandelt werden und somit Gesamtkosten in Höhe von ca. 3 - 4 Milliarden Euro pro Jahr verursachen. Durch Prävention und den Einsatz von hydroaktiven Wundverbänden kann eine Reduzierung von bis zu 1,5 Milliarden Euro pro Jahr erreicht werden.

Das Ziel, hydroaktive, phasengerechte Wundversorgung als Standard in der Medizin und Pflege, wie in anderen europäischen Staaten bereits festgelegt, zu etablieren, ist in Deutschland noch nicht erreicht. Angesichts von zurzeit ca. 4 Millionen Patienten mit chronischen Wunden und einer deutlichen Zunahme auf Grund der demographischen Entwicklung und Umstellung der Krankenhausfinanzierung mit der damit verbundenen Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer ist es aus therapeutischen und gesundheitsökonomischen Gründen notwendig, die hydroaktive, phasengerechte Wundversorgung in ihrer Umsetzung sowohl stationär als auch ambulant zu fördern.

Qualitative Effekte und nachgewiesene Effizienz von Wundmanagement mit hydroaktiven Auflagen bedeuten für die Patienten eine Förderung der Lebensqualität und einen schnelleren Heilungsverlauf. Jeder Patient hat Anspruch auf eine Versorgung nach dem neuesten Stand der Medizin, Wissenschaft und Technik. Die hydroaktive Wundversorgung sollte einen schnelleren und problemloseren Zugang in die vertragsärztliche Behandlung finden. Auch wenn die Vertragsärzte den Einsatz moderner Wundver-

<sup>13</sup> Purwins S, Herberger K, Debus ES, Rustenbach SJ, Pelzer P, Rabe E, Schäfer E, Stadler R, Augustin M: Cost-of-illness of chronic leg ulcers in Germany. International Wound Journal Volume 7, Issue 2, April 2010

sorgungsprodukte wünschen, stehen diesem Wunsch oftmals rechtliche bzw. abrechnungstechnische Hürden im Weg. Die Bildung von Preiskorridoren oder generischen Preisgruppen innerhalb der Produktgruppen ist nicht sinnvoll. Nicht die Produkte, sondern die Prozesse müssen verbessert werden.

In den Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege sind die hydroaktiven Wundverbände bei der Therapie von Dekubitus sogar vorgesehen. Auch die veröffentlichten evidenzbasierten Leitlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft zur Behandlung des diabetischen Fußes sowie die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie zur Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum empfehlen die hydroaktive Wundversorgung. Ein klares Zeichen, dass hydroaktive Wundversorgung dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis entspricht.

Neben den Grund- und den Begleiterkrankungen sind weitere Parameter für den Heilungsverlauf von großer Bedeutung. Die (Co-)Medikationen, die Auswahl der richtigen Wundaufgaben in Abhängigkeit vom Zustand der Wunde, und die Compliance der Patienten haben einen großen Einfluss auf den Therapieerfolg.

#### **Grundsatzstellungnahme des MDS zur Dekubitustherapie und Wirtschaftlichkeit:**

In vorliegenden Studien zeigt sich eine deutliche Tendenz zu einem selteneren Verbandwechsel mit gleichzeitig geringerem Zeitaufwand für den einzelnen Verband bei feuchter Wundbehandlung mit konfektionierten Produkten in Vergleich zu herkömmlichen Verbänden (trockene bzw. Salbenverbände).

Zur Einschätzung des Pflege- und Behandlungsaufwandes für die Wundversorgung bei einem bestehenden Dekubitus, sind folgende Indikatoren von Bedeutung:

- > Art und Verwendungsmöglichkeit der Materialien,
- > Häufigkeit des Verbandwechsels,
- > Zeitbedarf pro Verbandwechsel,
- > Durchschnittliche Dauer der Gesamttherapie bis zur vollständigen Abheilung.

*Quelle: MDK/MDS-Grundsatzstellungnahme Dekubitus – Medizinisch-pflegerische Grundlagen, Prophylaxe und Therapie, Bearbeitung von Behandlungs-/Pflegefehlervorfällen, Juni 2001*

## **7. Literatur**

**Arzneimittel-Richtlinie (AMR)/Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung**, <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/3/>

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie/AMR: Verordnungsfähigkeit von Medizinprodukten vom 15.05.2008

[http://www.g-ba.de/downloads/39-261-675/2008-05-15-AMR-Medizinprodukte-Verordnung\\_BAnz.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/39-261-675/2008-05-15-AMR-Medizinprodukte-Verordnung_BAnz.pdf)

Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie/AMR: Verordnungsfähigkeit von Medizinprodukten vom 15.05.2008

[http://www.g-ba.de/downloads/40-268-619/2008-05-15-AMR-Medizinprodukte-Verordnung\\_TrG.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/40-268-619/2008-05-15-AMR-Medizinprodukte-Verordnung_TrG.pdf)

**Bonner Venenstudie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie – Epidemiologische Untersuchung zur Frage der Häufigkeit und Ausprägung von chronischen Venenkrankheiten in der städtischen und ländlichen Wohnbevölkerung.** Rabe, E. et al. Phlebologie 32, Heft 1/2003, S. 1 - 14

**CEPTON-Studie: Nutzen durch Innovation**, [www.cepton.de/studien/nutzen-durch-innovation](http://www.cepton.de/studien/nutzen-durch-innovation)

**Chronic leg ulcers: cost evaluation of two treatment strategies.** Augustin, M. et al. Journal of Dermatological Treatment (1999) 10 (Suppl. 1), S21 - S25

**Cost-of-illness of chronic leg ulcers in Germany.** Sandra Purwins, Katharina Herberger, Eike Sebastian Debus, Stephan J. Rustenbach, Peter Pelzer, Eberhard Rabe, Elmar Schäfer, Rudolf Stadler, Matthias Augustin, International Wound Journal Volume 7, Issue 2, April 2010

**Dekubitus.** Themenheft 12, Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 07/02, Dezember 2002

**Dekubitus im DRG-System.** von Reibnitz, C. Heilberufe Spezial (2005): Dekubitus, S. 72 - 73

**Der Einfluss des Apothekers auf die Therapie chronischer Wunden.** Marc Schmidt, 2010  
<http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2010/0754/pdf/dms.pdf>

**DRG: Fallpauschalen-Katalog 2011,** [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)

**Diagnostik, Therapie, Verlaufskontrolle und Prävention des diabetischen Fußsyndroms.** Scherbaum WA, Haak T (Hrsg.). Evidenzbasierte Leitlinie der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG), Mai 2008.  
[http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/leitlinien/EBL\\_Fusssyndrom\\_Update\\_2008.pdf](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/leitlinien/EBL_Fusssyndrom_Update_2008.pdf)

**Die Vernetzung chirurgischer Wundzentren mit Hilfe eines neuen EDV-Dokumentationssystems.** Pfeffer, F. et al. Der Chirurg, Vol. 72, 12/2001; S. 1458 - 1463

**Economic Evaluation of the Treatment of Chronic Wounds.** Bergemann, R. et al. Pharmacoeconomics, 16, (4), 1999, 368 - 377

**Ein neues Vergütungsmodell für die vertragsärztliche Versorgung.** Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Sonderdruck "Deutsches Ärzteblatt – Ärztliche Mitteilungen", 93. Jg. Heft 36, 06.09.1996, S. 3 ff.

**Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)** in der aktuellen Fassung, [www.kbv.de](http://www.kbv.de)

**Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Kommentierung und Literaturanalyse.** DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). März 2008

**Grenzen überschreiten. Integrierte Versorgung unterstützt modernes Wundmanagement.** von Reibnitz, C. Doppelpunkt, (3), 08, 2004, S. 12 - 14

**Hydrocolloid versus saline-sauze dressings in treating pressure ulcers: A cost-effectiveness analysis.** Xakellis, G. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, Vol. 73, May 1992, S. 463

**Leitlinie Dekubitus 2003, Ulcus cruris 2003.** ICW – Initiative Chronische Wunden (Hrsg.)  
[www.icwunden.de](http://www.icwunden.de)

**Leitlinie Dekubitusprävention Version 11/01.** Wissensnetzwerk [evidence.de](http://evidence.de) der Universität Witten/Herdecke<sup>©</sup>

**MDK/MDS-Grundsatzstellungnahme Dekubitus: Medizinisch-pflegerische Grundlagen, Prophylaxe und Therapie, Bearbeitung von Behandlungs-/Pflegefehlervorwürfen,** Juni 2001

**Ökonomie und Ethik – Ein Widerspruch bei chronischen Wunden?** Pelka, R. B. Phlebologie 27, Heft 5/1998, S. 147 - 151

**Ökonomische Aspekte fehlerhafter Prävention und Therapie chronischer Wunden – eine erschreckende Bilanz.** Schimmelpfennig, M. Deutsches Wundjournal, Ausgabe 1/97, S. 3 ff.

**Qualität und Kosten in der chronischen Wundversorgung – Widerspruch oder vereinbar?** H. Janßen, R. Becker. Orthopädie Technik, 12/08, S. 920 - 924

**Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)**

in der Neufassung vom 17.09.2009, Bundesanzeiger vom 09.02.2010 (Beilage), in Kraft getreten am 10.02.2010, zuletzt geändert am 21.10.2010, Bundesanzeiger vom 14.01.2011, S. 140, in Kraft getreten am 15.01.2011, <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/11/>

**Richtlinie über Medizinprodukte 93/42/EWG**

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31993L0042:DE:HTML>

**Sozialgesetzbuch** in der aktuellen Fassung, [http://www.gesetze-im-internet.de/Teilliste\\_S.html](http://www.gesetze-im-internet.de/Teilliste_S.html)  
[http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb\\_5/gesamt.pdf](http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf)

**Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden in Deutschland – Ergebnisse einer Umfrage bei niedergelassenen Ärzten.** Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH, Kiel. IGSF-Schriftenreihe Band II, Februar 2007

**Vierlagen-Kompressionssystem im Vergleich zur Kurzzugkompression beim Ulcus cruris venosum.** Ukat, A. et al. Fortschritte der Medizin, 120. Jg., II - III, 2002, S. 91 - 98



BVMed – Bundesverband  
Medizintechnologie e. V.  
Reinhardtstr. 29 b, 10117 Berlin  
Tel.: +49 (0)30 246 255-0  
Fax: +49 (0)30 246 255-99  
[www.bvmed.de](http://www.bvmed.de)