

Die Unternehmen der
Medizintechnologie :
www.bvmed.de

Informationsbroschüre
Wirtschaftlichkeit und Gesundheitspolitik

Einsatz von hydroaktiven Wundauflagen

© Copyright by
BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e. V.
Januar 2015

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

Wirtschaftlichkeit und Gesundheitspolitik: Einsatz von hydroaktiven Wundauflagen

Vorwort

Innovative Therapiekonzepte benötigen fundierte, anerkannte wissenschaftliche Argumente, um sich **im medizinisch-pflegerischen Alltag** durchzusetzen. Ca. 50 Jahre nach ihrer Entwicklung werden die Therapiekonzepte für hydroaktive Wundversorgung zunehmend auch auf breiter Ebene angewandt.

Erkenntnisse aus der Praxis der Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden sind wenig systematisch vorhanden. Das Versorgungssegment steht weder in der Versorgungsforschung, noch in der Behandlungspraxis der Medizinberufe und auch nicht bei den Krankenkassen im Fokus flächendeckender, effektiver und stringenter Behandlungsstrategien. Dennoch sind die damit verbundenen Einzelschicksale Betroffener schwerwiegend und mit langen Behandlungs- und Schmerzkarrieren im ambulanten, stationären und pflegerischen Bereich verbunden.¹ Aufgrund der aktuellen gesundheitspolitischen und demographischen Veränderungen gewinnen Effektivität und Wirtschaftlichkeit der Wundversorgung zunehmend an Bedeutung.

Für den Einsatz hydroaktiver Wundauflagen haben Fachgesellschaften, Kostenträger und Expertengremien bereits Richt- und Leitlinien verabschiedet, die deren Einsatz 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). Eine Metaanalyse von Prof. Augustin et alii² zeigt zudem klar eine statistisch signifikante überlegene Wirksamkeit von modernen Wundauflagen im Vergleich zu konventionellen Wundauflagen bei Patienten mit chronischen Wunden.

In Deutschland leiden etwa zwei Millionen Menschen an chronisch offenen Wunden. Verschiedenen Berechnungen zufolge liegt die Prävalenzrate bei 2,5 bis 3 %.^{1, 3} Neben Ulcus cruris, Dekubitus und dem Diabetischen Fuß gibt es zahlreiche weitere Indikationen der Wundversorgung, die eine Versorgung mit hydroaktiven Wundauflagen benötigen. Am Beispiel diabetischer Fuß zeigen sich die Folgen unzureichender Wundversorgung. Diese Krankheit führt allein in Deutschland zu jährlich ca. 60.000 Amputationen.^{4, 5} Diese Amputationen sind in der Folge mit hohen Kosten für die weitere Versorgung der Patienten verbunden – mehr als ein Drittel der amputierten Patienten weisen ein hohes Risiko auf, zum Pflegefall zu werden.

Insgesamt führt eine unzureichende Versorgung von chronischen Wunden zu längeren Behandlungszeiten für die Patienten, verminderter Lebensqualität und Schmerzen, Polymedikation durch zusätzliche Schmerzmittel, dadurch bedingte Mehrkosten für das Gesundheitssystem und durch den damit verbundenen Arbeitsausfall, schließlich zu vermeidbaren volkswirtschaftlichen Schäden. 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 informiert über die wichtigsten sozial(versicherungs)rechtlichen, medizinisch-pflegerischen und wirtschaftlichen Aspekte der Wundversorgung. Für die aktive Unterstützung bei der Überarbeitung der Broschüre bedanken wir uns u. a. bei Dr. Johannes Georg Böttrich (B. Braun Melsungen AG), Uwe Drechsler (Mölnlycke Health Care GmbH), Dr. Christine von Reibnitz (Dr. Ausbüttel & Co. GmbH), Dr. Horst Braunwarth, Hauke Siemonsen und Stefan Weidenauer (Coloplast GmbH).

Berlin, Januar 2015

¹ Welt der Krankenversicherung 1/15, S. 15

² Heyer et. al., 2013

³ Janßen/Becker, 2008

⁴ Heller et al., 2005

⁵ Rümenapf et al., 2010

Inhalt

	Seite
1. Einleitung	6
1.1 Aktuelle Versorgungssituation	6
1.2 Differenzierung unterschiedlicher Wundversorgungsarten	7
1.2.1 Traditionelle Wundversorgung	7
1.2.2 Hydroaktive Wundversorgung	8
1.2.3 Aktive Wundversorgungsprodukte	8
1.2.4 Weitere Formen der modernen Wundversorgung	8
1.3 Gruppen hydroaktiver Wundversorgungsprodukte	8
1.4 Verbandmitteldefinition	9
2. Medizinische und pflegerische Aspekte der hydroaktiven Wundversorgung	9
2.1 Der Einsatzbereich hydroaktiver Wundversorgungsprodukte	9
2.2 Bedeutung des feuchten Wundmilieus für die medizinische Versorgung	10
2.3 Qualitative Wirkungseffekte	10
2.4 Expertenstandard Chronische Wunde	11
2.5 Pflegeaufwand und Pflegekosten	11
2.6 Wunddokumentation	11
2.6.1 Wunddokumentation durch den Arzt	11
2.6.2 Wunddokumentation in der Pflege	12
2.7 Qualifikation der Akteure	13
2.7.1 Qualifikation der Ärzte und Pflegefachkräfte in der Wundversorgung	13
2.7.2 Medizinprodukteberater	14
2.8 Wundversorgung durch nichtärztliche Berufe	14
2.8.1 Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliches Personal (Pflegepersonal) nach § 63 Abs. 3c SGB V	14
2.8.2 Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung	15
2.8.3 Arztentlastende Versorgungsangebote (AGnES, VERAH etc.)	15
2.9 Palliativversorgung	16
3. Bestimmungsgemäßer Gebrauch von Medizinprodukten	17
4. Hydroaktive Wundversorgung aus sozial(versicherungs)rechtlicher Perspektive	19
4.1 Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen in der Wundversorgung	19
4.2 Abgrenzung des SGB V zum Medizinproduktegesetz	20
4.3 Kostenübernahme von hydroaktiven Wundaufgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung	21
<i>Exkurs: Wundversorgung in der privaten Krankenversicherung</i>	22
4.4 Kostenübernahme der Wundversorgung durch Pflegekräfte	22
4.5 Hydroaktive Wundtherapie in der vertragsärztlichen Versorgung	22
4.5.1 Trennung der Facharzt- und Hausarztvergütung	23

4.5.2	Vergütung der Wundbehandlung im EBM	24
4.5.3	Hausärzte erhalten gemäß EBM einen Chronikerzuschlag	24
4.5.4	Praxisbesonderheiten	25
4.6	Hydroaktive Wundversorgungsprodukte im Sprechstundenbedarf	26
4.7	Wundversorgung und Wirtschaftlichkeitsprüfung	26
4.7.1	Wirtschaftlichkeitsprüfung	27
4.7.2	Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss	27
4.7.3	Wie wird das Verordnungsbudget des Arztes ermittelt?	27
4.7.4	Richtgrößen und Richtgrößenvolumen	27
4.7.5	Praxisbesonderheiten bei Richtgrößen	28
4.8	Patienten-Compliance	29
4.9	Wundversorgung und DRGs	30
4.10	Verweildauer	31
4.11	Neue Versorgungsformen und Selektivverträge	32
4.11.1	Integrierte Versorgung	32
4.11.2	Gesetzgeberische Entwicklungen in der integrierten Versorgung	32
4.11.3	Integrierte Versorgung in der Behandlung chronischer Wunden	33
4.11.4	Realisierung von Verträgen zur integrierten Versorgung	33
4.11.5	Beispiel Kompetenznetz Mittlerer Oberrhein (MOR)	33
4.11.6	Studie belegt Kostenersparnis bei moderner und fallgesteuerter Behandlung	33
4.12	Hausarztzentrierte Versorgung	34
4.13	Wundambulanzen und Wundzentren	35
4.14	Ambulantes Operieren	35
5.	Wirtschaftliche Aspekte der hydroaktiven Wundversorgung	35
5.1	Innovation und Nutzen	35
5.2	Neue Metaanalyse verbessert bestehende Evidenz und belegt nachhaltig die besseren Heilungschancen durch hydroaktive Wundauflagen	35
5.3	Betrachtung der Kosten des gesamten Behandlungsfalles	36
5.4	Kostenermittlung	37
5.5	Kostenvergleich	37
5.5.1	Material- und Personalkosten	37
5.5.2	Gesundheitsökonomische Evaluationen	38
5.5.3	Krankheitskosten	39
6.	Zusammenfassung	40
7.	Literatur	41
8.	Abkürzungsverzeichnis/Glossar	43
Anhang 1:	EBM 2015 – Ziffern Wundbehandlung mit Leistungsinhalt	46
Anhang 2:	GOÄ – Gebührensätze Wundversorgung, Fremdkörperentfernung	50

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 Problemwunden belastet sind, die zudem eine große Anzahl zusätzlicher Krankheitsbilder aufweisen. Um die Wunden in einem akzeptablen Zeitraum zur Abheilung zu bringen, hat sich hierfür die moderne Wundbehandlung unter Einsatz adäquater hydroaktiver Wundauflagen bewährt.

Hydroaktive Wundversorgung ist bereits seit ca. 50 Jahren wissenschaftlich untersucht und anerkannt. Als Folge entwickeln die medizinisch-wissenschaftliche Forschung und die Medizinprodukte-Industrie 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) Verbandwechsel
- > Prävention
- > Reduzierung der Keimbelastung von Wunden

Im Folgenden wird unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, sozial(versicherungs)rechtlicher und wirtschaftlicher Aspekte dargelegt, warum innovative Behandlungsmethoden mit hydroaktiven Wundversorgungsprodukten die bisherigen traditionellen Therapien der Wundbehandlung in bestimmten Einsatzbereichen ablösen können. Sie sind im Hinblick auf die Gesamtbehandlungskosten günstiger. Wesentlich für den Therapieerfolg sind jedoch die Kenntnis und die Beachtung der einzelnen Wundheilungsphasen. Jedes Stadium der Wundheilung stellt 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)⁶, 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 %), eine unzureichende Abbildung im EBM (49 %), die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen (43 %) und eine Ablehnung durch die Krankenkassen (33 %) genannt.

Um eine flächendeckende bedarfsgerechte Wundversorgung zukünftig sicherzustellen, hielten 66 Prozent der befragten Ärzte eine Modifizierung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für eine erforderliche Maßnahme. Etwa 60 Prozent waren der Ansicht, dass die Berücksichtigung der Versorgung chronischer Wunden als Praxisbesonderheit innerhalb der Richtgrößen eine geeignete Maßnahme wäre. Bis heute sind diese umfassenden Anpassungen im EBM nicht berücksichtigt worden.

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 Vier-

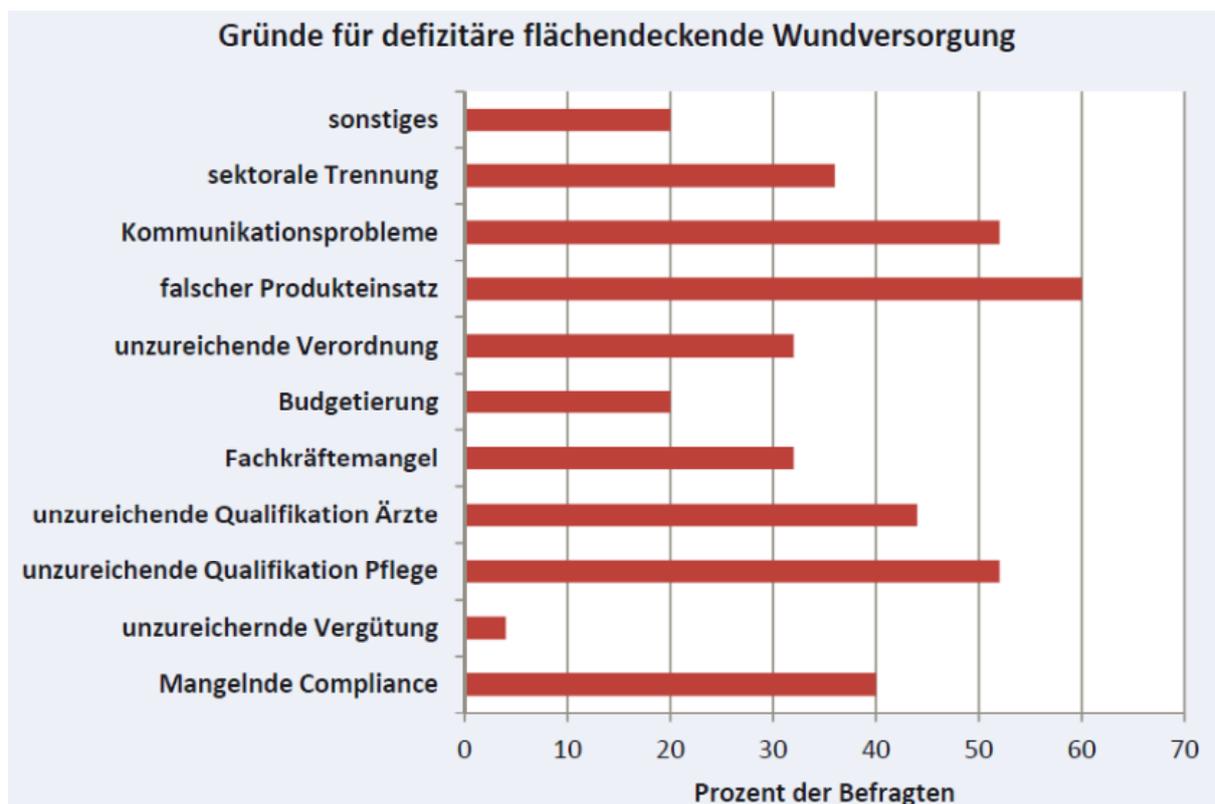
⁶ Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden in Deutschland – Ergebnisse einer Umfrage bei niedergelassenen Ärzten. IGSF-Schriftenreihe Band II, Februar 2007

tel 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 Patientencompliance durch die Verwendung moderner Wundversorgungsprodukte sehen sogar beinahe 90 Prozent der befragten Ärzte.

Der überwiegende Teil der teilnehmenden Ärzte (87,4 %) 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.⁷ 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.

In einer Umfrage aus 2014 bei den gesetzlichen Krankenkassen⁸ wird die derzeitige Versorgungssituation auf folgenden Punkte zurückgeführt:

- > Defizitäre Aufklärung, Beratung, Schulung, Wissen
- > Defizitäre Kooperation und Kommunikation
- > Defizitäre Diagnostik, Therapie, Kompetenz und Patientenziele
- > Fehlende Flächendeckung und Ressourcen
- > Möglichkeiten können/dürfen nicht genutzt werden (Kassenleistungsbegrenzung)



Quelle: Welt der Krankenversicherung 1/15, S. 19

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 austrock-

⁷ www.bvmed.de/publikationen/broschueren-moderne-wundversorgung – Download Abstract IGSF-Umfrage

⁸ Rolf Stuppardt, Welt der Krankenversicherung 1/15, www.bvmed.de/wdk-chronische-wunden

nen 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 ideal 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. Dieses Prinzip wurde seitdem in vielfältigen Ausprägungen konsequent weiter entwickelt.

1.2.3 Aktive Wundversorgungsprodukte

Als "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.⁹

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 – NPWT) und die Elektrostimulation der Wunde.

Bei der Unterdruck-Wundtherapie handelt es sich um eine Wundbehandlung in einem geschlossenen System 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 den erzeugten Sog werden die Wundränder zusammengezogen, Exsudat und infektiöses Material entfernt und Ödeme reduziert. Die Unterdruck-Wundtherapie schafft eine geschützte Wundumgebung und bietet ein ideal feuchtes Wundmilieu.

Die Elektrostimulation der Wunde **ist eine synergetische Kombination von feuchter Wundbehandlung und kontrollierten, physiologischen 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 Metaanalyse 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 (-therapien). Sie werden phasengerecht in allen Wundheilungsstadien eingesetzt:

- > Alginat
- > Hydrokolloide
- > Hydrogele
- > Hydrofaser (Hydrofiber)
- > Schaumverbände
- > Polymere/Hydropolymere
- > Folien

⁹ Definition nach Prof. Dr. med. Joachim Dissemond, Universitätsklinikum Essen

- > Nichthaftende Wundauflagen
- > Aktivkohle-Wundauflagen
- > Wundspülende Verbände
- > Antimikrobielle Wundauflagen (z. B. mit Silber oder Polyhexanid)
- > Kollagenhaltige Wundauflagen
- > Wundauflagen mit Elektrodeneigenschaften (Elektrostimulation)
- > Unterdruck-Wundtherapie (Negative Pressure Wound Therapy – NPWT)

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 Verbandmitteldefinition

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.¹⁰

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 Zweckbestimmung¹¹. Dabei ist die Zweckbestimmung die Verwendung, für die das Verbandmittel in der Kennzeichnung, der Gebrauchsanweisung oder den Werbematerialien nach den Angaben des Herstellers bestimmt ist.

Nach § 31 Abs. 1 S. 1 SGB V¹² 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 laut G-BA¹⁰ auch nicht unter die Regelung für arzneimittelähnliche Medizinprodukte nach § 31 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB V.

Achtung: Verbandmittel sind keine Hilfsmittel im Sinne der GKV und dürfen nicht zusammen mit Hilfsmitteln auf einem Rezept (Muster 16) verordnet werden.

2. Medizinische und pflegerische Aspekte der hydroaktiven Wundversorgung

2.1 Der Einsatzbereich hydroaktiver Wundversorgungsprodukte

Der Anwendungsbereich moderner Wundversorgungsprodukte 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

¹⁰ Quelle: Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie/AMR: Verordnungsfähigkeit von Medizinprodukten vom 15. Mai 2008

¹¹ Siehe Gesetz über Medizinprodukte (MPG), Fassung vom 07.08.2002, zuletzt geändert am 21.07.2014

¹² Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung, § 31 Arznei- und Verbandmittel: www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___31.html

- > 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, Bagatellverletzung) 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 einer phasengerechten hydroaktiven Wundaufgabe im Rahmen der medizinischen Versorgung und Pflege stellt eine wichtige Maßnahme dar, um die physiologischen Heilungsprozesse wesentlich zu unterstützen.

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.^{13, 14, 15}

2.3 Qualitative Wirkungseffekte

Der Einsatz hydroaktiver Wundversorgungsprodukte, anstelle traditioneller Produkte, führt zu qualitativen und quantitativen 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 von Wundinfektionen
- > Verringerung der Schmerzen beim Verbandwechsel und während der Tragezeit
- > geringe Anzahl von Verbandwechseln im gesamten Versorgungszeitraum
- > Förderung der Lebensqualität für den Patienten

¹³ Ukat et al., 2002

¹⁴ Augustin et al., 1999

¹⁵ Bergemann et al., 1999

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).

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, der im Juni 2009 aktualisiert wurde.¹⁶

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.:

- > Verbesserung der Heilungschancen durch die sachgerechte Beurteilung,
- > phasengerechte Versorgung der Wunde,
- > regelmäßige Dokumentation des Verlaufs sowie
- > das Selbstmanagement der Betroffenen.

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 Indikatoren von Bedeutung¹⁷:

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

Patienten mit hydroaktiven Wundversorgungsprodukten weisen in der Regel im Vergleich zu traditionellen Verbandmitteln eine deutlich verkürzte Wundheilungsdauer auf.¹⁸

In allen vorliegenden Studien und Untersuchungen zeigt sich eine eindeutige Tendenz zu einem weniger häufigen und schnelleren Verbandwechsel bei den hydroaktiven Wundversorgungsprodukten im Vergleich zu traditionellen Verbänden (Heyer¹⁸, Sellmer¹⁹). 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 somit erhebliche Einsparungen von Material und Zeitaufwand.

2.6 Wunddokumentation

2.6.1 Wunddokumentation durch den Arzt

Die Dokumentationspflicht des Arztes

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

¹⁶ www.wiso.hs-osnabrueck.de/38092.html

¹⁷ Grundsatzstellungnahme Dekubitus, Medizinisch-pflegerische Grundlagen, Prophylaxe und Therapie, Bearbeitung von Behandlungs-/Pflegefehlervorwürfen, Projektgruppe 32, Stand: Juni 2001

¹⁸ Heyer et al., 2013

¹⁹ www.werner-sellmer.de → Aktuelles Handout; Kerstin Protz: Moderne Wundversorgung, 7. Aufl., 02/2014

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 für die Dauer von 10 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. 24). 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 4.7 "Wundversorgung und Wirtschaftlichkeitsprüfung" (S. 26).

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 führen 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 therapeutisch effiziente Pflege und bietet Pflegenden bei Haftungsfragen mehr Rechtssicherheit.

Was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht erbracht!

Hat eine Pflegekraft Bedenken hinsichtlich der Durchführung einer Wundtherapie, so ist es deren Recht und Pflicht, den behandelnden Arzt auf eine eventuelle Gefährdung 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 zur Wunddokumentation (Links) finden Sie im Glossar (S. 45).

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 interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten verschiedener Fachrichtungen 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.

Auf dem Markt gibt es zahlreiche Fort-/Weiterbildungen für die Ärzte. Informationen hierzu sind bei den Ärztekammern und den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erhältlich. Dem Glossar sind Wundmanager-Weiterbildungsstätten, wo sich ärztliche und nicht-ärztliche Wundtherapeuten ausbilden lassen können, zu entnehmen (Siehe S. 45).

Die dort ausgebildeten Wundtherapeuten oder Wundmanager sind insbesondere bei immobilen Patienten in Pflegeheimen und in der häuslichen Umgebung 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. Qualifizierte 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 patientenorientierte, qualitativ 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.

2.7.2 Medizinprodukteberater

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

Medizinprodukteberater 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. 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.²⁰

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.

Die Wundversorgung ist eine ärztliche Tätigkeit, die an nichtärztliche Berufe delegiert werden kann.

Die rechtliche Grundlage wurde mit der Erweiterung des § 63 SGB V innerhalb des Versorgungsstrukturgesetzes 2011 geschaffen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben zudem eine Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Tätigkeit an nichtärztliches Personal geschlossen.

Aufgrund des demographischen Wandels wird dieser Prozess die Wundbehandlung in der Zukunft weiter begleiten.

2.8.1 Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliches Personal (Pflegepersonal) nach § 63 Abs. 3c SGB V²¹

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

²⁰ Quelle: Wundforum, Heft 1/2011, Hans-Werner Röhlig, Position des Medizinprodukteberaters im Qualitätsmanagement der Wundversorgung

²¹ Vollständiger Beschluss text unter: www.g-ba.de/downloads/39-261-1401/2011-10-20_RL_%C2%A7-63_Abs-3c_Erstfassung_BAnz.pdf

Übertragung von Heilkunde auf die Angehörigen der in den Sätzen 1 und 2 genannten Berufe im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen kann. [...]

Ableitung aus dem G-BA-Richtlinienentwurf

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Oktober 2011 einen Katalog ärztlicher Tätigkeiten beschlossen, die in Modellvorhaben auf Angehörige der Alten- und Krankenpflegeberufe zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde übertragen werden können. Für die übertragbaren ärztlichen Leistungen bei Diabetes 1 und 2, **chronischen Wunden (z. B. Ulcus cruris)**, Demenz und Hypertonus hat der G-BA Anforderungen an den Ausbildungsstand der Pflegekräfte entwickelt.

2.8.2 Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben eine Vereinbarung zur Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V getroffen (Anlage 24 des BMV-Ä). Die Vereinbarung zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge ist am 1. Oktober 2013 in Kraft getreten. Sie regelt die Anforderungen für die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Mitarbeiter in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Der dort als Anhang aufgeführte Katalog zeigt beispielhaft, bei welchen Tätigkeiten nichtärztliche Mitarbeiter ärztliche Leistungen erbringen können und welche spezifischen Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Auszug aus dem Beispielkatalog:

Delegierbare ärztliche Tätigkeit	Besonderheiten und Hinweise	Typische Mindestqualifikation
10. Wundversorgung/Verbandwechsel	Initiale Wundversorgung erfolgt durch Arzt. Weitere Wundversorgung nach Rücksprache mit Arzt.	Medizinische/r Fachangestellte/r (MFA) [ggf. Fortbildung zum Wundexperten/Wundmanager] [ggf. Curriculum "Ambulante Versorgung älterer Menschen"]

Voraussetzung ist mindestens ein Abschluss als Medizinische Fachangestellte (MFA) oder eine vergleichbare medizinische/heilberufliche Ausbildung. Zudem muss zwischen dem nichtärztlichen Mitarbeiter und dem delegierenden Vertragsarzt ein dienstvertragliches Verhältnis bestehen.

Der Arzt trägt die Verantwortung, ob und an wen er eine Leistung delegiert. Er muss zugleich seiner Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht nachkommen. Ausschlaggebend für den Umfang der Anleitung und Überwachung ist die Qualifikation der nichtärztlichen Angestellten. Fundamentale patientenbezogene Leistungen wie Anamnese, Indikations- und Diagnosestellung oder operative Eingriffe, die nur der Arzt aufgrund seiner besonderen Fachkenntnisse erbringen kann, dürfen nicht delegiert werden.

Die vollständige Vereinbarung mit dem **Beispielkatalog delegierbarer ärztlicher Leistungen** finden Sie unter www.kbv.de → Service → Rechtsquellen → Verträge → Bundesmantelvertrag.²²

2.8.3 Arztentlastende Versorgungsangebote

AGnES

steht für eine arztentlastende, gemeindenahе, E-Health-gestützte 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 Konzept dazu beitragen, den jeweiligen Hausärzten 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 Patienten zuhause und misst z. B. 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.

²² www.kbv.de/media/sp/24_Delegation.pdf

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/-innen. 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 Praxisteams 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[®] (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis)

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-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 **MoNi**/Modell Niedersachsen zu nennen. Es ist davon auszugehen, dass diese Versorgungsangebote an Bedeutung gewinnen werden.

Neben den Regelungen im EBM (vgl. Kapitel 4.5.2) gibt es in vielen KV-Bezirken verschiedene sondervertragliche Abrechnungsmöglichkeiten, wie z. B. innerhalb der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV).

Förderung von Praxisassistenten ab 2015

Der Einsatz von nichtärztlichen Praxisassistenten in Hausarztpraxen wird seit Januar 2015 bundesweit gefördert. Die Abrechnung ist damit nicht länger auf unterversorgte Regionen beschränkt, sondern Praxisassistenten können in allen Hausarztpraxen zum Einsatz kommen, die viele Patienten betreuen und Unterstützung benötigen. Die Praxen dürfen die neuen Ziffern nur dann abrechnen, wenn sie zum Zeitpunkt der Abrechnungsgenehmigung der KV in den zurückliegenden vier Quartalen durchschnittlich mindestens 860 Fälle je vollzeittätigem Hausarzt pro Quartal hatten oder mindestens 160 Patienten je vollzeittätigem Hausarzt, die älter waren als 75. Eine weitere Voraussetzung ist, dass der Praxisassistent für 20 Stunden und mehr in der Woche in der Praxis angestellt ist.

EBM-Ziffer (GOP)	Inhalt	Wertigkeit in Punkten (Betrag)
03060	Zuschlag* zur Strukturpauschale (GOP 03040)	22 (2,26 €)
03062	Hausbesuch des Assistenten einschließlich Wegekosten	166 (17,05 €)
03063	Mitbesuch des Assistenten einschließlich Wegekosten	122 (12,53 €)

Quellen: www.kbv.de/html/2956.php; applications.kbv.de/ebm/EBMGesamt.htm

2.9 Palliativversorgung

Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) kümmert sich um Patienten und ihr soziales Umfeld, bei denen sich das Lebensende abzeichnet und deren ausgeprägtes Leiden einen regelmäßigen und hohen Zeitaufwand in der pflegerischen, ärztlichen, psychosozialen und spirituellen Betreuung sowie in der Kommunikation mit ihnen und ihren Angehörigen erfordert. Das bestehende Bezugssystem des Patienten und die Leistungen der in ihrer palliativen Kompetenz gestärkten beruflichen und ehrenamtli-

* Der Zuschlag wird für maximal 600 Behandlungsfälle je Praxis und Quartal gezahlt. Damit sollen vor allem Kosten für Ausbildung und Ausstattung des Mitarbeiters, zum Beispiel mit einem Mobiltelefon oder Auto, gedeckt werden.

chen Begleitung reichen aus, um den Patienten in seiner vertrauten Umgebung ausreichend und entsprechend seinen Bedürfnissen zu versorgen.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) kommt dann in Frage, wenn durch die allgemeine ambulante Palliativversorgung keine befriedigende Symptomkontrolle oder Leidensminderung erreicht werden kann, da eine besonders aufwändige Versorgungssituation vorliegt, die die Kapazitäten der AAPV übersteigt. Die SAPV **ergänzt** das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste. Sie kann als **alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung** erbracht werden. Andere Sozialleistungsansprüche bleiben **unberührt**.

Zu verordnen sind immer ärztlich an den Ambulanten Palliativpflegedienst übertragene Leistungen (u. a. Überwachung und Durchführung ärztlicher Anweisungen im Rahmen der Schmerztherapie und Symptomkontrolle) evtl. in Verbindung mit Leistungen nach den Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (z. B. Versorgung bei PEG, Pflege des zentralen Venenkatheters, **Wundversorgung unter Angaben der Lokalisation und des Wundbefundes**, Dekubitusbehandlung (ab Grad II) unter Angabe der Lokalisation, des Grades und der Größe des Dekubitus etc.).

Zusammenfassung:

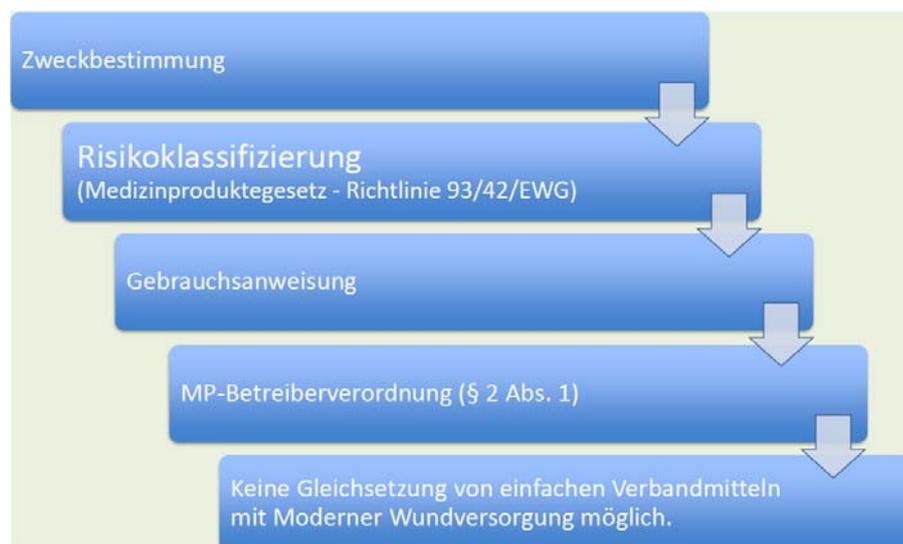
1. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nur "todkranken" Patienten, die zu Hause oder in anerkannten Alten- bzw. Pflegeheimen leben und erhöhten Versorgungsbedarf über die allgemeine Palliativversorgung hinaus haben, gewährt. Die ärztlich prognostizierte Lebenserwartung darf sich nur noch nach Monaten bemessen (sie kann bei Kindern allerdings auch länger sein).
2. Es besteht ein Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen.
3. Es handelt sich um eine multidisziplinäre Leistung, sodass neben den Pflegefachkräften auch spezialisierte Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten und andere Fachkräfte eingebunden sind.
4. Die Leistungen dürfen nur von speziell fort- bzw. ausgebildeten Ärzten verordnet und von speziell ausgebildeten fort- bzw. weitergebildeten Pflegefachkräften zu Lasten der GKV erbracht werden. Näheres entscheiden die Krankenkassen in den Verhandlungen mit den Leistungserbringern.

Weiterführende Literatur zu "Palliativversorgung – Intensiveinsatzgebiete für Pflegedienste" und "Home-care in der Versorgung von Palliativpatienten" können Sie dem Literaturverzeichnis (S. 43) entnehmen.

3. Bestimmungsgemäßer Gebrauch von Medizinprodukten

Einsatz von Medizinprodukten zur Versorgung von Wunden²³

Rechtlicher Ansatz



²³ BVMed-Informationsblatt zur Klassifizierung und dem dazugehörigen Verwendungszweck www.bvmed.de/publikationen/infokarten

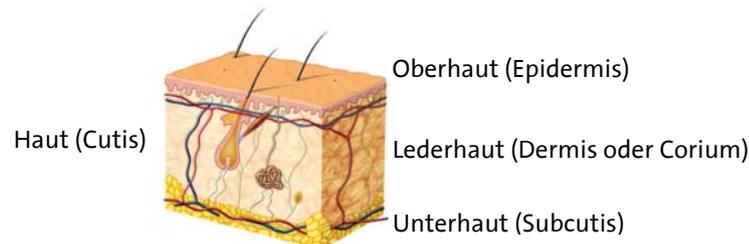
Klassifizierung von Medizinprodukten

Beschrieben im **Anhang IX** der **Richtlinie über Medizinprodukte 93/42/EWG**:²⁴

Anhang IX
II. Anwendungsregeln
2. Anwendung der Regeln
2.5. Wenn unter Berücksichtigung der vom Hersteller vorgegebenen Zweckbestimmung auf ein und dasselbe Produkt mehrere Regeln anwendbar sind, so gilt die strengste Regel , sodass das Produkt in die jeweils höchste Klasse eingestuft wird.
III. Klassifizierung
1. Nicht invasive Produkte
1.4. Regel 4: Alle nicht invasiven Produkte, die mit verletzter Haut in Berührung kommen, > werden der Klasse I zugeordnet, wenn sie als mechanische Barriere oder zur Kompression oder zur Absorption von Exsudaten eingesetzt werden; > 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; > werden in allen anderen Fällen der Klasse II a zugeordnet; hierzu zählen auch Produkte, die vorwiegend zur Beeinflussung der Mikroumgebung einer Wunde bestimmt sind.
4. Besondere Regeln
4.1. Regel 13: Medizinprodukte mit unterstützender arzneilicher Wirkkomponente → Klasse III
4.5. Regel 17: Medizinprodukte aus abgetöteten tierischen Geweben oder Folgeerzeugnissen (z. B. Gelatine, Kollagen) → Klasse III

Erläuterung "Dermis"

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



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.

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.

²⁴ eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31993L0042:DE:HTML

Zuordnung Verbandmittel

Klassifizierung von Medizinprodukten	Klasse I inkl. I s (sterile Klasse I Produkte)	Klasse II a	Klasse II b	Klasse III
Einstufungskriterium (gemäß: Richtlinie 93/42/EWG)	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
Den Einstufungskriterien entsprechende Wunden	Wunden der Oberhaut, die primär abheilen	Wunden der Oberhaut, die im feuchten 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
Produktgruppen (Beispiele für häufig verwendete Produktgruppen, nicht abschließend)	Konventionelle Verbandmittel (z. B. Mull- oder Saugkompressen, Fettgazen)	Hydroaktive Verbandmittel für oberflächliche Wunden (z. B. Polyurethan-Filmverbände)	Hydroaktive Verbandmittel für Wunden in Granulations- oder Reinnigungsphase (z. B. Alginate, Hydrokolloide, Schaumstoffverbände, Hydrogele, Hydrofasern)	a) Verbandmittel 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, Vassel-Biergans, 2. Aufl., WVG Verlag Stuttgart 2010, S. 94

Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)²⁵

§ 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 permanente Wundauflage 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.

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 SGB V. Zu diesen Verbandmitteln gehören neben den traditionellen Verbänden wie Tupfer, Binden und Kompressen auch die hydroaktiven Wundversorgungsprodukte.

²⁵ www.gesetze-im-internet.de/mpbetreibv/index.html

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.

Es sollen qualitativ minderwertige Leistungen verhindert und gleichzeitig ausufernde Kosten vermieden werden. An das Wirtschaftlichkeitsgebot sind Versicherte, Krankenkassen und Leistungserbringer gleichermaßen gebunden. Andere als die beschriebenen Leistungen kann der Versicherte nicht beanspruchen, ein Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Im Einzelnen:²⁶

Ausreichend: Die Leistungen müssen dem Einzelfall und allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen.

Zweckmäßig: Entscheidend ist, dass die Leistung für das Behandlungsziel dienlich ist.

Notwendig: Die Leistung muss objektiv erforderlich sein, um im Einzelfall ausreichend und zweckmäßig zu sein.

Dabei ist auch nach § 2 SGB V eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung im ambulanten und stationären Bereich zu gewährleisten.

§ 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, S. 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 Bluttteststreifen.

§ 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 Sozialgesetzbuch V (SGB V) beschreibt die Leistungen der GKV für ihre Versicherten, während das Medizinproduktegesetz (MPG) das Inverkehrbringen und die Überwachung von Medizinprodukten regelt.

Das 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 Wundauflagen sind Verbandmittel und somit auch Medizinprodukte. Medizinprodukte benötigen eine CE-Kennzeichnung, um damit die Verkehrsfähigkeit

²⁶ www.mdk.de/913.htm (Zugriff: 24.04.2014)

zu signalisieren (vgl. § 9 Abs. 1 S. 1 MPG). Das Inverkehrbringen ohne eine entsprechende Kennzeichnung ist nach § 6 Abs. 1 MPG verboten.

4.3 Kostenübernahme von hydroaktiven Wundaufgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Hydroaktive Wundversorgungsprodukte werden als ärztliche Einzelverordnung (Muster 16) auf den Namen des Patienten zu Lasten der zuständigen Krankenkasse rezeptiert. Der Vertragsarzt wählt das Verbandmittel unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots aus. Die Abgabe von Wundversorgungsprodukten an den Versicherten/Patienten erfolgt i. d. R. über die Apotheke, Homecare-Unternehmen oder Sanitätshäuser (Leistungserbringer).

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 Januar 2004 nach § 61 S. 1 SGB V eine gesetzlich geregelte Zuzahlung in Höhe von 10 Prozent des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro, höchstens 10 Euro, allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels, zu leisten. Abweichend von dieser gesetzlichen Regelung berechnet sich die Zuzahlung für Verbandmittel nicht je Mittel sondern je Verordnungszeile.²⁷

Die Zuzahlung ist an den abgebenden Leistungserbringer zu zahlen (§ 31 Abs. 3 SGB V). Die Erstattung der Krankenkasse an den Leistungserbringer verringert sich um diesen Betrag.

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 S. 1 SGB V. Dies gilt u. a. auch für arzneistoffhaltige Verbandmittel. Die Ausnahmeliste des G-BA für arzneimittelähnliche Medizinprodukte (§ 31 Abs. 1 S. 2 SGB V) findet **keine** Anwendung (Anlage V der Arzneimittelrichtlinie²⁸).
- > 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 bei der häuslichen Krankenpflege verwendet werden, werden ebenfalls über ein patientenbezogenes Rezept (Muster 16) gemäß § 31 Abs. 1 SGB V verordnet. Die Richtlinie über

²⁷ Schreiben BMGS vom 02.12.2003 (Zuzahlungsregelung für Verbandmittel und enterale Ernährung), www.bvmed.de/Schreiben-BMGS-021203

²⁸ www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/120

die Verordnung von "häuslicher Krankenpflege" nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V für den Leistungsbe-
reich Dekubitusbehandlung sieht den Einsatz von Produkten der hydroaktiven Wundversorgung (z. B.
Hydrokolloide, Hydrogele) explizit vor.

Exkurs:

Wundversorgung 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,
sodass die Ärzte einen kalkulierbaren Ertrag haben.*

*Die Gebührensätze für Wundversorgung und Fremdkörperentfernung können Sie **Anhang 2** entnehmen.*

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

4.4 Kostenübernahme der Wundversorgung durch Pflegekräfte

Der behandelnde Arzt hat nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 die Möglichkeit, die Versorgung z. B. von chroni-
schen Wunden auf den Pflegedienst (Häusliche Krankenpflege – HKP) zu übertragen. Hierfür ist die Ver-
wendung 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.²⁹

In der Richtlinie empfiehlt der G-BA für den Bereich der Wundversorgung (Dekubitusbehandlung) insbe-
sondere die Verwendung von Feuchtverbänden, Hydrokolloidverbänden oder Hydrogelverbänden. Zu-
sätzlich gibt es einen allgemeinen Punkt "Verbände", der sich 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"
- gliedert.

Als nähere Inhalte zum Punkt "Anlegen und Wechseln von Wundverbänden" hat der G-BA folgende Tä-
tigkeiten 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 de-
ren Verbände) Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit HKP, über die Preise und deren Ab-
rechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen.

4.5 Hydroaktive Wundtherapie in der vertragsärztlichen Versorgung

Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) vom 1. Januar 2015

§ 16 – Regeln der ärztlichen Kunst, Qualität, Wirtschaftlichkeit

¹Jeder Vertragsarzt hat die vertragsärztlichen Leistungen nach den Regeln der ärztlichen Kunst und
unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse zu erbrin-
gen sowie das Gebot der Wirtschaftlichkeit (§ 12 SGB V) zu beachten und hierauf seine Behandlungs-

²⁹ www.g-ba.de/downloads/62-492-924/HKP-RL_2014-07-17.pdf (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, Stand:
17. Juli 2014)

und Verordnungsweise einzurichten. ²Die 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. ³Außerdem hat der Vertragsarzt die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung nach § 11 (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. Selektivverträge wie hausarztzentrierte Verträge und Integrierte Versorgungsverträge. Sie werden nicht auf Grundlage des EBM vergütet. Selektivverträge dürften auch vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Diskussion an Bedeutung gewinnen.

Der EBM ist ein seit 1977 eingeführter Katalog, in dem alle in der vertragsärztlichen Versorgung abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen in Gebührenordnungspositionen (GOP) definiert und jeweils 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.

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.

Seit 2009 erhält grundsätzlich jeder Arzt pro Quartal ein Regelleistungsvolumen (RLV) nach den Vorgaben des Honorarverteilungsmaßstabes und des Honorarvertrages. Das RLV wird in einem Euro-Betrag ausgewiesen. Leistungen innerhalb des RLV werden mit einem bundesweit einheitlichen Punktwert und somit zu festen Preisen vergütet (siehe EBM). Erbringt der Arzt mehr Leistungen als aus seinem Regelleistungsvolumen bezahlt werden können, erhält er diese darüber hinausgehenden Leistungen nur zu einem abgestaffelten Preis honoriert.³⁰

Die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) wurden 2010 eingeführt. Innerhalb einer Arztgruppe bilden sie spezielle Qualifikationen und Besonderheiten ab. Die Budgets für die qualifikationsgebundenen Leistungen setzt die KV Nordrhein quartalsweise fest, zusätzlich zum Regelleistungsvolumen (RLV). Ebenso wie das RLV unterliegen die QZV der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und sind demnach mengenbegrenzt. Leistungsausweitungen einer Arztgruppe beeinträchtigen ausschließlich Ärzte der entsprechenden Arztgruppe – und nicht die Honorare anderer Gruppen.³¹

Leistungen wie Vorsorgeuntersuchungen oder ambulante Operationen, die die Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlen, sind von der neuen Regelung nicht betroffen.

Nähere Informationen auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses: **institut-ba.de** (Bewertungsausschuss → Beschlüsse).

4.5.1 Trennung der Facharzt- und Hausarztvergütung

Der Bewertungsausschuss hatte schon im Jahr 2010 eine Trennung der hausärztlichen und fachärztlichen Vergütung beschlossen. Diese wird auch künftig getrennt weiterentwickelt.

³⁰ Quelle: www.kvberlin.de/20praxis/30abrechnung_honorar/90honorarverteilung/rlv_aerzte

³¹ Quelle: www.kvno.de/60neues/2013/13_02_qzv/index.html

Danach erhalten **Hausärzte** fünf altersabhängige Versichertenpauschalen, bestimmte Zusatzpauschalen und Einzelleistungen sowie ggf. qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV). Bei der Wundversorgung kommt zudem der Ansatz des Chronikerzuschlags in Betracht.

Fachärzte erhalten drei Grund- und verschiedene 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 **Anhang 1**. Beispielhafter Auszug:

EBM-Ziffer	Leistungsinhalt	Punkte/ Euro*
02312	<p>Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Abtragung von Nekrosen, - Lokalthherapie unter Anwendung von Verbänden, - Entstauende phlebologische Funktionsverbände, - Fotodokumentation zu Beginn der Behandlung, danach alle 4 Wochen <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Thromboseprophylaxe, - Teilbäder, <p>je Bein, je Sitzung</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 02312 unterliegt einer Höchstpunktzahl im Behandlungsfall von 4.244 Punkten. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden.</i></p>	<p>55</p> <p>5,65 €</p>

Seit 2009 wurden die Punktwerte durch feste Euro-Beträge ergänzt. Das rechnerische Arzthonorar wird durch Multiplikation eines durch den Bewertungsausschuss ermittelten Orientierungswertes (10,2718 Cent in 2015) mit der Punktzahl der jeweiligen Leistung ermittelt.

Weitere Details zum Thema EBM finden Sie z. B. auf den Webseiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, wo der komplette EBM zum Download zur Verfügung steht.³²

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.

4.5.3 Hausärzte erhalten gemäß EBM einen Chronikerzuschlag

Der EBM sieht für hausärztlich tätige Ärzte (Allgemeinärzte, Praktiker sowie hausärztlich tätige Internisten) verschiedene Morbiditätszuschläge sowie Gesprächsleistungen für die Betreuung von chronisch kranken Patienten vor.

* **Stand 1/2015**, applications.kbv.de/ebm/html/000/O900009Y10000H0.html

³² www.kbv.de/html/ebm.php

Da Patienten mit schwer heilenden Wunden in vielen Fällen auch diesem Patientenkontext zuzurechnen sind, können diese Ziffern unter bestimmten Voraussetzungen veranschlagt werden. Ausschlaggebend ist das Vorhandensein mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung, die eine kontinuierliche ärztliche Behandlung und Betreuung notwendig werden lässt. Die genauen Voraussetzungen sind im EBM 2015 Kapitel 3.2.2 aufgeführt. Drei Abrechnungsziffern sollen dort den zusätzlichen Aufwand für die Betreuung chronisch kranker Patienten abbilden:

- > **03220:** Zuschlag zur Versichertenpauschale bei einem Arzt-Patientenkontakt; einmal im Behandlungsfall, 130 Punkte = 13,35 €
- > **03221:** Zuschlag zu der Versichertenpauschale bei mindestens zwei Arzt-Patientenkontakten, einmal im Behandlungsfall, 40 Punkte = 4,11 €
- > **03230:** Problemorientiertes ärztliches Gespräch, je vollendete 10 Minuten Dauer, 90 Punkte = 9,24 €

Seit 1. Juli 2014 darf die EBM-Nr. 03221 neben der Nr. 03220 stehen.

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-BA³³

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.)

4.5.4 Praxisbesonderheiten

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. Gleichmaßen werden bei einer anerkannten Praxisbesonderheit die mit den betreffenden Patienten im Zusammenhang stehenden Verordnungskostenanteile nicht dem richtgrößenrelevanten Verordnungsvolumen zugerechnet, was die Gefahr einer Wirtschaftlichkeitsprüfung und daraus resultierenden Regressforderungen abmildert. Für die Geltendmachung von Praxisbesonderheiten ist es grundsätzlich notwendig, dass der betroffene Arzt Umstände darlegt, die sich von der typischen Vergleichspraxis abheben und die aus einem abweichenden Patientenkontext hervorgehen.

In den Richtgrößenvereinbarungen der Länder-KVen sind zudem sogenannte Vorab-Praxisbesonderheiten aufgeführt, wobei bis dato nur die KV Thüringen eine ausgewiesene Sonderziffer implementiert hat.

Der Vertragsarzt kennzeichnet diese bereits mit seiner Honorarabrechnung.

³³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte ("Chroniker-Richtlinie"), Link: www.g-ba.de/downloads/62-492-278/RL_Chroniker-2008-06-19.pdf

Praxisbesonderheiten ergeben sich aus:

- > einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung
- > und aus einer von dem Durchschnitt der Fachgruppe abweichenden Patientenklientel.

Es muss sowohl ein besonderer Versorgungsbedarf oder eine bedeutsame Spezialisierung als auch eine Überschreitung des Arztgruppenfallwertes um mindestens 30 % vorliegen, damit der Antrag Aussicht auf Erfolg hat. Eine hohe Fallzahl allein als Praxisbesonderheit wird jedoch nicht ausreichen.

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.

4.6 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 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 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 Abrechnungsstelle, in der Regel die jeweilige AOK. Diese legt die Kosten auf die anderen Krankenkassen um.

Die Verordnung erfolgt auf einem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16), mit Ausnahmen in Bayern, Bremen und Schleswig-Holstein, die das Muster 16 für den SSB angepasst haben. Hier ist das Muster 16a zu verwenden. Da auf dem Muster 16 nur drei Ordnungszeilen zugelassen sind, müssen ggf. mehrere Rezepte verwendet werden und im Markierungsfeld ist die "9" (Sprechstundenbedarf) zu kennzeichnen. In Bayern, Bremen und Schleswig-Holstein stehen auf Muster 16a bis zu 7 Ordnungszeilen für SSB zur Verfügung.

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 Teil wieder. Nur in einigen wenigen SSB-Vereinbarungen finden sich explizit aufgeführte hydroaktive Wundversorgungsprodukte. Hier wäre es wünschenswert, diese Produkte für die **Erstversorgung** verpflichtend aufzunehmen.

Bei der Verordnung des SSB ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Um einem eventuellen Regress vorzubeugen, sollte der Arzt daher seine regional aktuell gültige SSB-Vereinbarung kennen bzw. ggf. seine KV kontaktieren.

4.7 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 Behandlungs- 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 wirtschaftlich, d. h. ausreichend, zweckmäßig und notwendig sind (siehe Punkt 4.1). Der Gesetzgeber wiederum verpflichtet ihn, dabei die geringstmöglichen Kosten zu Lasten der Krankenkassen zu veranlassen (§ 12 SGB V).

4.7.1 Wirtschaftlichkeitsprüfung

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

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist vom Gesetzgeber vorgeschrieben. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die gesetzlichen 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.

4.7.2 Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss

KVen 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.

4.7.3 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 der **Richtgrößen** kontrolliert.

4.7.4 Richtgrößen und Richtgrößenvolumen

Die Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel werden jedes Jahr von den einzelnen 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 (Betrag 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 der Multiplikation der facharztgruppenbezogenen Richtgröße mit der individuellen Fallzahl des Vertragsarztes ergibt sich das Richtgrößenvolumen der ordnungsfähigen Arznei- und Verbandmittel.

Die vereinbarten Richtgrößen müssen dem Arzt vor Anwendung bekannt sein.

Überschreitung des Richtgrößenvolumens

- > Überschreitet der Arzt sein Richtgrößenvolumen zwischen 15 % und 25 %, erfolgt eine Beratung.
- > Beträgt die Überschreitung mehr als 25 Prozent, erfolgt eine Prüfung, und der Mehraufwand muss den Krankenkassen erstattet werden.
- > Anerkannte Praxisbesonderheiten sind vor Prüfung herauszurechnen.

Übersicht 4: Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel der KV Westfalen-Lippe³⁴

Vergleichsgruppe (nur zugelassene Ärzte)	Richtgröße 2014 M/F* Angabe in EUR	Richtgröße 2014 R* Angabe in EUR
Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte, hausärztliche Internisten	49,76	146,92
Anästhesisten	10,51	24,19
Anästhesisten mit Schmerztherapie	116,36	249,36
Augenärzte	7,98	18,94
Chirurgen	6,84	11,65
Frauenärzte	12,78	23,59
Gastroenterologen	202,57	107,19
Hautärzte	31,59	28,53
HNO-Ärzte	12,84	5,20
Kardiologen	12,59	14,99
Kinder- und Jugendpsychiater	31,07	42,69
Kinder- und Jugendärzte	32,72	58,32
Nephrologen	305,88	397,73
Nervenärzte, FA für Neurologie und Psychiatrie	174,09	168,17
Neurologen	395,02	249,65
Onkologen	1.659,94	1.784,60
Orthopäden	6,79	16,34
Pneumologen	84,28	108,77
Psychiater, FA für Psychiatrie und Psychotherapie	88,25	120,32
Rheumatologen	340,62	295,49
übrige fachärztliche Internisten	101,94	155,32
Urologen	30,71	81,73

* M/F = Mitglieder und Familienversicherte, R = Rentner

4.7.5 Praxisbesonderheiten bei Richtgrößen

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, jedoch ist die Wundversorgung hier nicht mit aufgeführt. 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.

³⁴ Vereinbarung nach § 84 Abs. 6 SGB V über fallbezogene, arztgruppenspezifische Richtgrößen für Arzneimittel 2014 zwischen der KV Westfalen-Lippe und der AOK NORDWEST, dem BKK Landesverband NORDWEST, der IKK classic, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, der Knappschaft sowie den Ersatzkassen
www.kvwl.de/arzt/recht/kvwl/amv_hmv/rgv_2014.pdf

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

Die genannte Aufzählung ist nur beispielhaft. Dies 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 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.

4.8 Patienten-Compliance

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 manchmal nicht willens, ihre eigene Genesung zu unterstützen. Die Gründe dafür sind vielfältig: Neben Einschränkungen durch die der Wunde zugrunde liegenden oder begleitende Erkrankungen, gibt es eine Reihe psychischer Ursachen, die den Patienten an einer aktiveren Rolle bei seiner Gesundwerdung hindern. Hierzu zählt 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 Fußsyndrom.

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 Patienten-Compliance im Rahmen des Versorgungsprozesses stärker berücksichtigt und gefördert werden muss.³⁵

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.

4.9 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 2014 gültige Fallpauschalen-Katalog³⁶ umfasst 1.196 Fallpauschalen, davon sind 43 nicht bewertet. Darüber hinaus wurden 159 Zusatzentgelte vereinbart. In den DRGs 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.)

Die Kodierung von hydroaktiven Produkten, mit Ausnahme der Unterdruck-Wundtherapie, löst keine Erlössteigerung aus.

Beispiele für "ICD-10-GM 2014"-Diagnosen und OPS-Prozeduren aus der Wundversorgung sind u. a.:

Diagnosen	Beschreibung
L89.26	Dekubitus 3. Grades; Trochanter
I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration
E11.74	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*	Hydrokolloidverband
8-191.x**	Sonstige

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

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

³⁵ Quelle: H. Janßen, R. Becker; Qualität und Kosten in der chronischen Wundversorgung – Widerspruch oder vereinbar?, Orthopädie Technik 12/08, S. 920-924

³⁶ www.g-drg.de/cms/inek_site_de/G-DRG-System_2014/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2014 (Zugriff am 25.04.2014)

Für die Unterdruck-Wundtherapie (vgl. S. 8) sind beispielsweise folgende OPS-Kodes relevant:

Prozeduren	Beschreibung
5-916.a	Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung unter 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.
8-190.3	Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung ohne 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 Verweil-dauer in Tagen
F64Z	M	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen	0,920	9,5
K60D	M	Diabetes mellitus mit schweren CC (Komplikationen oder Komorbiditäten) oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 15 Jahre	0,941	9,8
J03Z	O	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion/Entzündung ohne äußerst schwere CC	1,445	12,3
F21C	O	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff	1,425	13,5
F27C	O	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodese des Fußes	1,517	14,0

Quelle: DRG-Fallpauschalen-Katalog 2014 unter www.g-drg.de

4.10 Verweildauer

Hintergründe und Lösungsansätze für Menschen mit chronischen Wunden

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

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

Patienten mit chronischen Wunden finden sich sehr häufig:

- > in im Vergleich zum Durchschnitt höheren Altersabschnitten
- > unter medizinischen Pflegefällen in allen Altersgruppen
- > in Alters- und Pflegeheimen

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

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

4.11 Neue Versorgungsformen und Selektivverträge

Neben der Versorgung anhand des von den kassenärztlichen Vereinigungen organisierten Kollektivvertragssystems, wurden bereits ab dem Jahr 2000 gesetzgeberisch Möglichkeiten von integrierten Versorgungsmodellen geschaffen. Eine höhere 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 durch Selektivverträge geschaffen werden. In diesen Versorgungsverträgen – die zwischen Krankenkassen und einzelnen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften geschlossen werden und optimierte Behandlungsabläufe für bestimmte Indikationen beinhalten – sind die Mechanismen der Regelversorgung teilweise aufgehoben. Der Patient erklärt die Teilnahme an dem Vertrag gegenüber seiner Krankenkasse. Mittlerweile existiert eine Reihe von gesetzlichen Grundlagen für Selektivverträge. Neben der im Jahr 2000 eingeführten sektorenübergreifenden integrierten Versorgung (§§ 140a bis 140f SGB V), wurden Strukturverträge (§ 73a SGB V), Verträge der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V), sowie Facharztverträge (§ 73c SGB V) abgeschlossen, welche die chronische Wundversorgung zum Vertragsgegenstand haben. Nachfolgend gehen wir insbesondere auf die Möglichkeiten der Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140b SGB V ein.

4.11.1 Integrierte Versorgung

Obleich die Idee einer Auflösung der sektoralen Trennung in Deutschland schon seit 1975 existiert, verfolgte der Gesetzgeber mit der Gesundheitsreform im Jahr 2000 zunächst das Ziel einer verbesserten Abstimmung und Vernetzung zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren. Krankenkassen erhielten die Möglichkeit, ihren Versicherten eine sektorenübergreifende Behandlung anzubieten. Hierbei wirken je nach Vertragsgestaltung Haus- und Fachärzte, nichtärztliche Leistungserbringer wie zum Beispiel ambulante Pflegedienste oder Krankenhäuser nach einem abgestimmten Behandlungskonzept koordiniert zusammen. 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 Vergütungen der Vertragspartner. Verträge der integrierten Versorgung (IV-Verträge) werden in der Regel nicht durch die kassenärztliche Vereinigung, sondern über Abrechnungsdienstleister (Managementgesellschaften) organisiert und gesteuert. Darüber hinaus legen die Vertragspartner einen definierten Behandlungspfad fest, in dem die Behandlungsschritte im Sinne der Qualitätssicherung dokumentiert und evaluiert werden. Auf diese Weise lässt sich ein abgestimmtes "ganzheitliches" Behandlungskonzept für den Patienten umsetzen und Synergieeffekte, auch ökonomischer Art, können genutzt werden.

4.11.2 Gesetzgeberische Entwicklungen in der integrierten Versorgung

Nach der Gesundheitsreform im Jahre 2004 erlebte die Integrierte Versorgung einen regelrechten Aufwind. Der Gesetzgeber stellte bis 2007 finanzielle Mittel in Höhe von jeweils einem Prozent der gesamten Leistungen im ambulanten und stationären Bereich für Verträge der Integrierten Versorgung ("IV-Verträge") zur Verfügung. Nach Auslaufen der Anschubfinanzierung wurde eine Vielzahl der Verträge nicht weitergeführt.

Durch das Inkrafttreten des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) zum 1. Januar 2011 wurden die Regelungen über die integrierte Versorgung 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/Verbandmitteln Vertragspartner von integrierten Versorgungsverträgen werden. In der Begründung heißt es, solche vertraglichen Vereinbarungen könnten die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung verbessern. Sie ermöglichten eine zielgerichtete und effiziente Versorgung der Versicherten mit Medizinprodukten bzw. Verbandmitteln unter Berücksichtigung einer kooperativen medizinischen Versorgung.

Derzeit sind die Krankenkassen bei der Implementierung von integrierten Versorgungsmodellen zurückhaltend. Neue Verträge bedürfen seit der Einführung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes in 2012 der Genehmigung des Bundesversicherungsamtes (BVA). Zum Anderen wird ohne eigens zugewiesene Mittel die Amortisierung der Investitionen für integrierte Versorgungsformen unerlässlich. Die geplante Einrichtung eines Innovationsfonds in 2014, der sich auch den neuen Versorgungsformen widmen soll, lässt positiv in die Zukunft blicken.

4.11.3 Integrierte Versorgung in der Behandlung chronischer Wunden

Die Wundversorgung sollte nach qualitätsgesicherten Kriterien phasengerecht und problemorientiert erfolgen. Verbindliche Leitlinien und Behandlungspfade sowie eine Einigung über die Verwendung hydroaktiver Wundauflagen führen zu einer hohen medizinisch-pflegerischen Qualität der Versorgung. Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Patienten können nur durch den zielgerichteten Einsatz geeigneter Produkte sowie durch konsequente interdisziplinäre Therapieumsetzung erreicht werden. Ökonomische Einsparpotentiale ergeben sich dabei durch verkürzte Behandlungszeiten und Verringerung von Sachkosten.

Längst haben die Kostenträger erkannt, dass die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden nicht nur eine medizinische, sondern auch in ökonomischer Hinsicht eine große Herausforderung darstellt. Schätzungen gehen davon aus, dass 5 bis 8 Prozent der Bevölkerung von schwer heilenden Wunden betroffen sind.

4.11.4 Realisierung von Verträgen zur integrierten Versorgung

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. Beispielhaft genannte Verträge mit den in 2012 fusionierten Krankenkassen DAK und BKK Gesundheit oder der AOK Sachsen-Anhalt belegen, dass die Versorgung mit moderner Wundversorgung wirtschaftlich ist. Budgetzwänge bei niedergelassenen Ärzten, das Abweichen von definierten Behandlungspfaden oder vorschnelle Krankenhauseinweisungen können mit der Integrierten Versorgung überwunden werden.

4.11.5 Beispiel Kompetenznetz Mittlerer Oberrhein (MOR)

Als positives Beispiel für einen strukturierten IV-Vertrag in der Wundversorgung ist das Kompetenznetz Mittlerer Oberrhein (MOR)³⁷ zu nennen. Hier wird mit dem Aufbau einer Infrastruktur eine transparente, qualitätsgesicherte Versorgung von multimorbiden Patienten oder Patienten mit chronischen Wunden vorangetrieben. In einem interdisziplinären Team wird die Prozessqualität verschiedener Tätigkeiten und Leistungen verbessert. Der Vertrag des Kompetenzzentrums MOR beinhaltet ein Case Management-Konzept zur Überleitung von stationären Patienten in die Häuslichkeit, um die Pflege der Patienten optimal zu gestalten.

Verbindliche Leitlinien und Behandlungspfade, konsequente Durchführung einer phasengerechten, hydroaktiven Wundversorgung, sowie der Einsatz eines Case-Managers im Rahmen der integrierten Versorgung führen zu einer signifikanten Verbesserung der Ergebnisse im medizinisch-pflegerischen und ökonomischen Bereich.³⁸

4.11.6 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 Ver-

³⁷ Link: www.mednet-bw.de – Wundkompetenznetz (Zugriff: 25.04.2014)

³⁸ Siehe Dissertation "Der Einfluss des Apothekers auf die Therapie chronischer Wunden", Marc Schmidt, 2010

sorgung 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 29.06.2010³⁹

4.12 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.

³⁹ www.hs-bremen.de/internet/de/einrichtungen/presse/mitteilungen/2010/detail/index_23757.html

4.13 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.

4.14 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 "Rahmenbedingungen ambulanter Operationen im GKV-System".⁴⁰

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 CEPTON⁴¹, 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 Kostensparpotentiale 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 Neue Metaanalyse verbessert bestehende Evidenz und belegt nachhaltig die besseren Heilungschancen durch hydroaktive Wundauflagen

Die Behandlung chronischer Wunden erfordert nicht nur einen hohen medizinischen und pflegerischen Aufwand im stark finanziell reglementierten Gesundheitssystem. Die Versorgungsqualität in Deutschland weist dabei erhebliche Defizite auf, nicht zuletzt aufgrund der kontroversen Diskussionen um die bestehende und erforderliche Evidenz. In der Diskussion um die vorliegenden Evidenzdaten ging es bis-

⁴⁰ www.bvmed.de/publikationen/broschueren-gesundheitsversorgung

⁴¹ www.cepton.de/studien/nutzen-durch-innovation

lang vornehmlich um die Frage der unzureichend vorhandenen randomisierten kontrollierten Studien (RCT) oder deren methodische Mängel und der darauf basierenden Metaanalysen, Cochrane-Reviews oder HTAs. Die oftmals als Fazit gezogene Schlussfolgerung einer allgemein fehlenden Evidenz in der Wundversorgung ist so aber nicht zutreffend, da in die abschließende wissenschaftliche Bewertung alle vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse einfließen müssen, also auch Studien und Untersuchungen mit geringerer Evidenzstärke, die jedoch oftmals pragmatischer (d. h. mehr auf den klinischen Alltag bezogen) aufgesetzt sind und deshalb eine höhere externe Validität aufweisen können. Die Arbeitsgruppe von Prof. Dr. Matthias Augustin, Direktor des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf hat in einer vielbeachteten Metaanalyse die klinische Evidenz zur Wundheilung unter hydroaktiver im Vergleich zur traditionellen Wundbehandlung untersucht.

Hierbei wurden erstmals nicht nur sämtliche vorliegenden randomisiert kontrollierten Studien (RCT) zur hydroaktiven Wundbehandlung zur Analyse ausgewählt sondern auch kontrollierte sowie unkontrollierte Beobachtungsstudien sowie Fall-Kontroll-Studien oder Fallserien in die Analyse mit einbezogen.

Das Wissenschaftsteam sichtete ca. 120.000 Publikationen in den einschlägigen Datenbanken sowie Leitlinien von relevanten Organisationen und Fachgesellschaften. Von diesen wurden nach wissenschaftlichen Kriterien 231 Arbeiten ausgewählt, die die "hydroaktive Wundversorgung bei Patienten mit chronischen Wunden" thematisierten. In die Metaanalyse wurden letztendlich 170 Studien mit dem Bewertungskriterium "vollständige Abheilung" aufgenommen.

Es zeigte sich in den randomisierten kontrollierten Studien eine statistisch signifikante Erhöhung der Abheilungschance um 52 % bei Behandlung mit hydroaktiven Wundaufgaben gegenüber den traditionellen Aufgaben. Dies bedeutet in anderen Worten, dass Patienten, die mit hydroaktiven Wundaufgaben behandelt wurden, eine im Mittel um 52 % höhere Chance zur Wundheilung hatten, als Patienten, die mit konventionellen Wundaufgaben therapiert wurden. Auch unter Betrachtung einzelner Diagnosen, wie Ulcus Cruris, Diabetischem Fußulcus und Dekubitus zeigten sich die hydroaktiven insgesamt den traditionellen Wundaufgaben bei der Heilung als statistisch signifikant überlegen.

Die grundsätzlich verbesserte Heilungschance mit hydroaktiven Wundaufgaben zeigte sich auch unabhängig von der Begleitung durch Kausaltherapien, wenngleich sich dadurch die Überlegenheit der hydroaktiven im Vergleich zur konventionellen Behandlung verringerte. Es ist jedoch unstrittig, dass die Kausaltherapie immer eine Grundvoraussetzung für die Wundheilung darstellt.

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 durchschnittli-

chen 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 Wundverbandwechsel

Material*	Menge pro Verband	Konventioneller Verband	Hydroaktive Wundaufgabe
Kompressen 10 x 10 cm, steril	3x2 Stück	1,91 €	1,91 €
Wundtherapeutikum	5 g	2,05 €	-----
Fettgaze 10 x 10 cm	1 Stück	2,38 €	-----
Fixiervlies Stretch 10 cm breit	25 cm	0,69 €	-----
Hydroaktivverband ca. 10x10 cm	1 Stück	-----	9,96 €
Kosten pro Verbandwechsel		7,03 €	11,87 €

* Quelle: Eigene Berechnungen/Erstattungspreise der Ersatzkassen inkl. MwSt. gem. Lauer-Taxe vom 01.03.2014

Bei der alleinigen Betrachtung der Materialkosten pro Wundverband sind die Kosten bei der Verwendung von konventionellen Produkten um ca. 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	7,03 €	11,87 €
Personalkosten* (Behandlungspflege)	11,34 €	11,34 €
Verbandwechsel-Häufigkeit pro Woche	7	3
Kosten gesamt je Woche	128,59 €	69,63 €

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

Die oben genannten Berechnungen ergeben eindeutig, dass die Verwendung hydroaktiver Wundversorgungsprodukte trotz höherer Materialstückkosten zu einem rechnerischen Gesamtkostenvorteil von ca. 46 % führt. Würde man in diese Kalkulation noch weitere Kostenfaktoren, wie den 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)

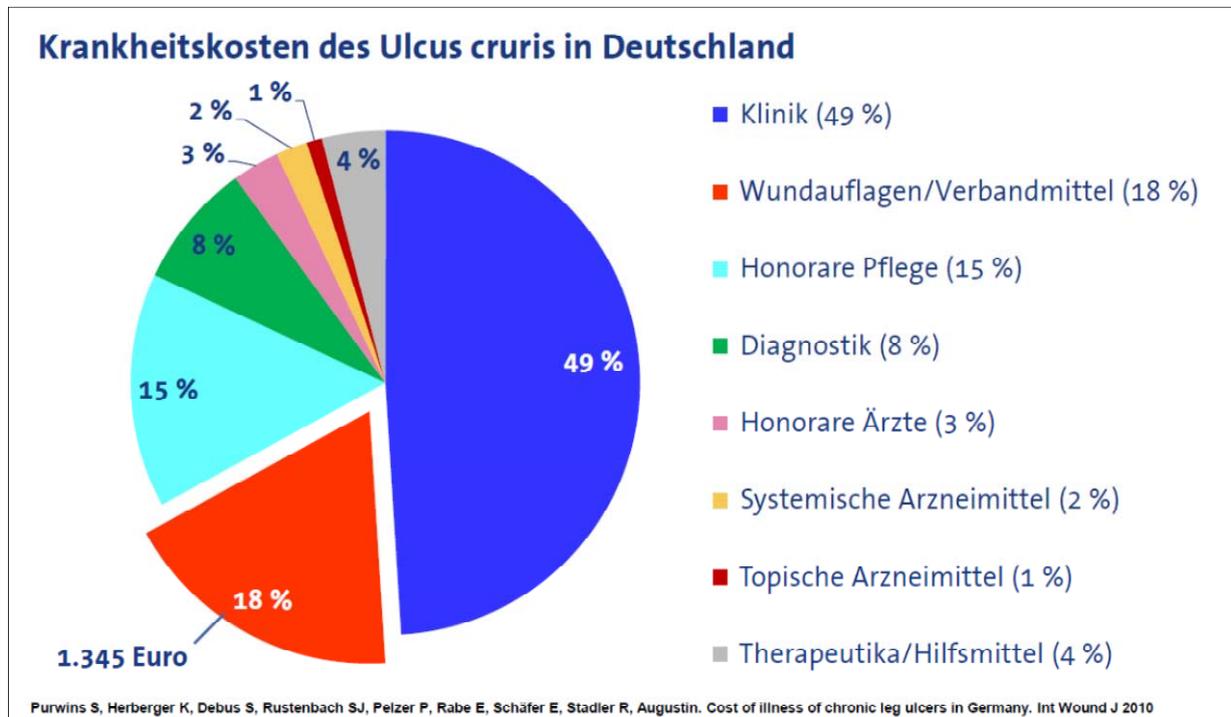
	Fettgaze-Verband	Hydrokolloid-Verband
Direkte Kosten je Patient (Euro⁴²) je Woche	120,00 €	90,19 €
Behandlungszeitraum (6 Monate)	1.871,94 €	1.289,38 €
Resultat		
Mittlere Heilungsdauer (in Wochen)	15,6	14,3
Verkleinerung des Ulcus-Durchmessers (in cm)	7,6	8,4
Verringerung der Schmerzen (in %)	68,0	70,3
Verbesserung der Lebensqualität (in %)	35,0	37,6
Kosten-Effizienz-Analyse		
Kosten je cm Verkleinerung des Ulcusdurchmessers (Euro)	246,29 €	153,49 €
Kosten je 10%ige Verringerung der Schmerzen (Euro)	275,28 €	183,40 €
Kosten-Nutzwert-Analyse		
Kosten je 10%ige Verbesserung der Lebensqualität (Euro)	534,86 €	343,38 €

⁴² Die DM-Beträge wurden in Euro umgerechnet. Quelle: Augustin et al., 1999

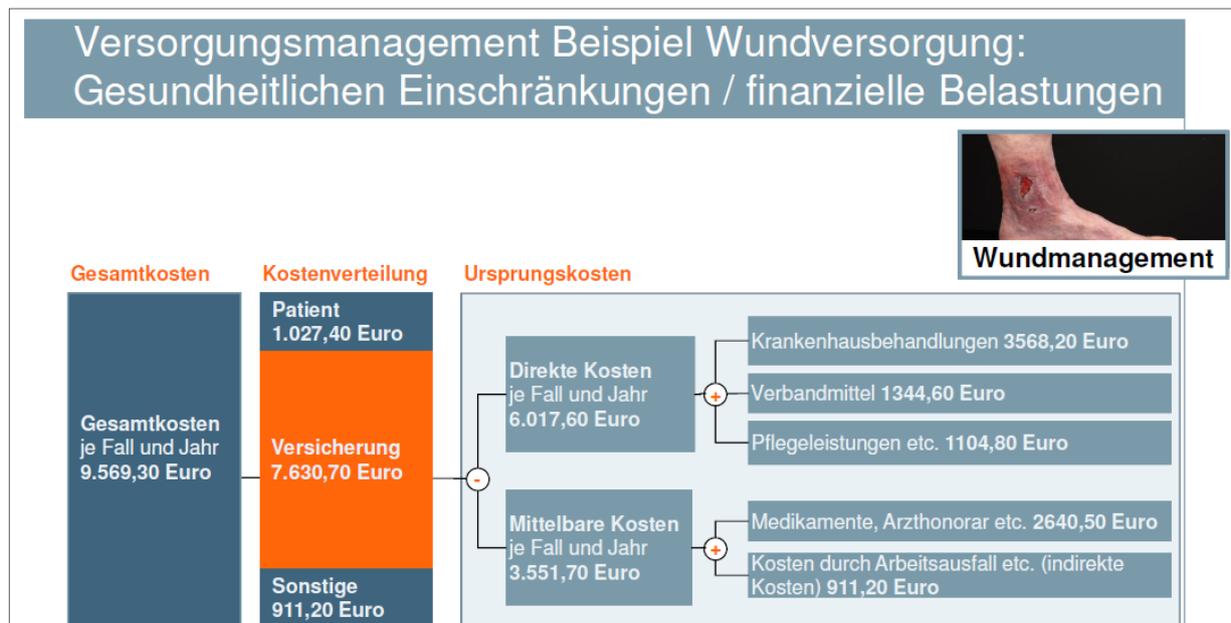
5.5.3 Krankheitskosten

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 €. ⁴³

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)



(Grafik aus dem Vortrag von Dr. Detlev Parow, DAK-Gesundheit, vom 21.01.2014;
Quelle: Purwins et al., Cost-of-illness of chronic leg ulcers in Germany, Int Wound J. 2010)

⁴³ Purwins et al., 2010

6. Zusammenfassung

Gerade die Versorgung von chronischen Wunden stellt eine Herausforderung für die Medizin und Pflege dar. Berücksichtigt werden muss, dass die Patienten zwischen 6 Monaten und bis zu 6 Jahren behandelt werden und somit Behandlungskosten in Höhe mehrerer Milliarden entstehen. Durch Prävention und den Einsatz von hydroaktiven Wundauflagen 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 etwa zwei Millionen Patienten mit chronischen Wunden und einer deutlichen Zunahme aufgrund 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 Wundversorgungsprodukte 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 hydroaktive Wundauflagen 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 venosum⁴⁴ empfehlen die hydroaktive Wundversorgung. Ein klares Zeichen, dass hydroaktive Wundversorgung dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis entspricht.

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

Grundsatzstellungnahme des MDS zur Dekubitustherapie und Wirtschaftlichkeit:⁴⁵

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

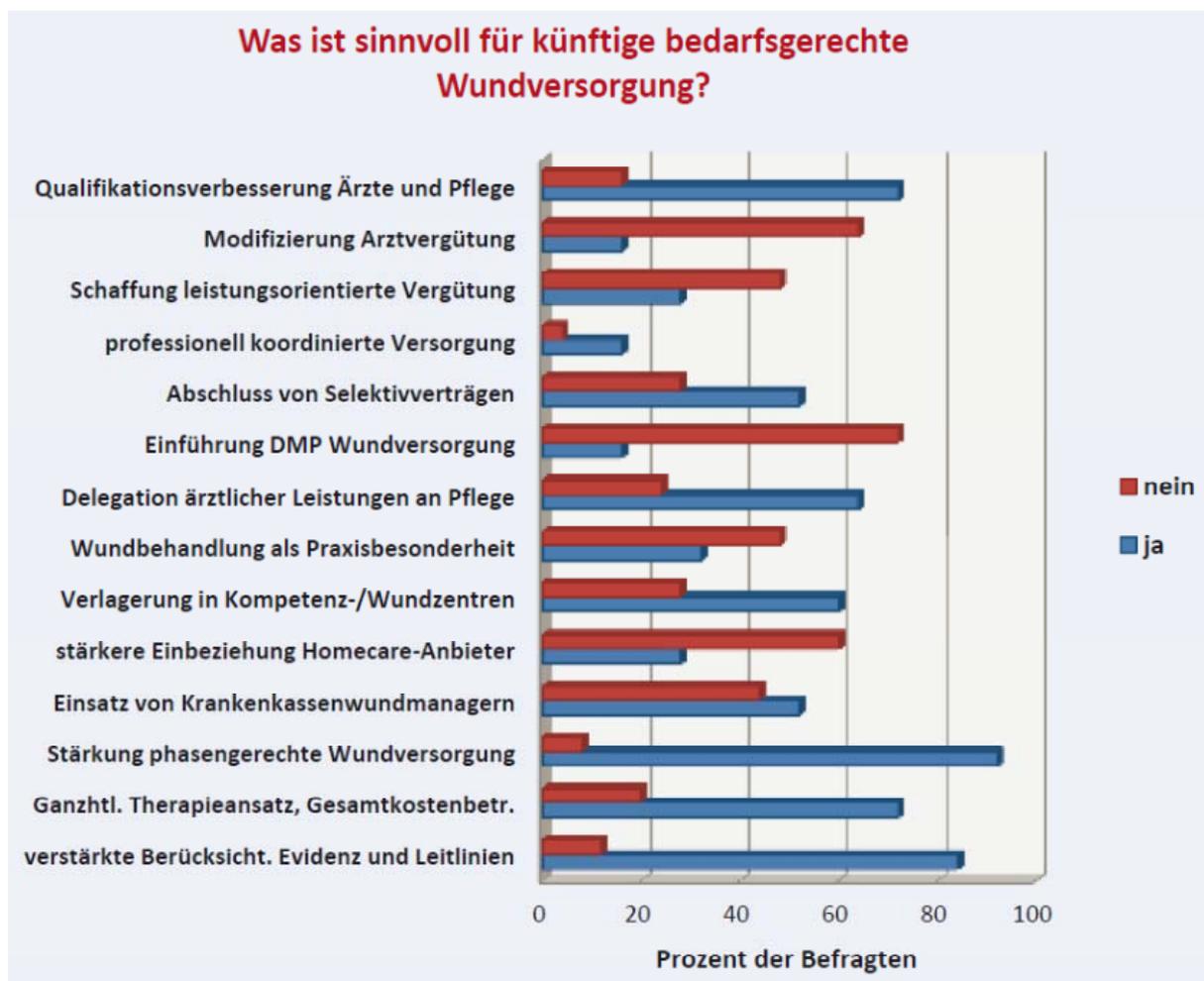
Zur Einschätzung des Pflege- und Behandlungsaufwandes für die Wundversorgung bei einem bestehenden Dekubitus, sind folgende Indikatoren von Bedeutung:

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

In einer Umfrage aus 2014 zur Versorgung mit chronischen Wunden unter den gesetzlichen Krankenkassen wurden als sinnvolle Maßnahmen vor allem die Stärkung und Förderung einer phasengerechten modernen Wundversorgung (92 Prozent), eine verstärkte Berücksichtigung der verfügbaren Evidenz und Leitlinien (84 Prozent) und eine Verbesserung der Qualifikation der Ärzteschaft sowie ein ganzheitlicher Therapieansatz inklusive einer Gesamtkostenbetrachtung (jeweils 72 Prozent) genannt.

⁴⁴ www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien/ll-liste/deutsche-gesellschaft-fuer-phlebologie-dgp.html

⁴⁵ Quelle: MDK/MDS-Grundsatzstellungnahme Dekubitus – Medizinisch-pflegerische Grundlagen, Prophylaxe und Therapie, Bearbeitung von Behandlungs-/Pflegerfehlervorwürfen, Juni 2001



Quelle: Welt der Krankenversicherung 1/15, S. 19

7. Literatur

- (1), (8) Welt der Krankenversicherung, 4. Jahrgang, Ausgabe 1/2015, Herausgeber: Rolf Stuppardt
www.bvmed.de/wdk-chronische-wunden
- (2), (18) Heyer K. et al.: Effectiveness of Advanced versus Conventional Wound Dressings on Healing of Chronic Wounds: Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Dermatology* 226 (2), 06/2013, 172-184
- (3), (35) Janßen H., Becker R.: Qualität und Kosten in der chronischen Wundversorgung – Widerspruch oder vereinbar? In: *Orthopädie-Technik*, 12/2008, 920-924
- (4) Heller G. et al.: Über die Häufigkeit von Amputationen unterer Extremitäten in Deutschland. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* (130), 07/2005, 1689-1690
- (5) Rümenapf G. et al.: Das diabetische Fußsyndrom, Teil 1: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Klassifikation. In: *Gefäßchirurgie* 3/2010, 209-220
- (6), (7) 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
Abstract: www.bvmed.de/publikationen/broschueren-moderne-wundversorgung
- (10) Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie/AMR: Verordnungsfähigkeit von Medizinprodukten vom 15.05.2008
www.g-ba.de/downloads/40-268-619/2008-05-15-AMR-Medizinprodukte-Verordnung_TrG.pdf
- (11) Gesetz über Medizinprodukte (MPG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 07.08.2002 (BGBl. I S. 3146), zuletzt geändert durch Artikel 16 des Gesetzes vom 21.07.2014 (BGBl. I S. 1133)
www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/mpg/gesamt.pdf
- (12) Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung in der aktuellen Fassung
www.gesetze-im-internet.de/sgb_5

- (13) Ukat A., König M., Münter C., Vanscheidt W.: Vierlagen-Kompressionssystem im Vergleich zur Kurzzugkompression beim Ulcus cruris venosum. *MMW Fortschr Med* 2002; 144: 91 - 98
- (14),(42) Augustin M. et al.: Chronic leg ulcers: cost evaluation of two treatment strategies. *Journal of Dermatological Treatment* (1999) 10 (Suppl. 1), S21 - S25
- (15) Bergemann R. et al.: Economic Evaluation of the Treatment of Chronic Wounds. *Pharmacoeconomics*, 16, (4), 1999, 368 - 377
- (16) Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Kommentierung und Literaturanalyse. DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). März 2008/aktualisiert Juni 2009
www.wiso.hs-osnabrueck.de/fileadmin/users/774/upload/ExpertenstandardChronischeWunden.pdf
- (17) Grundsatzstellungnahme Dekubitus, Medizinisch-pflegerische Grundlagen, Prophylaxe und Therapie, Bearbeitung von Behandlungs-/Pflegefehlervorwürfen, Projektgruppe 32, Stand: Juni 2001
www.mds-ev.de/media/pdf/P32_Dekubitus.pdf
- (19) Sellmer W., Fachapotheker für klinische Pharmazie, Vorstandsmitglied Wundzentrum Hamburg e.V. – Aktuelles Handout unter: www.werner-sellmer.de mit Verweis auf:
 Protz K.: Moderne Wundversorgung, Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH, 7. Aufl., 02/2014
- (20) Röhlig H.W.: Position des Medizinprodukteberaters im Qualitätsmanagement der Wundversorgung, *Wundforum*, Heft 1/2011
- (21) Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Richtlinie nach § 63 Absatz 3c SGB V) vom 20. Oktober 2011, *BAnz. Nr. 46 (S. 1128)* vom 21.03.2012
- (22) Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013 (Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte)
- (24) Richtlinie über Medizinprodukte 93/42/EWG des Rates über Medizinprodukte vom 14.06.1993, zuletzt geändert durch Artikel 2 der Richtlinie 2007/47 vom 05.09.2007 (Abl. L 247, S. 21)
eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1993L0042:20071011:de:PDF
- (28) Arzneimittel-Richtlinie (AMR)/Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung
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
www.g-ba.de/downloads/39-261-675/2008-05-15-AMR-Medizinprodukte-Verordnung_BAnz.pdf
- (29) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) in der Neufassung vom 17.09.2009, zuletzt geändert am 17.07.2014, veröffentlicht im *BAnz AT 06.10.2014 B2*, in Kraft getreten am 07.10.2014
www.g-ba.de/informationen/richtlinien/11
www.g-ba.de/downloads/62-492-924/HKP-RL_2014-07-17.pdf
- (36) DRG: Fallpauschalen-Katalog, www.g-drg.de
- (38) Der Einfluss des Apothekers auf die Therapie chronischer Wunden. Marc Schmidt, 2010
archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2010/0754/pdf/dms.pdf
- (41) CEPTON-Studie: Nutzen durch Innovation, www.cepton.de/studien/nutzen-durch-innovation
- (43) Purwins S., Herberger K., Debus E.S., Rustenbach S.J., 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
- (44) Diagnostik, Therapie, Verlaufskontrolle und Prävention des diabetischen Fußsyndroms. Scherbaum W.A., Haak T. (Hrsg.). Evidenzbasierte Leitlinie der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG), Mai 2008
www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Leitlinien/Evidenzbasierte_Leitlinien/EBL_Fusssyndrom_Update_2008.pdf

- Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum. S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie (DGP)
www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien/ll-liste/deutsche-gesellschaft-fuer-phlebologie-dgp.html
- (45) MDK/MDS-Grundsatzstellungnahme Dekubitus: Medizinisch-pflegerische Grundlagen, Prophylaxe und Therapie, Bearbeitung von Behandlungs-/Pflegefehlervorwürfen, Juni 2001
www.mds-ev.de/media/pdf/P32_Dekubitus.pdf

Weiterführende Literatur zur palliativen Wundversorgung

- > Dörschug D.: Wundversorgung in der Palliativmedizin. Angewandte Schmerztherapie und Palliativmedizin 3/10, Seite 45-48
- > Kern M., Knobloch D., Übach B.: Wunden – Anleitung und Information zum palliativen Wundmanagement. pflegen: palliativ 12/11, Friedrich Verlag GmbH
- > Kern M., Dörschug D.: Wundversorgung von Dekubitalulzera bei Palliativpatienten im Spannungsfeld von palliativem und kurativem Handlungsansatz. Beilage palliativpflege in Zeitschrift für Palliativmedizin, Ausgabe 1, März 2009
- > Kern M.: Der "offensichtliche" Ausdruck einer Tumorerkrankung – Palliative Wundbehandlung bei (ex)ulzerierenden Wunden. Deutsche Zeitschrift für Onkologie 2009; 41: 33-36
- > Principles of best practice: Minimising pain at wound dressing-related procedures. A consensus document. London: MEP Ltd, 2004 (Prinzipien der best practice. Eine Initiative der World Union of Wound Healing Societies. Reduzierung von Schmerzen bei der Wundversorgung. Ein Konsensdokument)
- > Schmid U. (2006): Wundversorgung. In: Palliative Care, Handbuch für Pflege und Begleitung, Heidelberg: Springer Verlag
- > von Reibnitz C. (2011): Palliativversorgung Intensiveinsatzgebiete für Pflegedienste. Häusliche Pflege 6: 43-46
- > von Reibnitz C. (2011): Homecare in der Versorgung von Palliativpatienten. Qualifizierte Begleitung von Sterbenden und Trauernden. Forum-Verlag Merching, Band 1, Abschnitt 3/3.2.2: 1-32

8. Abkürzungsverzeichnis/Glossar

arztentlastende Praxisassistenten	Beispiele: > AGnES (arztentlastende, gemeindenahе, E-Health-gestützte und systemische Intervention) > VERAH® (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) > MoPra (Mobile Praxisassistentin in Sachsen-Anhalt) > EVA (Entlastende Versorgungs-Assistentin in NRW) > MoNi (Modell Niedersachsen)
BAG	Die Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ist eine Kooperationsform von Ärzten, die z. B. Gemeinschaftspraxen einschließt. Durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurden die Bezeichnungen vereinheitlicht und zusammen mit weiteren Reformen neue Möglichkeiten geschaffen: > Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften > Teilausübungsgemeinschaften Definition unter www.kvberlin.de/20praxis/10zulassung/40praxiskooperation/20bg
Bewertungsausschuss	Der Bewertungsausschuss beschließt den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) bzw. dessen Änderungen. www.g-ba.de/institution/sys/glossar/186/
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) vom 1. Januar 2015 www.kbv.de/media/sp/BMV_Aerzte.pdf
BVA	Bundesversicherungsamt
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab; er bestimmt den Inhalt der im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abrechnungsfähigen ambulanten Leistungen und gilt in der Gesetzlichen Krankenversicherung. www.kbv.de/html/ebm.php

G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss www.g-ba.de
GdB	Grad der Behinderung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen www.gkv-spitzenverband.de
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte; zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen für Privatpatienten oder andere Kostenträger, z. B. Beamte. Sie gilt für den ambulanten und stationären Bereich. www.e-bis.de/goae/defaultFrame.htm , www.gesetze-im-internet.de/go__1982
GOP	Gebührenordnungsposition im EBM (sog. EBM-Ziffer) www.kbv.de/html/ebm.php
HKP	Häusliche Krankenpflege; Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in der vertragsärztlichen Versorgung (HKP-RL): www.g-ba.de/downloads/62-492-924/HKP-RL_2014-07-17.pdf
hydroaktiv	Hydroaktive Wundauflagen schaffen und/oder erhalten ein ideal feuchtes Wundmilieu.
HzV	Hausarztzentrierte Versorgung: Form der medizinischen Versorgung, in welcher der Hausarzt im Krankheitsfall als primäre Anlaufstelle des Patienten die Behandlungsschritte koordiniert (Hausarzt als "Lotse" im Gesundheitswesen)
IGSF	Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH (IGSF), Kiel; Beratungs- und Forschungsunternehmen der Gesundheitsbranche, das als Dienstleister an der Schnittstelle zwischen Forschung & Entwicklung und Wirtschaft tätig ist. www.igsf-gmbh.de
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung www.kbv.de
KV	Kassenärztliche Vereinigung; Die 17 kassenärztliche Vereinigungen (KVen) sind für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherungen zuständig.
konventionelle Wundversorgung	Die konventionelle, traditionelle Wundversorgung wird mit trockenen Verbänden durchgeführt und dient im Wesentlichen als Barriere gegen Infektionen. Beispiele für konventionelle Wundversorgungsprodukte: Kompressen, Saugkompressen und Tupfer.
Leistungserbringer	Gem. SGB V Vertragspartner der Krankenkasse, der zur Leistungserbringung und/oder Abrechnung berechtigt ist.
MdE	Minderung der Erwerbsfähigkeit
moderne Wundversorgung	Bei der modernen Wundversorgung wird die Wunde mittels der Verbände in einen physiologisch idealen feuchten Zustand versetzt. Mit Produkten der modernen Wundversorgung wird eine phasengerechte Wundversorgung durchgeführt. Beispiele für moderne Wundversorgungsprodukte: Schaumverbände, Alginate, Hydrokolloide und Hydrogele.
morbiditätsbedingte Gesamtvergütung	Die Krankenkassen zahlen an die Kassenärztlichen Vereinigungen für die vertragsärztliche Versorgung mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung als Ausgabenobergrenze = morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Damit werden mit Ausnahme der in Selektivverträgen gesondert vereinbarten und aus der Gesamtvergütung herausgerechneten Leistungen alle vertragsärztlichen Leistungen für die Versicherten einer Kasse abgedeckt.
Muster 16	Das Formular enthält kein extra Feld für Verbandmittel. Verbandmittel sind keine Hilfsmittel und es ist daher zu beachten, dass das Feld "Hilfsmittel" <u>nicht</u> angekreuzt wird!
OR-Prozeduren	OR-Prozeduren sind signifikante Eingriffe im OP-Saal (Operating Room = OR), siehe DRG-Fallpauschalenkatalog
PKV	private Krankenversicherung
QZV	qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen

RLV	Das Regelleistungsvolumen, arzt- und praxisbezogen, ist ein Instrument zur Mengensteuerung der vertragsärztlichen Versorgung. Das RLV ergibt sich aus der Multiplikation eines arztgruppenspezifischen Fallwertes mit der arztindividuellen Fallzahl des Vorjahresquartals. www.aok-bv.de/lexikon/r/index_00130.html
Selektivvertrag	Der Selektivvertrag bietet einzelnen Ärzten und Psychotherapeuten bzw. einem Berufsverband die Möglichkeit, individuell mit den Krankenkassen die Vertragsbedingungen auszuhandeln. In Selektivverträgen können Leistungen außerhalb der sog. Regelversorgung vereinbart werden, z. B. eine besondere hausärztliche Versorgung (§ 73b SGB V) und eine besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V). Der einzelne Arzt oder Psychotherapeut geht hier direkt mit der Krankenkasse eine Vertragsbeziehung ein. Wenn der Vertragsarzt/-psychotherapeut und sein GKV-Patient in denselben Selektivvertrag eingeschrieben sind, findet die Versorgung nicht mehr über die Regelversorgung statt.
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung www.gesetze-im-internet.de/sgb_5
SSB	Sprechstundenbedarf; Gemäß der Sprechstundenbedarfsvereinbarungen der Kassenärztlichen Vereinigungen gelten nur solche Artikel als Sprechstundenbedarf, die ihrer Art nach bei 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 hat dem fachlichen Versorgungsumfang der Praxis zu entsprechen und muss zur Zahl der Behandlungsfälle bzw. zur Zahl der einschlägigen Leistungen in angemessenem Verhältnis stehen. Dies gilt auch für Ärzte, die im Rahmen einer Ermächtigung in Krankenhäusern tätig sind. Die Anforderung und Verwendung von Sprechstundenbedarf ist bei stationärer und belegärztlicher Behandlung nicht zulässig. Als Sprechstundenbedarf gelten nur die meist in Anlagen zu den SSB-Vereinbarungen aufgeführten Mittel.
traditionelle Wundversorgung	gleichzusetzen mit "trockener Wundversorgung"; Behandlung von Wunden mit trockenen Verbänden wie beispielsweise Mullkompressen
Wunddokumentation	Beispiele der Wunddokumentation/Wunddokumentationsbögen: <ul style="list-style-type: none"> > www.draco.de/uploads/media/DRACO_Wunddokumentationsbogen.pdf > www.coloplast.de/Wundversorgung/Fachkraft/Wunddokumentation/#section=_135873 > www.smith-nephew.de/sites/default/files/files/12_029_Wunddokumentationsbogen.pdf > www.urgo.de/uploads/tx_shmurgodownloads/Wunddokumentation_Pflege_download.pdf > www.urgo.de/uploads/tx_shmurgodownloads/Wunddokumentation_Arzt_download.pdf
Wundmanager-Weiterbildungen	Hauptanbieter: * <ul style="list-style-type: none"> > Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW) – verschiedene privatwirtschaftliche Anbieter > Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. (DGfW) – verschiedene privatwirtschaftliche Anbieter > Kammerlander – Akademie ZWM® Kammerlander www.akademie-zwm.ch/home.html > Akademie für Wundmanagement AWM® – Duale Hochschule Heidenheim www.wundwoche.de > Wundmanager TÜV – TÜV Rheinland Group www.tuv.com/de/deutschland/pk/weiterbildung/gesundheitswesen_soziales_wellness/wundmanagement/wundmanagement.html

* Hinweis: Die Autoren dieser Broschüre erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Anhang 1

EBM 2015 – Ziffern Wundbehandlung mit Leistungsinhalt

EBM-Ziffer	Leistungsinhalt	Punkte/ Euro* (EBM 2015)
Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen		
02300	Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation <i>Obligater Leistungsinhalt:</i> - Operativer Eingriff mit einer Dauer von bis zu 5 Minuten und/oder - Primäre Wundversorgung und/oder - Epilation durch Elektrokoagulation im Gesicht und/oder an den Händen bei krankhaftem und entstellendem Haarwuchs, einmal am Behandlungstag	57 5,85 €
02301	Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht <i>Obligater Leistungsinhalt:</i> - Primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern und/oder - Primäre Wundversorgung mittels Naht und/oder Gewebekleber und/oder - Koagulation und/oder Kauterisation krankhafter Haut- und/oder Schleimhautveränderungen und/oder - Operative Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmündung und/oder - Operative Entfernung eines unter der Oberfläche von Haut oder Schleimhaut gelegenen Fremdkörpers nach Aufsuchen durch Schnitt und/oder - Öffnung eines Körperkanalverschlusses an der Körperoberfläche oder Eröffnung eines Abszesses oder Exzision eines Furunkels und/oder - Verschiebeplastik zur Deckung eines Hautdefektes und/oder - Eröffnung eines subcutanen Panaritiums oder einer Paronychie, einmal am Behandlungstag	129 13,25 €
02302	Kleiner operativer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern <i>Obligater Leistungsinhalt:</i> - Primäre Wundversorgung mittels Naht bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern und/oder - Exzision eines Bezirkes oder einer intradermalen Geschwulst aus der Haut des Gesichts mit Wundverschluss und/oder - Hochtouriges Schleifen von Bezirken der Haut bei schweren Entstellungen durch Naevi oder Narben und/oder - Exzision eines großen Bezirkes aus Haut und/oder Schleimhaut oder einer kleinen unter der Haut und/oder Schleimhaut gelegenen Geschwulst und/oder - Exzision und/oder Probeexzision von tiefliegendem Körpergewebe (z. B. Fettgewebe) und/oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle und/oder - Emmert-Plastik und/oder - Venae sectio, einmal am Behandlungstag	239 24,55 €

* Berechnung auf Grundlage des Orientierungswertes in Höhe von 10,2718 Cent je Punkt

EBM-Ziffer	Leistungsinhalt	Punkte/ Euro (EBM 2015)
02310	<p>Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n) und/oder Decubitalulcus (-ulcera)</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Abtragung von Nekrosen und/oder - Wunddebridement und/oder - Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes und/oder - Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade, - mindestens 3 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Einbringung, Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten, - Anlage/Wechsel von Schienenverbänden, einmal im Behandlungsfall <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>	<p>205</p> <p>21,06 €</p>
02311	<p>Behandlung des diabetischen Fußes</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Abtragung ausgedehnter Nekrosen der unteren Extremität beim diabetischen Fuß, - Überprüfung und/oder Verordnung von geeignetem Schuhwerk <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Verband, je Bein, je Sitzung <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>140</p> <p>14,38 €</p>
02312	<p>Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Abtragung von Nekrosen, - Lokalthherapie unter Anwendung von Verbänden, - Entstauende phlebologische Funktionsverbände, - Fotodokumentation zu Beginn der Behandlung, danach alle 4 Wochen <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Thromboseprophylaxe, - Teilbäder, je Bein, je Sitzung <p><i>Die Gebührenordnungsposition 02312 unterliegt einer Höchstpunktzahl im Behandlungsfall von 4.244 Punkten. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden.</i></p>	<p>55</p> <p>5,65 €</p>
Chirurgische, kinderchirurgische und plastisch-chirurgische Gebührenordnungspositionen		
07340	<p>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)</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Abtragung von Nekrosen und/oder - Wunddebridement und/oder - Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes und/oder - Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade, 	<p>272</p> <p>27,94 €</p>

EBM-Ziffer	Leistungsinhalt	Punkte/ Euro (EBM 2015)
	<ul style="list-style-type: none"> - mindestens 5 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall, <i>Fakultativer Leistungsinhalt:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Einbringung, Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten, - Anlage/Wechsel von Schienenverbänden, 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 post-thrombotischen Syndrom, beim Lymphödem und bei oberflächlichen sowie tiefen Beinvenenthrombosen.</i>	
Hautärztliche Gebührenordnungspositionen		
10330	Behandlungskomplex einer ausgedehnten offenen Wunde <i>Obligater Leistungsinhalt:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Mindestens 5 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall, - Behandlung einer offenen Wunde und/oder - einer Verbrennung und/oder - einer septischen Wundheilungsstörung <i>Fakultativer Leistungsinhalt:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Abtragung von Nekrosen, - Wunddebridement, - Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes, - Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade, - Anlage/Wechsel von Schienenverbänden, - Einbringung, Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten, 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 post-thrombotischen Syndrom, beim Lymphödem und bei oberflächlichen sowie tiefen Beinvenenthrombosen.</i>	272 27,94 €
10340	Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation <i>Obligater Leistungsinhalt:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Operativer Eingriff mit einer Dauer von bis zu 5 Minuten und/oder - Primäre Wundversorgung und/oder - Epilation durch Elektrokoagulation im Gesicht und/oder an den Händen bei krankhaftem und entstellendem Haarwuchs, einmal am Behandlungstag	57 5,85 €
10341	Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung <i>Obligater Leistungsinhalt:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern und/oder - Primäre Wundversorgung mittels Naht und/oder Gewebekleber und/oder - Koagulation und/oder Kauterisation krankhafter Haut- und/oder Schleimhautveränderungen und/oder - Operative Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmündung und/oder - Operative Entfernung eines unter der Oberfläche von Haut oder Schleimhaut gelegenen Fremdkörpers nach Aufsuchen durch Schnitt und/oder - Öffnung eines Körperkanalverschlusses an der Körperoberfläche oder Eröffnung eines Abszesses oder Exzision eines Furunkels und/oder - Verschiebeplastik zur Deckung eines Hautdefektes 	129 13,25 €

EBM-Ziffer	Leistungsinhalt	Punkte/ Euro (EBM 2015)
	und/oder - Eröffnung eines subcutanen Panaritiums oder einer Paronychie, einmal am Behandlungstag	
10342	Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern <i>Obligater Leistungsinhalt:</i> - Primäre Wundversorgung einer Wunde mittels Naht bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern und/oder - Exzision eines Bezirkes oder einer intradermalen Geschwulst aus der Haut des Gesichts mit Wundverschluss und/oder - Hochtouriges Schleifen von Bezirken der Haut bei schweren Entstellungen durch Naevi oder Narben und/oder - Exzision eines großen Bezirkes aus Haut und/oder Schleimhaut oder einer kleinen unter der Haut und/oder Schleimhaut gelegenen Geschwulst und/oder - Exzision und/oder Probeexzision von tiefliegendem Körpergewebe (z. B. Fettgewebe) und/oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z. B. Zunge) und/oder - Emmert-Plastik und/oder - Venae sectio, einmal am Behandlungstag	239 24,55 €
Orthopädische Gebührenordnungspositionen		
18340	Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n), septischen Wundheilungsstörung(en), Abszesses/n, septischen Knochenprozesses/n und/oder Decubitalulcus (-ulcera) <i>Obligater Leistungsinhalt:</i> - Abtragung von Nekrosen und/oder - Wunddebridement und/oder - Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes und/oder - Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade, - mindestens 5 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall <i>Fakultativer Leistungsinhalt:</i> - Einbringung, Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten, - Anlage/Wechsel von Schienenverbänden, einmal im Behandlungsfall <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 post-thrombotischen Syndrom, beim Lymphödem und bei oberflächlichen sowie tiefen Beinvenenthrombosen.</i>	272 27,94 €

Das eingesetzte Material ist in diesen Ziffern nicht enthalten und muss daher separat verordnet werden.

Anhang 2

GOÄ

Wundversorgung, Fremdkörperentfernung		Punkte	einfacher Gebührensatz	zulässiger Gebührensatz
2000	Erstversorgung einer kleinen Wunde	70	4,08 €	9,38 €
2001	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Naht	130	7,58 €	17,53 €
2002	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Umschneidung und Naht	160	9,33 €	21,46 €
2003	Erstversorgung einer großen und/oder stark verunreigten Wunde	130	7,58 €	17,43 €
2004	Versorgung einer großen Wunde einschließlich Naht	240	13,99 €	32,18 €
2005	Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde einschließlich Umschneidung und Naht	400	23,31 €	53,64 €
2006	Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt oder Entzündungserscheinungen oder Eiterungen aufweist auch Abtragung von Nekrosen an einer Wunde	63	3,67 €	8,44 €
2007	Entfernen von Fäden oder Klammern	40	2,33 €	5,36 €
2008	Wund- oder Fistelspaltung	90	5,25 €	12,08 €
2009	Entfernung eines unter der Oberfläche der Haut oder Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers	100	5,83 €	13,41 €
2010	Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen	379	22,09 €	50,81 €
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n) in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang	60	3,50 €	8,05 €

Das eingesetzte Material ist in diesen Ziffern nicht enthalten und muss daher separat verordnet werden.

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