



Deutscher Wundrat e. V | Geschäftsstelle
Prof. Dr. Martin Storck/Städt. Klinikum Karlsruhe

Deutscher Wundrat e.V.

Geschäftsstelle:

Prof. Dr. Martin Storck
c/o Städt. Klinikum Karlsruhe
Moltkestrasse 90
76133 Karlsruhe

martin.storck@klinikum-karlsruhe.de

www.wundrat.de

8. Juli 2020

Stellungnahme des Deutschen Wundrats e. V. zur Ausrichtung und Umsetzung der Versorgung von Menschen mit chronischen und schwer heilenden Wunden in der häuslichen Krankenpflege laut aktualisierter HKP-RL

Sehr geehrte Damen und Herren,

anlässlich der Neuformulierung der HKP-RL sieht sich der Deutsche Wundrat als eine Dachorganisation der Wundversorger aufgefordert, eine Stellungnahme abzugeben.

Die Neuformulierung der HKP-RL, insbesondere die zusätzlichen Regelungen in den Leistungsnummern 12, 31 und 31a wird ausdrücklich begrüßt. Diese Änderungen tragen den besonderen Anforderungen der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden Rechnung, weshalb eine Stärkung der Versorger und Leistungserbringer in diesem Bereich resultieren wird.

Allerdings sieht der Deutsche Wundrat (DWR) e. V. bei einigen Regelungen und Formulierungen Klärungs- und ggf. Handlungsbedarf, damit sich die HKP-RL näher an den Gegebenheiten der häuslichen Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden und den Möglichkeiten der Leistungserbringer orientiert.

Deutscher Wundrat e. V.

Vorstandsmitglieder
Prof. Dr.M. Storck
Dr. C. Muenther
Veronika Gerber
Heike Schwarz
Prof. Dr. Ewa Stürmer
Kerstin Protz
Werner Sellmer

Der Verein ist eingetragen beim Amtsgericht
Hamburg, VR 23150.

Zu den Punkten im Einzelnen:

Zur Hinzufügung § 1 Abs. 3 der HKP-RL

Ein großer Teil der hier angesprochenen „spezialisierten Einrichtungen“ finanziert ihre Leistungen über den Verkauf von Verbandmitteln, tritt also in erster Linie als Händler und nicht als Versorger auf. Wir verstehen unter diesem Begriff pflegerische Wundzentren, die eine aufwandgerechte Vergütung der Leistung, inklusive Patientenedukation, benötigen. Das gleiche gilt für viele selbständige oder angestellte „pflegerische Wundexperten“ in Homecare-unternehmen / Sanitätshäusern. Dies bedeutet, dass nicht die adäquate pflegerische Beratungs- und Versorgungsleistung entsprechend honoriert wird, sondern sich dieser Prozess durch die Bereitstellung der Verbandmittel querfinanziert. Dies ist der falsche Anreiz für die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden. Daher wird eine alleinige Zusammenarbeit mit solchen Dienstleistern auch vom Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) sehr kritisch bewertet [1]. Generell sieht der DWR e. V. eine Entlastung der HKP durch solche Unternehmen, Zentren und externe Dienstleister als sinnvoll an, denn derzeit gibt es zu viele Patienten für zu wenige Pflegedienste. Zudem ist die derzeitige Honorierung der Wundversorgung für die HKP defizitär und wird daher zunehmend abgelehnt [2].

Wünschenswert wäre eine Trennung von Verbandmitteln und Dienstleistung. Die Honorierung von letzterer sollte sich an Beratungsaufwand, Wundgröße, Versorgungsaufwand (benötigte Zeit) und zusätzlich erforderlichen Versorgungsleistungen, wie Kompressionstherapie, orientieren [3]. Da die Therapiehoheit auf ärztlicher Seite liegt, sehen wir es als unumgänglich an, dass solche Versorgungszentren eine enge Zusammenarbeit mit einer Ärztin oder einem Arzt nachweisen können. Dies ist wesentlich, sowohl für Diagnostik, als auch für die erforderliche Therapie.

Zu den Anforderungen der Leistungserbringung nach Nr. 31a

Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden soll durch sogenannte spezialisierte Leistungserbringer gewährleistet werden. Bei Einzelpersonen setzt dies nach Ansicht des G-BA eine entsprechende Weiterqualifizierung voraus, da die Ausbildung von Pflegefachkräften als nicht ausreichend angesehen wird. Diese Ansicht entspricht auch dem Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ des DNQP [1]. Dort wird für bestimmte Tätigkeiten im Bereich der Wundversorgung, insbesondere der Wunddokumentation, der Dekubitusklassifikation und der Kompressionstherapie, das Hinzuziehen eines „pflegerischen Fachexperten“ gefordert. Dessen Berufsbild und die durch ihn zu leistenden Anforderungen sind detailliert im Expertenstandard beschrieben. Wir begrüßen die Entscheidung, solche Versorgungen auch durch nicht spezialisierte Leistungserbringer zu ermöglichen, empfehlen jedoch eine Klarstellung, dass diese zumindest durch qualifizierte Kollegen, mindestens im Rahmen eines „bedside coaching“, angeleitet werden.

Hierfür empfehlen wir eine klare Definition dieser spezialisierten Leistungserbringer, wie folgt:

Spezialisierte Leistungserbringer im Sinne dieser Richtlinie sind examinierte Pflegefachkräfte, die sich auf die Wundversorgung spezialisiert haben, über praktische und reflektierte Erfahrung im Umgang mit betroffenen Patienten verfügen, ihr Fachwissen durch entsprechende Fort- und Weiterbildungen beständig auf dem aktuellen Stand der Forschung und Wissenschaft halten und ihre Kollegen in diesem Themenbereich anleiten. Die Kompetenzen dieser spezialisierten Leistungserbringer umfassen Begutachtung, Pflege und Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden sowie Information, Schulung, Beratung, Anleitung und Befähigung zur Vermittlung von wundspezifischen Inhalten an diese Menschen sowie ihre Angehörigen, etwa im Rahmen einer selbst abgehaltenen Fortbildung. Voraussetzung hierfür ist die erfolgreiche Teilnahme an Bildungsangeboten, die auf den Curricula nationaler wundbezogener Fachgesellschaften, z. B. Initiative Chronische Wunden e. V. und Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW) e. V. basieren.

Anmerkung

Da die Qualifikation dieser spezialisierten Mitarbeiter die Einrichtungen finanziell belastet und schon die derzeitige Honorierung im Bereich der Wundversorgung nicht kostendeckend ist (s.o.), ist eine adäquate Finanzierung der Leistungen hierfür Voraussetzung [2]. Eine weiterführende Maßnahme ist die Stärkung von Netzwerken in diesem Bereich, beispielsweise Zusammenschlüsse niedergelassener Versorger und Einrichtungen, die zur Wundversorgung mit einem spezialisierten Leistungserbringer, der nicht auf den Verkauf von Verbandmitteln angewiesen ist, kooperieren [4]. Hier liegt auch eine Chance für die Gewährleistung sachgerechter Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden im ländlichen Bereich.

Zu den Übertragungen von ärztlichen Tätigkeiten, insbesondere der Verordnung von Verbandmitteln, auf Pflegefachkräfte, lt. SGB V, §63, Abs 3c

Zu den derzeitigen Überlegungen, ob Pflegefachkräfte auf Basis des § 63, Abs. 3c Verbandmittel verordnen dürfen, haben wir Vorbehalte. Die Pflegefachkräfte können zwar nach entsprechender Weiterqualifizierung diagnostische Tätigkeiten, durchführen, deren Interpretation, d. h. die Diagnosestellung, obliegt allerdings dem behandelnden Arzt und der behandelnden Ärztin. Wir sehen es, unter anderem auch aus versicherungstechnischen Gründen, nicht als handhabbar an, dass Pflegefachkräfte eine initiale Budgetverantwortung bekommen. Im Rahmen von Folgeverordnungen kann dies ggf. eine Option sein, wenn eine enge ärztliche Rücksprache über den aktuellen Versorgungsstatus besteht. Hierfür ist die Weitergabe von Wunddokumentationen sowie die Dokumentation der Kommunikation mit dem Arzt / der Ärztin unerlässlich. Des Weiteren müssen aus unserer Sicht für eine reale Budgetverantwortung die Kassenabgabepreise von Verbandmitteln deutlich transparenter werden, Qualitätskriterien definiert und auf dieser Basis Gleichwertigkeitslisten publiziert werden. Zudem sollte die Pflegefachkraft vor Ort beim Patienten in der Lage sein, entsprechende relevante Faktoren der Grunderkrankung, z. B. einer pAVK, zu erfassen und korrekt zu interpretieren. Als Voraussetzungen hierfür sehen wir eine entsprechende Qualifikation (s.o.), eine lebenslange Pflegeberufsnummer (lebenslange Beschäftigtennummer) und eine entsprechende Materialausstattung als grundlegend an. Wenn die Honorierung der Leistungserbringer nicht mehr vom Verbandmittelverkauf abhängt, sondern ersetzt wird gegen eine Vergütung der Beratungs- und Behandlungsleistung, wird der wirtschaftliche Umgang mit den Produkten gefördert.

Eine abschließende Anmerkung: Unter den Wunden, die unmittelbar als chronisch anzusehen sind, führen Sie unter Nr. 31a das „diabetische Fußsyndrom“ auf. Dieser Begriff fasst aber **alle** pathologischen Veränderungen aufgrund von Diabetes mellitus an den Füßen zusammen. Eine in der Folge entstandene Wunde wird als „diabetisches Fußulkus“ bezeichnet. Daher würden wir eine Anpassung der Begrifflichkeit empfehlen.

Wir würden uns über einen weiteren Austausch zu diesem Themenkomplex sehr freuen!

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Martin Storck
Präsident Deutscher Wundrat

für den Vorstand des Deutschen Wundrates:

Prof.Dr. med. Martin Storck, Präsident Deutscher Wundrat
Veronika Gerber, stellv. Präsidentin
Dr. med. C. Muentert, stell. Präsident
Prof. Dr. med. Ewa Stürmer, Schriftführerin
Heike Schwarz, Schatzmeisterin
Kerstin Protz, Vorstandsmitglied
Werner Sellmer, Vorstandsmitglied

Quellen

- [1] DNQP Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Osnabrück 2009 und 1. Aktualisierung 2015
- [2] Protz K, Dissemond J, Sellmer W, Bültmann A, Münter K-C, Gerber V, Kröger K, Jäger B, Garbe C, Augustin M. Ambulante pflegerische Wundversorgung und Vergütung in Deutschland – Resultate einer bundesweiten anonymen Umfrage zur Ermittlung der Ist-Situation. WundManagement 2019; 13(1): 29-33.
- [3] Protz K, Augustin M, Hagenström K. Ist-Zustand der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden in Deutschland. WundManagement 2019; 13(1): 6-11.
- [4] <http://arztportal-online.de/homepages/1/2/index.php>