

Die Zeit schürt alle Wunden

„DIAMANT“-Wundtherapie – ein Konzept zur verbesserten Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden

SONJA LAAG
BRIGITTE NINK-GREBE
FALK GOEDECKE
CARSTEN STERLY
FALK HUNEKE
JULIANE KÖBERLEIN-NEU

Sonja Laag ist Leiterin Versorgungsprogramme bei der BARMER, Hauptverwaltung Wuppertal

Brigitte Nink-Grebe ist Generalsekretärin der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V., Gießen

Falk Goedecke ist wissenschaftlicher Mitarbeiter und Leiter des Bereichs „Personenzertifizierung“ der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. sowie Leiter Wissenschaft und Pflegemanagement bei der recucare GmbH, Stuttgart

Carsten Sterly ist berufenes Mitglied im Fachbeirat Gesundheit und Forensik des Akkreditierungsbeirates im Bundeswirtschaftsministerium

Falk Huneke ist Senior Berater bei ProProjekt GmbH, Berlin

Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu ist Vorstandsvorsitzende des Bergischen Kompetenzzentrums für Gesundheitsökonomik und Versorgungsforschung sowie Leiterin der Arbeitsgruppe „Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomische Evaluation“ an der Bergischen Universität Wuppertal

Zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit chronischen und schwer heilenden Wunden ist eine interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegefachkräften und therapeutischen Gesundheitsfachberufen mit Elementen integrierter Versorgung notwendig. Der Beitrag gibt einen Überblick über die Entwicklung der Wundversorgung und diskutiert Fortschritte und Hindernisse in diesem Versorgungsbereich. Darüber hinaus enthält er Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung und zu notwendigen rechtlichen Anpassungen.

1. Die Zeit schürt alle Wunden

Mit der spezialisierten Wundversorgung (spezWV) ist es wie mit so mancher Wunde selbst – beide kommen nicht zur Abheilung. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG, 04.04.2017) wollte der Gesetzgeber die Versorgung von Menschen mit chronischen und schwer heilenden Wunden verbessern. Dazu hat er gemäß § 37 Abs. 7 SGB V den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, in der bestehenden Richtlinie über die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege (HKP) auch das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden zu regeln. Pflegedienste, deren Alltag vorwiegend die Sicherungspflege darstellt und alle Leistungen der medizinischen Behandlungspflege umfasst, können dieses nicht umsetzen. Ihr Leistungsumfang ist in Zeit und Vergütung scharf getaktet, zudem verfügen sie i.d.R. nicht über erweiterte Fachkenntnisse.

Letztere braucht es in vielerlei Hinsicht, denn die Ursachen für eine fehlende Wundheilung sind vielschichtig. Diese liegen zum einen oft in der unzu-

reichenden Diagnostik der Wundursache und der wenig bekannten gegenseitigen Beeinflussung unterschiedlicher Erkrankungen. Zum anderen greifen Therapien aufgrund mangelnder Koordination, fehlender multiprofessioneller Teamarbeit und vermissender sektorübergreifender Orientierung nicht ineinander. Dies führt bei Patienten zu schlechten Abheilungsraten, häufigen Rezidiven und unnötigen Amputationen, insbesondere bei Diabetikern. Zusammengefasst: Viele Menschen leben zu lange mit offenen Wunden.

Um eine spezialisierte Wundversorgung zu etablieren, sollte eine evidenzbasierte, interdisziplinäre, interprofessionelle, patientenorientierte und transsektoral ausgerichtete Versorgung gewährleistet werden (1,2,3), die unter anderem folgende Elemente beinhaltet und miteinander kombiniert:

- Steuerung der Versorgung durch eine definierte Stelle,
- Beschreibung von Überweisungskriterien,
- Evidenzbasierte Diagnostik, Therapie und Nachsorge,

- Regeln zum Kommunikationsmanagement,
- Patientenedukation und Förderung des Selbstmanagements,
- gemeinsame Dokumentation und interne Qualitätssicherung sowie eine
- externe Qualitätsprüfung mit Behandler-Feedbacksystem, Lesson learned-Elementen und einer transparenten Evaluation des Versorgungsergebnisses (Patienten – Outcome).

2. Wann und durch wen rückte die Wundversorgung in die Wahrnehmung des Gesundheitssystems?

Chronische und schwer heilende Wunden hat es immer gegeben. Da sie vor allem aufgrund von bestimmten Krankheiten im höheren Lebensalter häufiger vorkommen, wird die die Anzahl der betroffenen Patienten aufgrund der demografischen Entwicklung zunehmen. Mitte der 1990er Jahre begannen vor allem engagierte Ärzte und Pflegefachkräfte die „Wunde“ und ihre Versorgung zu thematisieren. Mit Unterstützung der wundprodukt herstellenden – und vertreibenden Industrie wurden Fachgruppen, Initiativen und Wundverbünde gegründet.

Bedeutung erlangten vor allem die „Initiative chronische Wunde“ (ICW) und die Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (DGfW). Die ICW¹, anfänglich sehr auf die praktisch Pflegenden fokussiert, ist heute eine Interessensgemeinschaft vielfältiger Akteure. Hierzu zählen Pflegefachkräfte und andere Gesundheitsfachberufe, Versorger wie Pflegedienste, Homecare-Unternehmen und deren (Berufs-)verbände sowie Ärzte. Die ICW ist im Bereich Wundversorgung seit vielen Jahren in Fortbildung und Schulung ein bundesweit präsender Akteur. Zu ihren Fördermitgliedern gehören v.a. Industrie- und Bildungspartner.

Mit einer wissenschaftlichen Ausrichtung gründeten 1994 engagierte Ärzte und Pflegefachkräfte die Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (DGfW). Die DGfW wurde 2004 in die AWMF² aufgenommen und ist als Mitgliedsgesellschaft, die gemäß dem Regelwerk der AWMF arbeitet, legitimiert, wissenschaftliche

Stellungnahmen bei IQWiG, IQTiG und G-BA abzugeben und Leitlinien zu entwickeln. Zu den Mitgliedern gehören Ärzte, Pflegefachkräfte und andere Gesundheitsfachberufe mit und ohne akademische Abschlüsse sowie Pharmakologen, Mathematiker, Physiker, Biologen, Ingenieure und Informatiker. Zu den Fördermitgliedern³ der DGfW gehören vier Hersteller von Wund- und Kompressionsprodukten sowie die WZ-Wundzentren GmbH.

Bis zum Jahr 2003 gab es gemeinsame Aktivitäten von DGfW und ICW zur Entwicklung eines Curriculums für die Fortbildung in der Wundbehandlung. Mit der klaren wissenschaftlichen und evidenzbasierten Ausrichtung der DGfW im Jahr 2003 trennten sich Intention und damit auch die Wege der beiden Organisationen.

Eine besondere Rolle im Gesamtgeschehen nimmt die „AG Diabetischer Fuß“ ein, die Anfang der 1990er Jahre als Arbeitsgruppe innerhalb der medizinischen Fachgesellschaft der Diabetologen gegründet wurde. Sie versteht sich als interdisziplinäres Forum und hat über die Entwicklung der diabetischen Fußnetze⁴ die Wundversorgung dieser Entität voran gebracht.

Neben diesen Akteuren gewinnt die Wunde versorgungspolitisch seit vielen Jahren auch beim Bundesverband Medizintechnologie (BVMed)⁵ an Bedeutung, der u.a. die Interessen der Hersteller- und Handelsunternehmen von Wundmaterialien vertritt. Hierzu gehören auch Homecare-Unternehmen, die Patienten mit ärztlich verordneten medizinischen Hilfsmitteln, Verbandmitteln sowie medizinischer Ernährung zu Hause und in Alten- oder Pflegeheimen versorgen. Neben den Wundmaterialien bieten diese auch Dienstleistungen wie „Wundberatung“ und „Wunddokumentation“ an, die vor allem durch Pflegefachkräfte, Pharmareferenten und ähnlich qualifizierte Personen durchgeführt und über das Produkt finanziert werden. Der Verantwortungsbereich des Homecare-Unternehmens ist auf die korrekte Einweisung respektive Schulung zur Anwendung der Medizinprodukte begrenzt. Die Verordnungshoheit für das Wundprodukt und die pflegerische Leistung (HKP) verbleibt wie das Haftungsrisiko beim Arzt.

Mit der Entwicklung sogenannter „moderner Wundauflagen“ wurde die Wahrnehmung geschürt, dass nach dem Experimentieren mit Fön und Honig am offenen Bein nun die Wunden heilen, wenn Ärzte endlich ausreichend moderne Hydrokolloid-Verbände oder andere hydroaktive Wundauflagen verordnen würden. Die „Überbetonung“ der Lokalthherapie, sprich, die Fokussierung auf die Wundmaterialien, ist in den letzten Jahren wiederholt thematisiert worden (4,5). Da es zur lokalen Wundversorgung wenig Evidenz gibt und die Ergebnisqualität in der Versorgung nicht systematisch erfasst wird, herrscht „Therapievielfalt“. Derzeit sind sich G-BA und Bundesgesundheitsministerium (BMG) hinsichtlich der Abgrenzung zwischen Verbandmitteln und

In der Wundversorgung gibt es eine Vielzahl von Therapien, die keinen Nutzen nachweisen (können).

Produkten zur Wundbehandlung uneins (6). Um das Wirtschaftlichkeitsgebot zu wahren, informieren in einigen Bundesländern die Kostenträger und Kassenärztlichen Vereinigungen die Ärzte über eine „therapiegerechte Anwendung“. Dieses bleibt ein stumpfes Schwert, solange Wundprodukte in keinem evidenzbasierten und messbaren Zusammenhang mit der konkreten Versorgung stehen. In Bundesländern mit Richtgrößenprüfungen besteht die Gefahr, dass Ärzte, die sich eine Wundexpertise angeeignet haben und die Mühen dieser Versorgung noch auf sich nehmen, im Vergleich zu anderen Ärzten ihrer Fachgruppe häufiger mit Regressen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung konfrontiert werden.

In der Wundversorgung gibt es aufgrund der methodisch mangelhaften und intransparenten Evidenznachweise (insbesondere durch Nichtpublikation)

1 <https://www.icwunden.de/ueber-uns.html>

2 AWMF = Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V., laut Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen seit 1995 für die Regeln und Systematik zur Leitlinienentwicklung in Deutschland zuständig

3 http://www.dgfw.de/web/index_94_foerdernde_mitglieder.html

4 http://www.ag-fuss-ddg.de/seite_13000.html

5 <https://www.bvmed.de/>

eine Vielzahl von Therapien, die keinen Nutzen nachweisen (können), aber dennoch zum Einsatz kommen. Ein aktuelles Beispiel ist die Vakuumversiegelungstherapie. Hatte es 2006 im Rahmen der Nutzenbewertung nur wenige und zudem kaum aussagefähige Studien gegeben, sind es laut IQWiG mittlerweile über 100 klinische Vergleiche mit mehreren Tausend Patientinnen und Patienten. Doch nur von einem Teil dieser Studien sind die Ergebnisse öffentlich zugänglich. Nutzen und Schaden der Therapie allein auf Basis der veröffentlichten Daten zu bewerten, hätte zu einem hochgradig verzerrten Ergebnis führen können. Somit fehlt rund ein Jahrzehnt nach der ersten Nutzenbewertung weiterhin eine valide Grundlage für die Bewertung von Nutzen und Schaden dieser Behandlung durch das IQWiG (7).

Aufgegriffen wurde die Wundversorgung auch an anderer Stelle, nämlich der Qualitätssicherung nach § 137a SGB V (IQTIG)⁶. Dieses jedoch bislang nur für das sektorenübergreifende Verfahren „Postoperative Wundinfektion“ (QS WI). Ziel ist es, die Qualität der Maßnahmen ambulanter und stationärer Leistungserbringer zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen zu messen, vergleichend darzustellen und zu bewerten. Die zu erfassenden Parameter fokussieren vor allem auf hygienerelevante prä- und postoperative Prozesse (z.B. Händedesinfektion, Sterilgutaufbereitung, Haarentfernung, Verbandswechsel, Antibiotikagabe) und nicht auf andere Aspekte einer Wundheilungsstörung. Ein weiteres QS-Verfahren gibt es zur Dekubitusprophylaxe.

Zu Beginn der 2000er Jahre gab es die Hoffnung, dass unter dem § 140a SGB V Selektivverträge der Integrierten Versorgung (heute Besondere Versorgung) das Problem der Wundversorgung gelöst werden könnte. Unter dem Räderwerk der Kollektivversorgung waren keine Kooperationen zwischen den Versorgungsakteuren herzustellen. Eingang in eine Regelversorgung haben bislang auch nicht die diabetischen Fußnetzverträge gefunden. Diese unterliegen dem Regelwerk des Selektivvertrages und müssen somit Wirtschaftlichkeit nachweisen, was angesichts der Komplexität nicht uneingeschränkt möglich ist. Darüber hinaus sind Selektivverträge immer freiwillige Verträge für Leistungserbringer wie auch für Krankenkassen.

3. Über welche Wunden reden wir?

Der Begriff „Wunde“ führt auf Glatteis, denn es gibt eine Vielzahl von Wundarten, deren Verläufe akut, schwer heilend oder chronisch sein können. Vielfach sind Wunden nur das Symptom einer Erkrankung, nicht aber die Erkrankung selbst.

Epidemiologie

Eine vergleichende Bewertung der Prävalenzstudien wird durch verschiedene Faktoren erschwert wie z.B. Verwendung uneinheitlicher Definitionen der Erkrankungen oder des Begriffes „chronische Wunde“, unterschiedliche Wertung des Amputationsausmaßes beim diabetischen Fußsyndrom oder dem teilweisen Verzicht auf eine klinische Untersuchung der Patienten. Zusätzlich wird die Vergleichbarkeit der Studien aufgrund der Untersuchung unterschiedlicher Populationen und Altersgruppen eingeschränkt (2). Deshalb sind verlässliche Daten zur Epidemiologie, Prävalenz und Inzidenz kaum zu ermitteln. Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit leben in Deutschland 3 bis 4 Millionen Menschen mit chronischen Wunden (8). Der weitaus größte Anteil (ca. 80 %) ist auf eine Erkrankung des Gefäßsystems zurückzuführen.

Je nach Veröffentlichung wird der Anteil der Venenerkrankungen mit 37-80 % aller chronischen Wunden am Unterschenkel angegeben (2). Auch in neueren Studien bleibt die Prävalenz von Venenkrankheiten hoch, allerdings ist die schwere Ausprägung rückläufig (9,10). Die Prävalenz ist stark altersabhängig und die Rezidivquote erheblich. Durchschnittlich erleidet in der Gruppe der Rezidivpatienten jeder dritte Patient ein Rezidiv, ein weiteres Drittel zwei oder drei Rezidive und das letzte Drittel mehr als vier Rezidive (2).

Auch bei den arteriellen Durchblutungsstörungen zeigen zahlreiche epidemiologische Studien mit objektiven Untersuchungstechniken (ABI-Messung) eine Gesamtprävalenz der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) von 3-10 %. Ab einem Alter von 70 Jahren steigt die Prävalenz auf 15-20 % an (11). Es gibt deutliche Hinweise, dass die Zahl der Neuerkrankungen (Inzidenz) mit dem Einkommen korreliert. Auch in Deutschland zeigt sich anhand von DRG-Aufnahmediagnosen eine steigende Inzidenz. Betroffen waren alle Fontaine-Stadien⁷ bis auf das Stadium III. Insbesondere das Stadium Fontaine IV

zeigt einen Anstieg um 32% (11). Patienten mit CLI (Kritische Extremitätenischämie) waren älter als Patienten mit Claudicatio intermittens (Schaufensterkrankheit) oder asymptomatischen Patienten. Auch die Prävalenz der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) ist altersabhängig und steigt mit höherem Lebensalter an (11).

Anspruchsvoraussetzungen für spezialisierte Wundversorgung

Gemäß der S 3 Leitlinie „Lokaltherapie chronischer Wunden bei den Risiken PAVK, CVI und Diabetes mellitus“ ist die **chronische Wunde** als Integritätsverlust der Haut und einer oder mehrerer darunterliegenden Strukturen mit einer fehlenden Abheilung innerhalb von acht Wochen definiert. Diese Definition wird inhaltlich auch im Rahmen der bis Ende März 2019 geplanten Leitlinienaktualisierung Bestand haben, da bislang dazu kein Änderungsbedarf festgestellt wurde. Ergänzend dazu bringt das Leitlinienkoordinationsteam eine Definition für „schwer heilende Wunden“ ein:

- **Schwer heilend** sind Wunden, die Symptom einer Erkrankung sind und/oder aufgrund intrinsischer oder extrinsischer Risiko-Faktoren des Patienten in der Abheilung verzögert sind und/oder die Lebensqualität einschränken.
- **Dekubitus** ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, typischerweise über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften (EPUAP/NPUAP/PPPIA 2014). Bei diesem akuten Ereignis sind in der Regel tieferliegende Gewebeschichten trotz intakter Haut betroffen. Er geht für die Betroffenen mit schwerwiegenden Einschränkungen der Gesundheit und Lebensqualität einher und zählt aufgrund dessen bereits bei der Erstdiagnose zu den schwerheilenden Wunden.

6 Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) ist das zentrale Institut für die gesetzlich verankerte Qualitätssicherung im Gesundheitswesen in Deutschland. Seine Aufgaben in der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sind im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) in § 137a Abs. 1 beschrieben.

7 Fontaine-Stadium I = asymptomatische PAVK; Stadium IIa und IIb = eingeschränkte Gehstrecke, Stadium III = Ruheschmerz, Stadium IV = Beingeschwür, Absterben des Gewebes (Nekrose), selbst kleine Wunden heilen nicht mehr ab. In Stadium III und IV besteht Amputationsgefahr

Tabelle 1: Risikoprofile für Wunden

Erkrankung	Krankheitsmechanismus (Pathophysiologie) / Erläuterungen	Risiko für eine gestörte Wundheilung ↑↑↑↑ = sehr hoch ↑↑↑ = hoch ↑↑ = leicht erhöht
Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK)	Die Arterien sind die Versorgungsleitungen des Körpers. Über das arterielle Blut werden Organe und Gewebe mit lebenswichtigem Sauerstoff und Nährstoffen versorgt. Sind die Bein-Arterien durch Ablagerung von Plaques verengt, kommt es zu Schmerzen und Einschränkungen der Gehstrecke. Je weiter die Verengung fortschreitet desto mehr Gewebe wird in Mitleidenschaft gezogen und zerstört. Die Folge sind offene Stellen am Fuß oder Unterschenkel. Oberstes Gebot bei solchen Wunden ist die Herstellung einer ausreichenden Sauerstoff- und Nährstoffversorgung. Die PAVK ist eine fortschreitende Erkrankung. Sie ist nicht heilbar, aber mit geeigneter Lebensweise und der richtigen Therapie aufzuhalten.	↑↑ bis ↑↑↑↑ In Abhängigkeit vom klinischen Bild (eingeschränkte Gehstrecke, Ruheschmerz) und Arm- Knöchel-Index (ABI-Wert) hohe Infektionsgefährdung bei verminderter Durchblutung
Internistische Erkrankungen mit medikamentöser Therapie	Thrombozyten haben eine Schlüsselfunktion bei der Wundheilung. Deshalb werden vor allem die Auswirkungen immer effizienterer Plättchenaggregationshemmer auf die Wundheilung kontrovers diskutiert. Auch andere Medikamente (> 200) können die Thrombozytenfunktion beeinflussen, Thrombozytopenien verursachen oder eine negative Interaktion mit den molekular-zellulären Prozessen der Wundheilung pflegen. Beispielhaft dafür stehen ASS, Colchicin, NSAR (Diclofenac, Ibuprofen), Chemotherapeutika (Vincristin, Bleomycin, Actinomycin D, Methotrexat, Bevacizumab) oder Anti-TNF-α.	↑↑↑ bis ↑↑↑↑
Postoperative Wundheilungsstörungen Insbesondere	Neben der prae- peri- oder postoperativen Wundinfektion beeinflussen altersbedingte molekular-zelluläre Veränderungen die Wundheilung ebenso wie der Ernährungszustand und mögliches Suchtverhalten (z.B. Rauchen).	↑↑↑ bis ↑↑↑↑ In Abhängigkeit vom Alter, Allgemein- und Ernährungszustand sowie Lokalisation (freiliegender Knochen, Thorax und Kopf-Hals-Bereich).
Dekubitus Insbesondere	Hier handelt es sich um eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, typischerweise über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften (EPUAP/NPUAP/PPIA 2014). Bei diesem akuten Ereignis sind in der Regel tieferliegende Gewebeschichten trotz intakter Haut betroffen. Er zählt aufgrund dessen bereits bei der Erstdiagnose zu den schwerheilenden Wunden.	↑↑↑ bis ↑↑↑↑ Besonders in Verbindung mit Harn- und Stuhlinkontinenz, reduziertem Ernährungszustand und vollständiger Immobilität

Quelle: Eigene Darstellung nach DGfW

Um sich dem Thema „schwer heilende Wunde“ nicht nur definitorisch, sondern auch wissenschaftlich-klassifikatorisch zu nähern, hat die DGfW Risikoprofile entwickelt, die auszugsweise⁸ in obiger Tabelle dargestellt werden.

4. Herausforderung evidenzbasierte spezialisierte Wundversorgung

„Leitlinienkorrespondenz“ und Leitlinien-Implementierung

Ursache des Symptoms „chronische oder schwer heilende Wunde“ sind meist eine oder mehrere Grunderkrankungen, wie Durchblutungsstörungen, Venenschwäche, Diabetes mellitus oder Autoimmunerkrankungen gepaart mit Herzinsuffizienz, Lungenerkrankungen oder ande-

ren Erkrankungen des Alters. Oftmals vorliegende Funktionseinschränkungen (z.B. Bewegung, Hören, Sehen, Kognition, Selbstversorgung) erschweren die Gesamtversorgungssituation. Deshalb ist die nach Nationalen Versorgungsleitlinien und S3-Leitlinien vorgegebene Abklärung und Therapie der Grunderkrankungen wesentliche Voraussetzung für eine zügige Abheilung der Wunde. Dabei gilt es, mehrere krankheitsbezogene Einzeleitleitlinien, wie die S 3-Leitlinien „Diagnostik und Therapie der PAVK“, „Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum“, „Diagnostik und Therapie der postoperativen Mediastinitis“ und die „Nationalen Versorgungsleitlinien Typ-2-Diabetes, Koronare Herzkrankheit oder COPD zu beachten. Dabei sind diese in Korrespondenz zueinander zu bringen und mit den Patientenbedürf-

nissen abzustimmen. Ergänzend dazu fokussiert die S3-Leitlinie „Lokaltherapie chronischer Wunden bei den Risiken PAVK, CVI und Diabetes mellitus“ auf eine zielorientierte Wundversorgung. Insgesamt sind derzeit bei der Wundversorgung mehr als 10 Leitlinien hoher Qualität (NVL und S3) und mindestens sechs Nationale Expertenstandards für die Pflege zu berücksichtigen. Die Entwicklung multifaktorieller und krankheitsübergreifender Leitlinien ist eine besondere Herausforderung. Neben Anwenderfreundlichkeit und Praxisrelevanz ist auch ein leitlinienspezifisches Implementationskonzept erforderlich (12).

⁸ Weitere Informationen können bei der DGfW angefordert werden.

Ein erfolgreiches Leitlinienimplementationskonzept benötigt Strategien, die darauf fokussieren, den Prozess der Leitlinienimplementierung fortlaufend zu evaluieren und Verhaltensänderungen bei den Leistungserbringern herbeizuführen (13). Zu den Implementierungsstrategien gehören Anwender- und Patientenversionen der Leitlinien und Implementierungshilfen, die möglichst gut zugänglich am Ort der Behandlung zur Verfügung stehen (13), ebenso wie ein strukturiertes Meldesystem für Vorschläge zur Leitlinienanpassung. Auch Qualitätsindikatoren zur Messung der Leitlinienkonformität und der Versorgungsergebnisse (Patienten-Outcome) sowie die Anknüpfung an existierende Projekte des Qualitätsmanagements im Gesundheitssystem gehören zum Strategieportfolio einer erfolgreichen Leitlinienimplementierung (13).

Die spezWV erfordert ein koordiniertes Zusammenspiel verschiedener Fachdisziplinen wie Hausarzt, Gefäßmediziner, Diabetologen, Dermatologen, Gefäß- und plastische Chirurgen – und – mit Blick auf die hohe Anzahl der mit multiresistenten Keimen belasteten Wunden, auch Infektiologen. Hinzu kommen komplementäre Therapeuten wie Physio-, Lymph- und Schmerztherapeuten. Allen diesen Berufsgruppen ist bisher gemeinsam, dass nur wenige von ihnen über eine ausgesprochene Wundexpertise verfügen. Nach Aussage von Spezialisten weisen zudem viele Patienten schwierige begleitende Lebensumstände auf, weshalb zu einem Wundverschluss auch adjuvante Maßnahmen wie Ernährungsberatung, Hygienemanagement, Sturzprophylaxe durch Wohnraumanpassung oder Sozialarbeit notwendig werden. Der „Verbandswechsel“ ist Teil des Gesamtkonzeptes.

Für die meisten Wundmaterialien liegen bislang keine verlässlichen Daten zum Therapieverlauf bei schwer heilenden oder chronischen Wunden vor. Deshalb kommt neben dem Anlegen und Wechseln von „modernen Wundmaterialien“ auch der Nutzen- und Schadenabwägung der Produkte eine besondere Bedeutung zu. Zielorientierte Lokaltherapie umfasst die Wundbeurteilung, dermatoprotektive und kurative Maßnahmen der Wundumgebung und des Wundrandes sowie die Auswahl der Verbandstoffe unter Abwägung von Therapieziel, Schaden und Nutzen. Die Verbesserung der

erheblich reduzierten Lebensqualität ist grundsätzlich ein wesentliches Ziel in der Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden (14), weshalb auch die Quantifizierung wund- und therapiebedingter Einschränkungen und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität im Kontext evidenzbasierter spezialisierter Wundversorgung erfasst und berücksichtigt werden muss.

5. Das „DIAMANT“-Konzept

Evidenzbasierte, spezialisierte Wundversorgung baut auf methodisch und fachlich hochwertigen Leitlinien und Nationalen Expertenstandards (NEP) auf. Diese zielen darauf ab,

- die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu sichern und zu verbessern,
- unnötige und überholte medizinische bzw. pflegerische Maßnahmen und unnötige Kosten zu vermeiden,
- unerwünschte Praxisvariationen und Qualitätsschwankungen in der Versorgung zu vermeiden sowie
- eine wissenschaftlich begründete und ökonomisch angemessene ärztliche und pflegerische Vorgehensweise unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten zu gewährleisten (15).

Leitlinien finden in der Alltagspraxis zu wenig Berücksichtigung und die strukturellen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems führen zu einer immer größeren Kluft zwischen theoretischem Wissen und praktischem Handeln (16). Vor diesem Hintergrund haben BARMER und DGfW vor zwei Jahren mit der Entwicklung eines strukturierten, evidenzbasierten und digitalisierten Versorgungskonzeptes begonnen. Dieses ist als „kollektiver Selektivvertrag“ konzipiert, kann aber auch zu einer Richtlinie/Rahmenempfehlung zur spezWV entwickelt werden. Dazu gehört eine mögliche Anbindung in ein Verfahren der datengestützten und einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) ⁹ z.B. als Erweiterung des sektorenübergreifenden Verfahrens „Postoperative Wundinfektion“ (QS WI). Erste Teile des Konzeptes, welches harte Anforderungen an Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität stellt, sollen in Kürze selektivvertraglich pilotiert werden.

Herzstück des DIAMANT-Konzeptes sind sechs modulare Komplexe, die miteinander agieren:

1. Strukturierte, umfassende Anamnese auf Basis von Leitlinienempfehlungen, Erfassen der Lebensqualität und Selbstpflegekompetenz und zeitnahe, stringente Diagnostik gemäß Leitlinienempfehlungen.
2. Leitlinienbasierte Behandlung der Grunderkrankungen (z.B. Diabetes, Herzinsuffizienz) und der Lokaltherapie (Wundreinigung, Wundaufgaben) unter Beachtung der Patientenbedürfnisse.
3. Training und Kontrolle der Datenvollständigkeit und Datenplausibilität.
4. Digitale zeitnahe Fallsupervision mit strukturiertem Behandler-Feedback und Fallkonferenz / Televisite / Audit bei Bedarf durch die DGfW.
5. Auswertung der Datenqualität sowie der Qualitätsindikatoren zur Messung der Leitlinienkonformität und der Versorgungsergebnisse (Patientenoutcome).
6. Modifiziertes Modell „Pay for Performance“ (P4P).

Strukturanforderungen

- Verpflichtung zu evidenzbasiertem Handeln,
- Ausreichend qualifiziertes Personal,
- Steuerung der Versorgung durch eine definierte Stelle,
- Regeln zum Kommunikationsmanagement,
- Digitale Erfassung evidenzbasierter Parameter in gemeinsamer Dokumentation und interne Qualitätssicherung,
- Transparenz durch verpflichtende Teilnahme am Benchmarking (externe Qualitätsprüfung mit Behandler-Feedbacksystem, Lesson-learned-Elementen und einer transparenten Evaluation des Patienten-Outcome).

⁹ Der G-BA hat in seiner Sitzung am 19.07.2018 die Erstfassung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) beschlossen. Die DeQS-RL ist zukünftig die Rahmenrichtlinie für alle datenbasierten QS-Verfahren, unabhängig davon, ob diese QS-Verfahren sektorspezifisch oder sektorenübergreifend ausgerichtet sind. Diese Richtlinie soll zum 01.01.2019 die bestehende Qesü-RL zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ersetzen. Ferner sollen die bisherigen stationären QS-Verfahren der QSKH-RL auch unter die DeQS-RL überführt werden.

Prozessanforderungen

- Beschreibung von Überweisungskriterien und Überweisungsszenario (zeitnahe Terminvergabe)
- Evidenzbasierte Diagnostik, Therapie und Nachsorge (leitlinienbasiert)
- Patientenedukation und Förderung des Selbstmanagements gemäß Leitlinien und Nationalen Expertenstandards

Anforderungen Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität wird anhand der Auswertungen der Daten-Qualität sowie der Qualitätsindikatoren zur Messung der Leitlinienkonformität und der Versorgungsergebnisse (Patientenoutcome) gemessen.

Vergütung

Komplexpauschale, P4P

Anbiertervielfalt bei der spezWV

Um die vorhandenen Strukturen aufzugreifen, ist es in DIAMANT unerheblich, wer die spezWV anbietet. Auch die konkrete Team-Zusammensetzung vor Ort ist unbedeutend. Entscheidend ist, dass spezialisierte Wundversorger nachvollziehbar über das notwendige Behandlungernetzwerk verfügen. In jedem Fall muss gewährleistet sein, dass die Versorgung sowohl in der häuslichen Umgebung des Patienten als auch in den Räumlichkeiten des Leistungserbringers sichergestellt wird.

Personalqualifikation

Das DIAMANT-Konzept setzt die Qualifikation zum Zertifizierten Wundtherapeuten (WAcert® DGfW (Beruf) und WTcert® DGfW (Beruf)) voraus. Die DGfW setzt damit die Regelungen einer akkreditierten Personenzertifizierung nach der DIN EN 17024 um. Die DGfW hat in mehreren Konsensuskonferenzen die curricularen Anforderungen mit den „interessierten Kreisen“ (andere AWMF-Gesellschaften, Berufsverbände, Patientenorganisationen und Krankenkassen) konsentiert und das „Programm“ (Curriculum und Normatives Dokument) anschließend in die Akkreditierung gebracht. Seit der Akkreditierung 2007 unterliegt das

Programm der Überwachung durch die nationale Akkreditierungsstelle DAKKS (Deutsche Akkreditierungsstelle)¹⁰. Das Curriculum und der Prüfungsfragenpool werden kontinuierlich an die Entwicklung von Leitlinien und Nationalen Expertenstandards sowie von Gesetzen und anderen verbindlichen Normen (z.B. RKI-Empfehlungen) angepasst. Die Akkreditierung der entsprechenden Zertifizierungsstellen nach DIN EN ISO/IEC 17024 für den Bereich „Fachpersonal Wundheilung und Wundbehandlung“ schafft die gebotene nationale und internationale Vergleichbarkeit und Transparenz der Kompetenzbestätigungen (17,18).

Dieses Vorgehen wird zukünftig nicht nur für den Bereich der Wundversorgung eine bedeutsame Rolle spielen.

Digitale Erfassung evidenzbasierter Versorgungspfade und Parameter

Die DGfW hat ein eHealth-Ressort gegründet. Dieses ist eine Forschungs- und Entwicklungskooperation von Unternehmen und universitären Partnern. Gefördert werden soll die Etablierung interoperabler Standards (FHIR, OpenEHR, IHE) beim transsektoralen Datenaustausch und die Erstellung einheitlicher Datenmodelle zur besseren digitalen Adaption von Leitlinien in interdisziplinären Versorgungsnetzwerken. Dazu sollen auf Basis einer modularen Systemarchitektur, Komponenten zur system- und organisationsübergreifenden Erfassung, Analyse und Darstellung von medizinischen Versorgungsdaten, bereitgestellt werden.

In einem ersten Schritt wurde ein generisches Datenschutzkonzept nach dem Leitfaden zum Datenschutz der TMF (Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e.V.) beschrieben und seitens der TMF auditiert. Seit vielen Jahren bilden die generischen Datenschutzkonzepte der TMF die Grundlage für die Planung und Umsetzung konkreter Infrastrukturprojekte zur langfristigen Sammlung von Daten und Proben für die medizinische Forschung. Das generische Datenschutzkonzept soll auf organisatorischer und technischer Ebene die Konformität mit den jeweiligen Datenschutzanforderungen des Bundes und der Länder gewährleisten, sodass innerhalb des Behandlungernetzwerkes neben der Ver-

sorgungsbegleitung gleichzeitig auch versorgungsnahe Forschung betrieben werden kann.

Als eine erste Komponente wurde zur standardisierten Erfassung und Analyse von Versorgungsdaten im Behandlungernetzwerk eine digitale „Wundfallakte“ konzipiert. In ihr werden alle Daten, Verläufe und Änderungen in einem Audit Trail zusammengeführt. Über standardisierte Schnittstellen wird der verteilte Zugriff auf die Inhalte im Netzwerk gewährleistet. Die digitale „Wundfallakte“ soll in weiteren Entwicklungsschritten zur Sicherstellung der Prozessqualität an die aktuelle Leitlinienentwicklung angepasst und bei Bedarf zur Darstellung anderer Leitlinieninhalte erweitert werden.

Ergebnisqualität, Transparenz und Lernpotential

DIAMANT-Prozessqualität heißt, dass die Behandlungs- und Therapieschritte digital und standardisiert analog der S 3-Leitlinien dokumentiert werden. Hierfür wurde ein Dokument entwickelt, das in der Papier-Fassung auch als „Wundprotokoll“ für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung eingesetzt werden kann. Erarbeitet wurde weiterhin ein Abgrenzungskonzept der spezWV zur häuslichen Krankenpflege. Hierbei kommen die von der DGfW erarbeiteten Risikoprofile zum Tragen, wenn z.B. extreme Lymphabflussstörungen bestehen. Dokumentiert werden weiterhin v.a. Diagnose (Wundursache), Lokalisation, Wundalter, Vorbehandlung, Gewebearten, Wundgröße, Kategorie, Verbandsmaterial- und intervall, Ödem, Wundumgebung, Hautstatus, Entzündungszeichen, Wundgeruch, Blutung sowie Maßnahmen zur Druckentlastung und Patientenedukation und das Ergebnis der Schmerzerfassung und Lebensqualität. Der Medikamentenplan wird regelhaft aktualisiert und ist für alle Behandler zugänglich.

Für die Prozessebene wurden Qualitätsindikatoren wie zum Beispiel vollständige Anamnese und Basisdiagnostik innerhalb 14 Tage nach Erstbesuch sowie Vorliegen einer gesicherten Diagnose und eines evidenzbasierten Thera-

¹⁰ Akkreditierungsstellengesetz vom 31. Juli 2009 (BGBl. I S. 2625), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2540)

pieplans innerhalb 21 Tage entwickelt. Die Ergebnisqualität wird anhand von Qualitätsindikatoren und Outcomeparametern messbar gemacht. Hierzu gehören z.B. Parameter, wie die Zeit bis zum Wundverschluss, Anzahl der Wunden mit Entzündungszeichen, Anzahl der antibiotikapflichtigen Infektionen, die Amputationsrate und genaue Bezeichnung der Amputationshöhe, die Rezidivraten pro Entität und die Anzahl der ambulant-selektiver Krankenhauseinweisungen.

Darüber hinaus geht es im DIAMANT-Konzept um das „Miteinander- und voneinander Lernen“ der Akteure. Nach dem Vorbild verblindeter Peer Reviews wird eine verblindete Fallsupervision durchgeführt. Der Patient erscheint in regelhaften Abständen pseudonymisiert im Supervisionstool der DGfW und der Supervisor gibt verblindet sein digitales Feedback an den Behandler. Nun hat der Behandler die Möglichkeit, dem Feedback des Supervisors zu folgen oder den Patienten in der regelmäßigen Fallkonferenz / Televisite der DGfW zu diskutieren. In einem vereinbarten Intervall finden Qualitätskonferenzen unter Beteiligung aller Akteure sowie der Krankenkasse statt.

Neue Vergütung: Komplexpauschale und P4P

Die für eine spezWV benötigten Ressourcen sind stark kontextabhängig und variieren vor allem mit Blick auf die verschiedenen Risikoprofile der Patienten (Risikoprofil: Kombination der beim Patienten vorliegenden Risikofaktoren, welche die Wundheilung beeinflussen). Auf der Organisationsebene müssen Ressourcen für Koordinationsleistungen sowie ein erhöhtes Maß an Hygienemanagement vorgehalten werden. Dem muss bei der Quantifizierung von ärztlichen und pflegerischen Vergütungssätzen Rechnung getragen werden. Im ambulanten Honorarsystem der Ärzte ist die Wundbehandlung einzelverrichtungsbezogen angelegt und als Mischkalkulation bewertet. Die Verschiedenartigkeit der Risiken wird hierdurch zu wenig berücksichtigt. Selbiges gilt für Pflegedienste innerhalb ihres Honorarsystems.

In DIAMANT wurde die Behandlung (Anamnese, Diagnostik, Therapieplanung, Lokaltherapie) neu bewertet. Die Vergütungssätze sollen stetig im

Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses angepasst werden. Die Verbesserung des initial anzuwendenden Vergütungsschemas erfolgt im Rahmen eines sog. Micro-Costing-Ansatzes, in welchem zunächst klar voneinander abgrenzbare Risikoprofile definiert werden. Je nach Risikoprofil unterscheidet sich die Intensität der einzusetzenden Ressourcen. Für jedes Risikoprofil werden, unter Berücksichtigung leitlinienbasierter Behandlungspfade, anschließend alle in einem Behandlungspfad möglichen Einzelmaßnahmen (z.B. Verbandswechsel mit zeitintensiver Kompression oder Patientenedukation) monetär mittels Kostenträgerrechnung bewertet. Ermöglicht wird dies durch die digitale Wundfallakte. Durch Fallanalysen werden abschließend fallbezogene Kosten der Wundversorgung ermittelt und Einflussfaktoren (z.B. Wundgenese, Infektionen etc.) auf die Gesamtkosten sowie die Bedeutung von Einzelmaßnahmen für den Heilungserfolg erörtert. Die Erkenntnisse daraus sind wichtige Voraussetzung für die Formulierung eines möglichen späteren Pay-for-Performance Modells, das alle Qualitätsebenen gleichermaßen, d.h. sowohl die Struktur-, als auch die Prozess- und Ergebnisebene, abbildet. Darüber hinaus berücksichtigt es die gemeinsamen Versorgungsziele eines sektorenübergreifenden, interprofessionellen Versorgungsverbundes als oberste strategische Ebene. Bezahlt würde nicht nur die Abheilung, sondern auch das evidenzbasierte Management der Versorgung, sprich die bislang unwürdigen aufwendigen Koordinationsarbeiten und auch die Patientenedukation.

6. Was müsste der Gesetzgeber tun?

Die Häusliche Krankenpflege ist eine aufsuchende Leistung und wird im häuslichen Umfeld des Versicherten erbracht. Der Gesetzgeber wollte mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG, 04.04.2017) die Versorgung von Patienten mit chronischen und schwer heilenden Wunden verbessern. Dazu hat der Gesetzgeber gemäß § 37 Abs. 7 SGB V den G-BA beauftragt, in der bestehenden Richtli-

nie des G-BA über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden zu regeln. Vorgesehen ist in diesem Zusammenhang, dass der bisherige Grundsatz der Häuslichen Krankenpflege „einer aufsuchenden Leistung“ für den Bereich der Wundversorgung aufgehoben werden kann.

Krankenkassen wie auch die DGfW haben bereits im Rahmen des Stimmungsverfahrens darauf hingewiesen, dass die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden selbst unter

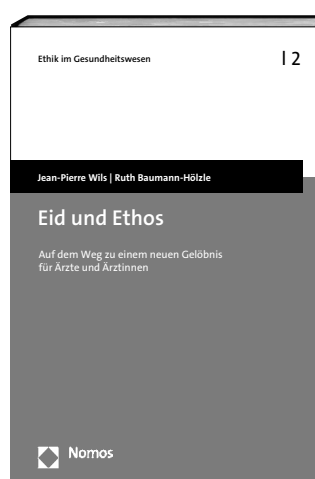
**Die Versorgung von
chronischen und schwer
heilenden Wunden ist in der
Häuslichen Krankenpflege
falsch verortet.**

Berücksichtigung einer notwendigen interdisziplinären Versorgung in der Häuslichen Krankenpflege falsch verortet ist. Vielmehr bedarf es gesetzlicher Regelungen, die sowohl eine leistungsrechtliche Beschreibung des Anspruches auf die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden vornehmen als auch eine Abgrenzung zu bereits bestehenden Leistungsansprüchen. Dies beinhaltet in der Konsequenz, dass eine Richtlinie für die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden im G-BA erarbeitet und verabschiedet werden muss. Hinzu kommt, dass es zukünftig möglich sein sollte, mit den beteiligten Akteuren gemeinsame Verträge z.B. analog der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu schließen. Damit wäre gewährleistet, dass die spezWV aufgrund ihrer komplexen Wesensart flächendeckend für alle gesetzlich Versicherten umgesetzt würde und nicht nur punktuell, wie es „klassisch“ selektivvertraglich der Fall ist. Nicht die Zeit heilt alle Wunden, sondern ein hochwertiger Versorgungsstandard. ■

Literatur

- 1 Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS.** Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023):71-2.
- 2 Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (2012)** S3-Leitlinie 091-001 „Lokaltherapie chronischer Wunden bei den Risiken CVI, PAVK und Diabetes mellitus“. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/091-001.html>.
- 3 Pflege DNQP- Expertenstandard** „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ 2015.
- 4 Burckhardt M., Nink-Grebe, B.; Wundbehandlung:** Wertvolles vermehren, Überflüssiges reduzieren, *Deutsches Ärzteblatt* / Jg. 111 / Heft 27-28 / 7. Juli 2014 A-1248 / B-1076 / C-1020
- 5 Keuchel, J.; / Zühlke, C.; Teures Pflaster,** Handelsblatt.com vom 12.02.2017 <http://www.handelsblatt.com/my/unternehmen/industrie/neuartige-wundauflagen-teures-pflaster/19380404.html>
- 6 Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA),** Pressemitteilung „G-BA legt Rechtsmittel gegen Teilbeanstandung ein“ vom 25. Juli 2018 <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/759/>
- 7 Institut für Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG),** Pressemitteilung „Vakuumtherapie bei Wunden: Verstoß gegen ethische und wissenschaftliche Standards“ vom 28.08.2018 <https://www.iqwig.de/de/presse/pressemitteilungen/2018/vakuumtherapie-bei-wunden-verstoß-gegen-ethische-und-wissenschaftliche-standards.10021.html>
- 8 Bundesministerium für Gesundheit.** Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung. 2016.
- 9 Rabe E, Bauersachs R, Pannier F, List S. Venenkrankungen der Beine.** Berlin: Robert Koch Institut; 2009.
- 10 Rabe E, Pannier-Fischer F, Broman K, Schuldt K, Stang A, Poncar C, et al.** Bonn Vein Study by the German Society of Phlebology: Epidemiological study to investigate the prevalence and severity of chronic venous disorders in the urban and rural residential populations. *Phlebologie*. 2003;32(1):1-14
- 11 Deutsche Gesellschaft für Angiologie e.V. (2015)** S3-Leitlinie 065 – 003 „Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK), Diagnostik, Therapie und Nachsorge“ <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/065-003.html>
- 12 Burckhardt M, Hoffmann C, Nink-Grebe B, Sanger S.** Bedarfsanalyse zur Verbesserung der Anwendbarkeit und methodischen Qualität einer S3-Leitlinie *Z Evid Fortbild Qual Gesundhswes*. 2017.
- 13 Selbmann H. K.; Kopp I.** Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag, *Die Psychiatrie* 2005; 2: 33–8
- 14 Engelhardt M., Elias K., M. Augustin M., Debus E. S. ,** Erfassung der Lebensqualität bei chronischen Wunden und Gefäßerkrankungen, *Gefäßchirurgie* 2015 · 20:10–17 DOI 10.1007/s00772-014-1405-z
- 15 Kirchner H.; Fiene M.; Ollenschläger G.;** Bewertung und Implementierung von Leitlinien, *Rehabilitation* 2003; 42: 74-82 • Georg Thieme Verlag Stuttgart – New York – ISSN 0034-3536
- 16 Ollenschläger G.** Kritische Bestandsaufnahme der Leitlinienentwicklung und -anwendung in Deutschland Beitrag zum Symposium „Medizinische Leitlinien und Standardisierung in der Spannung zwischen Qualitätssicherung und Rationierung“, der Robert-Bosch-Stiftung, Schwäbisch Hall 13.-15.12.2001 In: F. Dietrich, M. Imhoff, H. Kliemt (Hrsg) *Standardisierung in der Medizin. Qualitätssicherung oder Rationierung*. Stuttgart, Schattauer 2003, S. 38-52
- 17 Burckhardt M, Nink-Grebe B.** Die Bedeutung der akkreditierten Zertifizierung von Personen, die in der Wundbehandlung tätig sind. *ZfW*. 2009;14 (3):182-8.
- 18 Norm ISO/IEC 17024:2012,** Beuth –Verlag

Auf zu einem neuen Eid für Ärzte und Ärztinnen!



Eid und Ethos

Auf dem Weg zu einem neuen Gelöbnis für Ärzte und Ärztinnen

Von Prof. Dr. Jean-Pierre Wils und Dr. Ruth Baumann-Hölzle

2018, 66 S., brosch., 24,- €

ISBN 978-3-8487-5171-6

eISBN 978-3-8452-9472-8

(*Ethik im Gesundheitswesen*, Bd. 2)

nomos-shop.de/39847

„Eid und Ethos“ informiert umfassend über die überraschende Renaissance des ärztlichen Eides und über den „Schweizer Eid“ im Besonderen. Lange Zeit galt der ärztliche Eid als ein veraltetes Instrument der Standeswahrung, das dem modernen Gesundheitswesen nicht angemessen sei. Inzwischen mehren sich die Anzeichen, dass der wachsende marktwirtschaftliche Druck auf die medizinische Tätigkeit das Berufsethos zu entkernen beginnt. Monetäre Erwartungen dominieren und die ärztliche Praxis wird ihnen untergeordnet.

Das ist gemeint, wenn von einer „Ökonomisierung des Gesundheitswesens“ die Rede ist. Dieses Buch zeigt den Weg auf, der zu dieser Umkehrung der Prioritäten geführt hat, erinnert an die essentiellen Aufgaben der Medizin und führt zu einem Eidvorschlag, der bereits in etlichen Institutionen in der Schweiz implementiert worden ist. An die Ärzteschaft wird appelliert, sich einem solchen Eidprojekt anzuschließen und die Würde des Berufs zu verteidigen.



Unser Wissenschaftsprogramm ist auch online verfügbar unter: www.nomos-elibrary.de

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter (+49)7221/2104-37.

Portofreie Buch-Bestellungen unter www.nomos-shop.de

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



Nomos