

MedTech ambulant № 04/10

30. Dezember 2010; Auflage: 1040 Stück

Aktuelles zur Versorgung chronischer Wunden

Fortbildung für Arzthelferinnen

Im Dezember erhielten die ersten zwölf medizinischen Fachangestellten (Arzthelferinnen) ihr Abschlusszeugnis als **Entlassende Versorgungs-Assistentin (EVA)**. Das Curriculum der berufsbegleitenden Fortbildung beinhaltet Case-Management, Notfallmanagement, Gesundheits- und Präventionsmanagement, Telemedizin, Sozialrecht, Besuchs- sowie Wundmanagement und Geriatriisches Basis-Assessment. „Gerade vor dem Hintergrund der zurückgehenden Arztlizenzen ist die EVA eine wichtige Ergänzung und Entlastung“, betont KVWL-Vorstand Dryden. Kammer-Vizepräsident Reinhardt bedauert jedoch, dass man sich zwar mit den Krankenkassen auf die Delegation von Leistungen auf Praxismitarbeiterinnen einigen konnte, die Abrechnung und Honorierung ihrer Arbeit aber immer noch in der Schwebe sei. (Gemeinsame **Pressemitteilung** der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe vom 02.12.2010)

Einsatz von Medizinprodukten gemäß Klassifizierung

Medizinprodukte unterliegen strengen Regularien auf deutscher und internationaler Ebene. Für jedes Medizinprodukt werden in der klinischen Bewertung Leistung, Sicherheit und der therapeutische Nutzen bewertet. Die klinische Bewertung ist Bestandteil der Technischen Dokumentation, welche die Eigenschaften sowie die erlaubte Verwendung des jeweiligen Medizinproduktes beschreibt. Die vorliegende Zweckbestimmung ist strikt vom Anwender einzuhalten. Bei Zuwiderhandlung trägt der Anwender das Haftungsrisiko. Vgl. **Richtlinie über Medizinprodukte 93/42/EWG**. Anfang 2011 veröffentlicht der BVMed unter www.bvmed.de/publikationen/Infokarten_Merkblaetter/ ein Informationsblatt zur Klassifizierung.

Internationaler Vergleich

Grundsätzlich hat die moderne Wundversorgung in Deutschland generell zu wenig Verbreitung im internationalen Vergleich. In Großbritannien werden mehr als 50 % der Wunden hydroaktiv versorgt, in Deutschland hingegen nur 30 % (Quelle: IMS HEALTH GmbH & Co. OHG). Als Grund hierfür sind u. a. mangelnde Kenntnisse, festgefahrene Therapieschemata und fehlende Leitlinien sowie Angst vor Richtgrößenüberschreitung oder Schwierigkeiten mit den Krankenkassen anzusehen.

Rolle der evidenz-basierten Medizin

Auf der BVMed-Wundversorgungsveranstaltung im September 2010 äußerte sich Herr Prof. Dr. Matthias Augustin (Leiter der Hochschulambulanz für Wunden und entzündliche Hauterkrankungen, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) 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.

Strukturierte Behandlungsmodelle

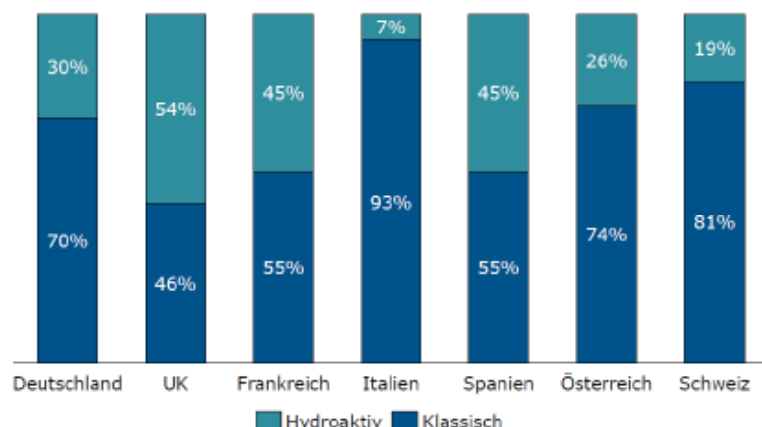
Allgemein haben neue Versorgungsformen, insbesondere die Integrierte Versorgung, derzeit bedauerlicherweise einen Rückgang zu verzeichnen. Grund dafür ist in erster Linie, dass alle Anstrengungen der Kassen darauf gerichtet sind, einen Zusatzbeitrag zu vermeiden. Das heißt: Die Kassen werden kurzfristig eher buchhalterisch, fixiert auf Ausgabendeckung im jeweiligen Budgetjahr, kalkulieren. Das sind Rahmenbedingungen, die alles in allem keine Anreize zu strukturellen Reformen setzen, die längerfristige Investitionen erfordern.

Als positives Beispiel für strukturierte Behandlungsmodelle in der Wundversorgung ist das **Kompetenznetz Mittlerer Oberrhein (MOR)** zu nennen. Hier wird der Aufbau einer Infrastruktur, die eine transparente, qualitätsgesicherte Versorgung von multi-

morbiden Patienten oder Patienten mit chronischen Wunden vorangetrieben, wobei durch den Aufbau eines interdisziplinären Teams die Strukturqualität mit der Integration verschiedener Tätigkeiten und Leistungen verbessert wird. Das Kompetenzzentrum MOR ist ein klassisches Case Management Konzept, um die Pflege der Patienten optimal zu gestalten. Verbindliche Leitlinien und Behandlungspfade, Verwendung feuchter, phasenadaptierter Wundauflagen und der Einsatz eines Case Managers führt zu einer signifikanten Verbesserung der Ergebnisse im medizinisch-pflegerischen und ökonomischen Bereich.

Ein IV-Vertrag nach § 140 a SGB V, der die Verantwortlichkeiten zwischen den Beteiligten regelt, ist nicht dringend erforderlich.

Höhere Anteile Hydroaktiver Wundversorgung als in Deutschland: UK, Frankreich, Spanien



Quelle: div. Internationale IMS Pharmatrend Datenbanken, MAT 2010-06