

Wundmanagement in der hausärztlichen Praxis

Apotheker Klaus Hollmann

Akute Wunden heilen in der Regel von alleine, ohne dass eine besondere Versorgung, oder eine andere therapeutische Maßnahme notwendig wären. Die Versorgung der akuten Wunde stellt deshalb in der hausärztlichen Praxis kein Problem dar. Über Verbandsmaterialien, die per Verordnung im Sprechstundenbedarf in der Praxis vorrätig sind, erhält der Patient seine Wundversorgung. Ggf. wird bei einem weiteren Arzt-Patienten-Kontakt der Verband in der Praxis gewechselt.

Treten aber Verzögerungen und Komplikationen während der Heilung der Wunde auf, ist ein Wundmanagement gefragt, das in der Hausarztpraxis zu einigen Problemen führen kann.

Es werden rund drei bis vier Millionen Menschen mit chronischen Wunden in Deutschland versorgt, bei denen der natürliche Heilungsprozess gestört oder gänzlich gestoppt ist. Man spricht von chronischen Wunden, wenn der Hautdefekt innerhalb eines Zeitraumes von sechs bis acht Wochen, trotz fachgerechter Therapie, keine Heilungstendenz zeigt [1].

Eine chronische Wunde zu beurteilen und zu versorgen, zählt in der Ausbildung des Arztes nicht zu den besonders relevanten Fächern. Oft handelt es sich zudem um Patienten, die weitere, oft auch schwer wiegende Erkrankungen aufweisen und daraus resultiert ein hoher Zeitbedarf für den Arzt-Patienten-Kontakt.

Dass zu einer modernen Wundversorgung eine feuchte Wundaufgabe gehört, das ist allgemein bekannter Standard. Die vorhandene Produktvielfalt von sogenannten hydroaktiven Wundaufgaben hingegen ist nicht zu überblicken. Verbandmittel zählen zwar hinsichtlich ihrer Verordnungskosten zu den Arzneimitteln und gehen in die Statistiken zur statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung ein, **sie werden aber als Medizinprodukte mit relativ geringerem Aufwand** auf dem deutschen Pharmamarkt **zugelassen**.

Konsequenz: **Ständig neue Produkte – keine Markttransparenz**. Die Einführung von Medizinprodukten verlangt lediglich, dass deren Sicherheit und Übereinstimmung mit ihrer Zweckbestimmung belegt ist.

Insbesondere **die Datenlage zur Wirksamkeit** der Wundaufgaben – also zur Verbesserung des Heilungsprozesses der Wunde – **ist enttäuschend**.

Die im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichte Leitlinie erfüllt zwar die formalen Kriterien des S3-Niveaus, die wesentlichen Aussagen basieren aber auf einer Konsensbildung, was eher dem Charakter eines S1-Niveaus entspricht. Somit gibt es keine verlässliche evidenzbasierte Informationsquelle, die die Produkte vorgibt, die aus der Vielzahl der Angebote zu favorisieren sind.

Verbandsmaterialien als solche sind natürlich zu Lasten der GKV verordnungsfähig, unabhängig davon, ob sie verschreibungspflichtig, apothekenpflichtig oder gar nicht apothekenpflichtig sind.

Der Patient hat einen Anspruch auf die Versorgung bzw. Verordnung von

Verbandmaterialien gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 31 SGB V).

Der Vertragsarzt muss mit der Verordnung zu Lasten der Solidaritätsgemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung vornehmen. Eine moderne Wundaufgabe ist zweckmäßig, aber welche unter den modernen Wundaufgaben ist wirtschaftlich?

Eine Preistransparenz gibt es faktisch nicht. So werden Preise für Verbandmittel in den Arztsoftwareprogrammen überhaupt nicht ausgewiesen.

Versorgt man einzelne Patienten mit chronischen Wunden oder gar eine Vielzahl von Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen, dann werden die über Kassenrezept entstandenen Verordnungskosten der Verbandmittel nicht in die statistische Auswertung der Arztsoftware aufgenommen.

Apotheken, Homecare-Unternehmen oder Sanitätshäuser beliefern die Rezepte und rechnen über ihre Rechenzentren gegenüber den Krankenkassen ab und diese ordnen die Verordnungskosten nach Betriebsstättennummern in die offiziellen Prüfstatistiken ein, mit denen der Vertragsarzt dann, wenn es um die Budgeteinhaltung geht, konfrontiert wird.

Warum die Preise für Verbandsmaterialien nicht ausgewiesen werden, hängt damit zusammen, dass die sogenannte Arzneimittelpreisverordnung nur für Arzneimittel aber eben nicht für Verbandsmittel gilt und somit vertraglich festgelegte Preise und ggf. von Kasse zu Kasse unterschiedliche Preise, relevant sind.

So müsste erst der Gesetzgeber im SGB V nachjustieren, bevor die Arztsoftwareprogramme Preise für Verbandsmaterialien nennen dürfen.

Die Intransparenz des Produktangebots und der Preise, als auch das knappe Zeitbudget des Arztes, beides wird seit einigen Jahren aufgefangen durch die sogenannten **Wundmanager**. Dies sind beispielsweise Pfleger, die sich speziell im Bereich der Versorgung der chronischen Wunden fortgebildet haben, Mitarbeiter von Sanitätshäusern oder Personen, die in einem angestellten **Verhältnis zu einem Verbandsmittelhersteller** stehen.

Manchmal zieht man diese Wundmanager bereits im Krankenhaus hinzu, oder man kooperiert seitens eines Pflegeheimes mit einem „Wundzentrum“ regelmäßig mit der Konsequenz, dass Vorschläge – meist ohne Abstimmung mit dem Arzt – unterbreitet werden, die der Arzt verordnen sollte.

In manchen Fällen drängt sich bei den vorgeschlagenen Artikeln und Kombinationen der Eindruck auf, dass die Empfehlungen nicht nur zum Vorteil des Patienten und der schnelleren Wundheilung geäußert werden. Häufig wird eine Vielzahl von Produkten gleichzeitig bei einer Wunde angewendet, was zu extremen Kosten führt. Es wird kritisiert, dass sich die Wundbehandlungsinterventionen mehr auf Marketing und Erfahrungswissen begründen als auf Evidenz.

Wundspülung, Hydrogel, Schaumverband zur Exsudataufnahme und zusätzlich hydrokolloider Wundverband lassen bei täglichem Wechsel – obwohl diese Verbandsmaterialien eine Wundversorgung über mehrere Tage sichern sollen – Tagestherapiekosten von bestimmt 20 € entstehen, was, übertragen auf ein Quartal, 2000 € pro Patient bedeutet.

Im Bereich der KV Hessen gibt es eine Einzelfallprüfung mit einer Regressforderungen von 40.000 € bezogen auf einen Patienten für den Zeitraum von einem Jahr! Ärzte sind deshalb gut beraten, nicht einfach den Empfehlungen von Wundmanagern zu folgen, denn es gibt eben gerade keine Garantie, dass eine chronische Wunde, auch wenn man die exklusivsten Produkte miteinander kombiniert, nach drei Monaten geheilt ist.

Was sollte man beachten, um die Vorgabe einer wirtschaftlichen Verordnungsweise im Bereich der Wundversorgung zu erfüllen?

Auf Lokalthérapeutika (z.B. Povidon-Jod: Betaisodona ® u.a., H₂O₂) sollte weitgehend verzichtet werden. Lediglich infizierte eitrige Wunden mit hoher Keimdichte und allen Infektionszeichen müssen desinfiziert werden.

Allerdings ist Polividon-Jod nach den Arzneimittel-Richtlinien, Anlage 1, zur Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwüren zu Lasten der GKV verordnungsfähig. Andere Desinfektionsmittel unterliegen regelmäßig nur der Apothekenpflicht und es gibt keine Ausnahmeregelung, so dass diese nicht verordnet werden können. Beispielsweise muss der Patient Octenisept® privat kaufen. Weichen Sie nicht auf sogenannte Hydrogele aus, die eine desinfizierende Substanz beinhalten und, weil sie als Verbandsmaterial eingestuft werden, eine Verordnungsfähigkeit suggerieren!

Bitte keine Polypragmasie (!) bei der Auswahl der Verbandsmittel, denn für das Ausprobieren vieler Behandlungsmöglichkeiten und Lokalthérapeutika gibt es keine Evaluation. Die Behandlung einer chronischen Wunde braucht Zeit, um über Erfolg und Misserfolg entscheiden zu können. Wichtig ist eine Dokumentation (am besten mittels Photos), die den Therapieverlauf zeigt.

Lokale Antibiotika haben sich nicht bewährt, sie wirken oft allergen und können die Granulation behindern. Salben verhindern grundsätzlich den Sekretabfluss, und Farbstofflösungen färben die Wunde, so dass die Beurteilung erschwert wird. Farbstoffe können zudem zelltoxisch wirken.

Eine Wundspülung kann mit isotonischer Kochsalzlösung erfolgen. Spezielle antiseptische Wundspüllösungen wie Lavasept® und Prontosan® werden zwar als geeignet angesehen, sie sind aber keine Kassenleistung. Eine Wundspülung (cave H₂O₂!) ist nur bei viel Exsudat in der Reinigungsphase nötig. Ansonsten stört die Wundspülung nur die Wundruhe. Es sollte alles unterlassen werden, was die Wundgranulation, die meist von den Wundrändern ausgeht, behindern kann.

Treten beim Allgemeinbefinden des Patienten keine Veränderungen wie Fieber, vermehrte Schmerzen, Kachexie auf und deutet auch die Geruchsprobe nicht auf eine Keimbesiedlung hin (E. coli riecht), dann ist eine tägliche Inspektion der Wunde mit Ablösen des Wundverbandes nicht nötig. Intervalle von 3 bis zu 7 Tagen können je nach Befund sinnvoll sein.

Apotheken und Sanitätshäuser (Wundmanager) kennen die Preise für Verbandmaterialien, die sie mit den Kassen abrechnen. Wenn sie Vorschläge unterbreitet bekommen, so bestehen Sie darauf, zu erfahren, welche Kosten mit der Verordnung ausgelöst werden. Bestehen Sie durchaus auch auf einem weiteren – ggf. einem reduzierten – Versorgungsvorschlag, der insbesondere auch mit geringeren Kosten verbunden ist. Zusätze wie Ag (chemisches Zeichen für Silber) oder BORDER im Produktnamen deuten auf spezialisierte Produkte hin, die regelmäßig zu Mehrkosten führen. Hier kann man nach dem Standardprodukt fragen.

Die Wahl der Wundaufgabe ist unter anderem abhängig von den Erfordernissen der Wundsituation, den Zielen des Patienten und der Wirtschaftlichkeit [2].

Interessenkonflikte: keine

Literatur:

1 AOK Nordwest (24.09.2014) <http://www.aok.de/nordost/presse/Wundmanagement:-Schnellere-Heilung-%E2%80%93-weniger-Schmerzen-Nov%206,%202010/detail/11/lastAction/list/page/29>

2 Lokalthherapie chronischer Wunden: Bei Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit, chronisch-venöser Insuffizienz und Diabetes mellitus. Dtsch Arztebl Int 2013; 110(3): 25-31; DOI:10.3238/arztebl.2013.0025

Allmächtige Wundmanager, fast ohnmächtige Hausärzte

Die so genannte „moderne Wundbehandlung“ bei chronischen Wunden aus der Sicht des Hausarztes – medizinische und vertragliche Aspekte

Dr. med. Joachim Seffrin

Der vorige Artikel greift ein ganz wichtiges Thema auf, das in unserem Arbeitsalltag weitestgehend unbeachtet bleibt. Nämlich die finanziellen Auswirkungen der Versorgung unserer chronisch Kranken mit Verbandmitteln. Ich kann zwar nicht sagen, welche Beträge jedes Jahr für Verbandmittel allein in Deutschland ausgegeben werden, darf aber davon ausgehen, dass es sich um einen hohen Millionenbetrag handelt.

Grundsätzlich haben wir dabei die denkwürdige Konstellation, **dass unser vertragsärztliches Handeln weitestgehend auf wissenschaftlich nachweisbarem Nutzen beruhen soll** (Stichwort evidence based medicine), **während** eine heutzutage so teure Maßnahme wie **die lokale Wundtherapie** mit „modernen Verbandsmaterialien“ (Google bietet 485.000 Ergebnisse für diesen Begriff) **sich keinerlei Nutznachweis unterziehen muss**.

Auch als neugieriger, motivierter Arzt, der up to date ist oder zumindest versucht, sich einigermaßen auf dem aktuellen Stand zu halten, haben Sie keine Möglichkeit, unter den mittlerweile unzähligen Angeboten irgendwo den evidenzbasierten Nachweis einer besonders effektiven Wundaufgabe zu finden. Auch das arznei-telegramm [1,2] und andere Quellen wie infomed [3,4] können nur allgemeine Hinweise und Empfehlungen zu Prinzipien der Wundbehandlung geben. Konkrete Nachweise für die Überlegenheit einer bestimmten Wundaufgabe werden Sie so gut wie sicher nicht finden [5].

Als Arzt, der einige Patienten im Altenheim betreut, kommen sie unausweichlich in die Situation, mit sogenannten Wundmanagern zusammenarbeiten zu müssen. Ich will damit keine Kritik an diesen Fachleuten üben. Ich möchte damit nur klarstellen, dass der Vertragsarzt letztlich keine Chance hat, hier einen nennenswerten Einfluss auf die Geldflüsse beziehungsweise erheblichen Einfluss auf die Therapie auszuüben. Wie Herr Hollmann in seinem Artikel bereits ausgeführt hat, lassen sich in unseren Praxiscomputern auch keine Listen finden, die einen Preisvergleich ermöglichen. Als Krönung der Intransparenz dürfen wir zur Kenntnis nehmen, dass „ggf. von Kasse zu Kasse unterschiedliche Preise relevant sind ...“ (Klaus Hollmann, vorstehender Artikel). Letztlich ist auch festzuhalten dass das Preisniveau und damit die Tagestherapiekosten der Wundaufgaben generell bemerkenswert hoch sind. Dazu kommt, dass es daneben noch ganz besonders teure Materialien gibt, die das allgemeine, sowieso schon hohe Preisniveau überragen. Die Tagestherapiekosten werden dann unter Umständen dramatisch. Der Arzt, der versucht, die Kosten der Wundbehandlung zu begrenzen, ist sehr schnell der Kritik der Angehörigen und oder des Pflegepersonals ausgesetzt. Hier wird sofort unredliche Sparwut vermutet, die den armen Kranken beschädigt. Der Arzt wird entsprechend abqualifiziert und dann durch einen willigen Kollegen ausgetauscht. Die Empfehlung von Herrn Hollmann, nicht unkritisch den Empfehlungen der Wundmanager zu folgen, ist somit sehr relativ zu sehen. Auf jeden Fall werde ich versuchen, seine Tipps auf der Pflegestation umzusetzen und schauen, was sich erreichen lässt.

Interessanterweise glauben viele an die besonderen, fast magischen Wirkungen der teuren Wundaufgaben auf den Heilungsprozess. Nicht nur Pflegepersonal berichtet über scheinbar eindrucksvolle Wirkungen, auch wir Ärzte sind vor Selbstsuggestion nicht sicher. Jeder glaubt, mit einer bestimmten Präparation schon besondere Effekte gesehen zu haben.

Dazu ist auf die S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. zu verweisen, die uns auf den Boden der Tatsachen zurückführt, siehe unten!

Auf Kassenseite werden lediglich die Ausgaben addiert und im Falle einer sogenannten Überschreitung die Verantwortlichkeit komplett dem Arzt übertragen, als habe der behandelnde Arzt tatsächlich die sogenannte Therapiehoheit oder auch irgendeine anders geartete, gar nennenswerte Kontrolle über die Ausgaben. Die Realität ist, wie oben angesprochen, gänzlich anders. Die übliche Folge ist ein Regress. Ich sehe hier ein Dilemma, aus dem wir nur äußerst geringe, beziehungsweise aktuell so gut wie keine Chancen haben, herauszukommen.

Die nachwachsenden Ärztegenerationen haben schon lange erkannt, welches Spiel hier mit uns niedergelassenen Ärzten getrieben wird. Insoweit darf sich auch niemand wundern, dass große Teile dieser Generationen von Ärzten sich anderen Aufgaben zuwenden, als etwa in der Niederlassung Patienten zu betreuen. Die Angst vor einem Regress ist real begründet, kann sie doch im Einzelfall zum finanziellen Fiasko führen. Da ich nun seit über 25 Jahren als sogenannter Leistungserbringer (begonnen hatte ich als Arzt) im System arbeite, bleibt mir nichts anderes übrig, als die Arbeit fortzuführen.

Ausklinken geht nicht mehr mit Ende 50. Eine weitere Perfidie in diesem bösen Spiel besteht darin, dass die von mir regelmäßig sofort verordneten Wechseldruckmatratzen üblicherweise erst nach mehreren Wochen beim Patienten eintreffen. Das bedeutet, frühzeitig erkannte Veränderungen der Haut, die drohende Komplikationen zeigen, werden ärztlicherseits und pflegerisch sofort in entsprechende Maßnahmen umgesetzt. Nach nicht nachprüfbaren Informationen soll es daran liegen, dass die Entscheidung beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen die Lieferung verzögere.

Es scheint also, dass wichtige, hochdringliche Entscheidungen unbearbeitet bleiben, die im Weiteren zu schlimmsten Schäden für die Patienten führen können.

Letztlich zahlen alle drauf: zunächst der Patient, den unsägliches Leid erwartet, das vorzeitig sein Leben sogar beenden kann, die Krankenkassen, die erhebliche Mehrkosten zu übernehmen haben, die Pflegekräfte, die intensive, oft sehr unangenehme Mehrarbeit

erwartet und schließlich der betreuende Arzt, der hilflos zuschauen muss, wie der Patient ins Elend gerät und er selbst dabei von hohen Regresssummen bedroht wird.

Nach meiner Kenntnis gibt es kein anderes Land auf der Welt, in dem in ähnlicher Weise der Arzt die finanzielle Verantwortung für die von ihm veranlassten Leistungen in der gleichen Weise trägt und unter Umständen dafür sogar noch persönlich haften muss.

Es stellt sich zusätzlich die Frage, ob es Zufall ist, dass keine evidenzbasierten Studien zur Wirksamkeit der Wundauflagen existieren. Wir haben also keine evidenzbasierte Grundlage für unsere Entscheidungen. **Haben die Hersteller bei ihren**

Untersuchungen möglicherweise gar keine Vorteile für ihre teuren Produkte gefunden? Zum Abschluss hier einige Auszüge von Aussagen der S3-Leitlinie

„Lokaltherapie chronischer Wunden“ zum wissenschaftlichen Kenntnisstand im Jahr 2012:

1. ...„In den dazu vorhandenen Studien kann keines der untersuchten Materialien (Alginat, Schaumstoff, Acrylat, Hydrokolloid, Hydrofaser, feuchte Kompresse, Gaze) gegenüber anderen Materialien einen Vorteil für die Wundheilung nachweisen.
2. Anhand der vorliegenden Studien können keine belastbaren Aussagen zum Nutzen oder Schaden der Therapie mit Silber im Hinblick auf die Wundheilung getroffen werden. Es gibt Hinweise aus In-vitro-Studien, dass Silber zwar wirksam gegen Bakterien ist, sich aber auch schädlich auf die Wundheilung auswirken kann.
3. Anhand der vorliegenden Studien können keine belastbaren Aussagen zum Nutzen oder Schaden der Wundreinigung getroffen werden.
4. Anhand der vorliegenden Studien können keine belastbaren Aussagen zur Spülung mit Ringer- oder isotoner Kochsalzlosung oder Leitungswasser getroffen werden.
5. Literatur zu Leitungswasser, isotoner Kochsalzlösung: (47) Literatur zu Ringerlösung: Keine RCT* für Lösungen die Octenidin, Polihexanid, PVP-Iod, Wasserstoffperoxid, Chlorhexidin und Farbstoffe – einschließlich Ethacridinlactat – enthalten, es liegen anhand der vorliegenden Studien keine belastbaren Aussagen zum Nutzen als Wundspüllosung vor. “...

Interessenkonflikte: keine

Literatur:

1 arznei-telegramm® 9/1992, a-t 1992; Nr. 9: 88-90

2 arznei-telegramm® 8/2007, a-t 2007; 38: 74-5

3 pharma-kritik, Jahrgang 32, Nr.6/7/2010

4 infomed-screen, Jahrgang 11, scr1201

5 S3-Leitlinie 091-001 „Lokaltherapie chronischer Wunden bei den Risiken CVI, PAVK und Diabetes mellitus“, www.awmf.org/leitlinien/detail/II/091-001.html am 28.9.14

*randomisierte kontrollierte Studien