



# Konsensusempfehlung zur Wundantiseptik

## Der lange Weg zu modernen Produkten und ihre aktuelle Erstattungsfähigkeit

von Werner Sellmer

Der Weg hin zur modernen Behandlung chronischer Wunden ist länger und dorniger als die meisten am Wundversorgungsgeschehen beteiligten Kollegen geglaubt haben. Seit der englische Arzt George Winter im Jahre 1962 über seine experimentellen Untersuchungen zur Wundheilung im international anerkannten Magazin „NATURE“ schrieb und dort die großen Vorzüge der feuchten Okklusionstherapie mit Folien gegenüber der trockenen Versorgung vorstellte, ist viel geschehen. Längst gilt die Versorgung von chronischen und problematischen Wunden mit wasserundurchlässigen „Plastikverbänden“ in den entsprechenden Fachgruppen der Dermatologie, Chirurgie und Diabetologie als eine Methode der Wahl. Während allerdings die Anzahl moderner Wundverbände seit 1985, als die Firma ConvaTec mit dem Produkt Varihesive erstmalig am deutschen Markt erschien, explosionsartig angewachsen ist und inzwischen gut und gerne 500 Produkte umfasst, schlagen sich Wundtherapeuten immer noch mit einigen Lokaltheraeutika des letzten Jahrhunderts herum. Lokalantibiotika, pflanzliche Therapeutika, Farbstoffe und Grobdesinfektionsmittel – nur vier Beispiele für Produkte, die es bei konsequenter Umsetzung des aktuellen Wissens längst nicht mehr geben müsste. Der Wunsch nach klaren, konkreten und rechtlich verbindlichen Aussagen wurde so groß, dass im letzten Jahr unter Leitung des bekannten Greifswalder Hygienikers Prof. Dr. Axel Kramer namhafte und überwiegend deutschsprachige Wissenschaftler und wunderfahrene Praktiker eine „Konsensuserklärung zur Auswahl von Wirkstoffen für die Wundantiseptik“ verfasst haben. Ziel war es, „alte Zöpfe“ in der Therapie zu benennen und die verfügbaren modernen Produkte in Bezug auf ihre Eignung zu bewerten. Im Mai dieses Jahres ist der Konsensus erstmalig in der Zeitschrift für Wundbehandlungler (ZfW) publiziert worden, inzwischen auch im Journal of Woundcare und ganz aktuell im Wundforum der Fa. Hartmann.

### Die Aufsichtsbehörde läßt sich 27 Jahre Zeit

Um die Notwendigkeit und Bedeutung der Konsensuserklärung begreifen zu können, muss man folgende Entwicklungen und Tatsachen kennen: 1976, in der 2. Änderung des Arzneimittelgesetzes wurde festgelegt, dass bei neuen Arzneimitteln Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit nachzuweisen sind. Hier sollte zukünftig konsequent das Interesse nach gesundheitlichem Verbraucherschutz vor den monetären Interessen der Firmen im Vordergrund stehen, *alleine die Qualitätsüberwachung durch staatliche Behörden sollte über den Wert von Arzneimitteln entscheiden.*

Die bis dahin bereits als Arzneimittel in Deutschland verkauften Produkte konnten natürlich nicht schlagartig diese neuen Anforderungen erfüllen, somit reichte es, sie anzumelden. Sie sollten dann schnellstmöglich „nachgelassen“ werden.

Bis 1978 wurden ca. 200.000 derartige „fiktive Arzneimittel“ registriert und erhielten eine Registriernummer (Reg.-Nr.).

Bis 1994, also fast 20 Jahre nach Beginn dieser Nachzulassung war es für den pharmazeutischen Unternehmer im Rahmen der „Wandlung“ ohne großen Aufwand möglich, einen unmodernem oder ggf. unwirksamen Wirkstoff, z.B. das schmerzlindernde Phenazon, durch einen modernen oder besser wirksameren Wirkstoff wie z.B. Tramadol auszutauschen. In dieser Zeit begann die Flut der so genannten Generika, wirkstoffgleicher Nachahmerprodukte, meist bezeichnet mit Wirkstoff + Firmenname (Ibuprofen 400 Ratiopharm u.ä.).

Als dann endlich das damalige Bundesgesundheitsamt (BGA) in Berlin die endgültigen Zulassungsunterlagen einforderte, kam es zu unglaublichen Situationen. Vor dem BGA mussten Container aufgestellt werden, um die eingegangenen Aktenberge zu den

### Die Autoren der Konsensuserklärung

- A. Kramer**, Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Universität Greifswald (D)  
**G. Daeschlein**, Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Universität Greifswald (D)  
**G. Kammerlander**, Wund Kompetenz Zentrum Wilhering/Linz (A)  
**A. Andriessen**, Andriessen Consultants, Malden (NL), Thames Valley University (GB)  
**C. Aspöck**, Institut für Hygiene und Mikrobiologie am Zentralklinikum St. Pölten (A)  
**R. Bergemann**, Institute for medical Outcome Research GmbH Lörrach (D)  
**T. Eberlein**, Wund Kompetenz Zentrum Wilhering/Linz (A)  
**H. Gerngross**, Bundeswehrkrankenhaus Ulm, Abteilung II, Chirurgie (D)  
**G. Görtz**, Chirurgische Klinik I Allgemein- und Viszeralchirurgie, St. Marien-Hospital Lünen (D)  
**P. Heeg**, Institut für medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene der Universität Tübingen (D)  
**M. Jünger**, Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten der Universität Greifswald (D)  
**S. Koch**, Pathologisches Institut Humaine-Klinik Bad Saarow (D)  
**B. König**, Institut für medizinische Mikrobiologie der Universität Magdeburg (D)  
**R. Laun**, Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der Klinik für Chirurgie der Universität Greifswald (D)  
**R.U. Peter**, Gefäß- und Hautzentrum Ulm-Blaustein (D)  
**B. Roth**, Chirurgische Abteilung im Bezirksspital Belp (CH)  
**Ch. Ruef**, Universitätsspital Zürich, Abteilung Infektionskrankheiten und Spitalhygiene (CH)  
**W. Sellmer**, Aponova, Apotheken im LBK Hamburg (D)  
**G.ewelka**, AGES, Institut für medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Wien (A)  
**W. Eisenbeiß**, Klinik für plastische Chirurgie, Handchirurgie, Intensivereinheit für Schwerbrandverletzte der Universität Lübeck (D)



immer noch ca. 100.000 aktuellen Arzneimitteln einzulagern. Mit der 5. AMG setzte das BfArM, wie es seit Beginn der Nachzulassung hieß, als Termin bis zum Abschluss der Nachzulassung das Jahr 2005 (d.h. die inzwischen fast 20 Jahre im Handel befindlichen ungeprüften Produkte sollten noch weitere 10 Jahre übergangsweise verkauft werden dürfen). Da dieser Termin von den europäischen Nachbarn nicht akzeptiert wurde (Dort waren vergleichsweise Nachzulassungen bereits vor etlichen Jahren zum Abschluss gebracht worden.) setzte die dadurch bekannt gewordene 10. AMG-Novelle 1999 eine letzte klare Frist: **wenn ein Hersteller freiwillig auf sein Produkt „verzichten“ würde, dürfte er es letztmalig am 30.06.2002 herstellen und letztmalig am 30.06.2003 in Verkehr bringen (verkaufen).** Alternativ müsste bis dahin die Nachzulassung erlangt werden, worauf dann eine unbefristete Inverkehrbringung sichergestellt wäre.

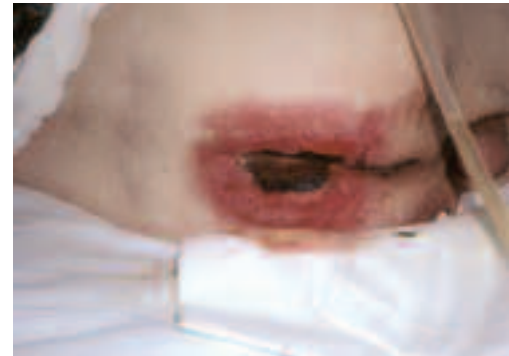
Als Bilanz wurden von den ca. 200.000 fiktiven Arzneimitteln des Jahres 1976 ca. 20.000 endgültig zugelassen ca. 3000 durch „Verzicht“ bis zum 30.06.03 durchgeschleppt in 25 Jahren über 180.000 eliminiert!

Bezogen auf die Lokaltherapie von Wunden verschwanden am 30.06.2003 im Zuge der „Marktberreinigung“ u.a. Aureomycin®-Wundpuder  
Branolind®-Wundgaze  
Clioquinol®-Tamponaden  
Debrisorb®-Puder  
Fibrolan®-Substanz  
Fucidine® Puder  
Mercuchrom®  
Nifucin®-Gel  
Pimafucine®-Creme  
Refobacin®-Puder  
Sofra-Tuell® Gaze

Terracortril®-Salbe  
Terramycin®-Puder  
Wobe-Mogos®-Salbe  
Wobenzym®-Salbe

**Aufatmen** – nach 25 Jahren Kampf mit alten Hüten – ein Wunsch, der den modernen Wundtherapeuten nur für kurze Zeit vergönnt war. Kaum fehlten die Verkaufszahlen, wurden viele Firmen aktiv und versuchten die fehlenden Einnahmen über Änderungen der Vertriebswege wieder einzuholen. Zwar waren Produkte wie Fibrolan®-Salbe und -Substanz, Mercuchrom®-Lösung, Debrisorb®-Puder und -Wundpaste und andere Produkte endgültig aus den Apothekenschubladen und von den Verbandwagen verschwunden. Bestimmte Mittel aber verließen kurzerhand den Geltungsbereich des sehr strengen und teuren Arzneimittelgesetzes und begaben sich in den Schutz des Medizinproduktegesetzes, welches für bestimmte, als risikoärmer eingestufte Produkte wie passive Wundaufgaben, mit einer speziellen „Konformitätsbewertung“ des Herstellers, kurz einer Selbstbewertung, vorlieb nahm. Kurzerhand verlor z.B. die ehemals als fiktives Arzneimittel geltende und das Lokalantibiotikum Framycetin enthaltende Fettgaze Sofra-Tüll® ihren Wirkstoff und wurde zu Sofra-Tüll® SINE (= lateinisch: **ohne**). Ähnliches geschah bei dem Perubalsam enthaltenen Produkt Branolind® N, welches als Branolind® nun „ohne“ Perubalsam wieder zu bekommen ist. Im „Nachfolger“ des Mercuchrom® (Mercuchrom®-Jod) ist lediglich der Wirkstoff ausgetauscht worden. Anstelle des Merbromins befindet sich im Folgeprodukt 10%PVP-Jod, es ist damit in der Zusammensetzung der bekannten Betaisodona®-Lösung vergleichbar! Produkte, die zum Teil namentlich auf den BfArM-Löschungs-

listen standen bzw. auf Grund entsprechender Aussagen der Hersteller gegenüber dem Autor zur Löschung anstanden, sind nicht aus den Schränken verschwunden und wurden zur Überraschung der Fachkreise überwiegend mit echten Zulassungen weiter vertrieben. Hierzu gehören Produkte wie Flammazine®-Creme, Pulvo®-Spray, Jodoform®-Tamponaden, Nebacetin®-Puder, Pyolysin®-Salbe und Varidase®-Gel. Ein besonders „mieses Spiel“ hat sich die Firma Krewel-Meuselbach ausgedacht.



„Kriegsbemalung“, Mercuchrom® auf einem Dekubitus - seit 30.06.03 endlich vorbei!

Über Jahrzehnte lobte diese Firma (ohne nennenswerte Nachweise der Qualität, der Wirksamkeit und der Unbedenklichkeit) das Produkt Mercuchrom® für die großflächige Wundbehandlung (Dekubitus, Ulcus Cruris...) aus. Dann, in der Roten Liste 2002, erfolgte plötzlich und für die meisten Kunden unbemerkt eine firmenseitige Einschränkung der Indikation auf nunmehr kleinflächige Wunden. Gleichzeitig wurde als Kontraindikation die bisherigen Hauptindikationen Dekubitus und Ulcus cruris benannt. **Kein Arzt wurde darüber informiert**, viele haben bis zum letzten Tag diesen somit offensichtlich firmengewollten Off-Label-Use verantwortet und wenden die



Reste des Produktes heute noch falsch an. Seit dem Jahre 2000 gibt es endlich auch vernichtende Aussagen über die therapeutische Unwirksamkeit des Produkts (*Kramer A Rudolph P Antiseptika im Kampf mit den Keimen; Pharm Ztg. Nr. 2 145. Jahrgang 13. Januar 2000*)

Doch anstatt wie über 3000 andere Produkte, dem Wunsch des Gesetzgebers entsprechend vom Markt zu verschwinden und damit endlich den rechtlichen und pharmakologischen Sachzwängen zu folgen, gab die Firma Krewel-Meuselbach nicht auf: man verkaufte völlig überraschend den „Rohstoff“ Merbromin 2% (also das bisherige Arzneimittel in neutraler Verpackung) den Apotheken und Krankenhausapotheken um so „die bei bestimmten Ärzten angeblich entstandene Not“ zu lindern. Die zuständige Landesbehörde in Köln sieht unter dem Aktenzeichen 24.30.12/04 bedauerlicherweise dieser klaren Umgehung der Zulassung seit über einem Jahr tatenlos zu – alle Begründungen hierfür erscheinen unter dem Gesichtspunkt des gesundheitlichen Verbraucherschutzes eher fragwürdig!

So, als wären diese Entwicklungen nicht schlimm genug, begannen neue „unnötige“ Produkte wie Pilze aus dem Boden zu schießen. Um nur einige Beispiele zu nennen tauchte Mesitran®, eine Honigsalbe mit äußerst zweifelhaften Indikationen wie infizierte Wunden und schlechtheilende Geschwüre auf, Ialuset®, eine Salbe mit dem verschreibungspflichtigen Wirkstoff Silber-sulfadiazin (Flammazine®) erscheint unter Umgehung der Apotheke und ohne Arztverschreibung im Sanitätshandel und Medihoney® aus Australien kann über das Internet bezogen werden. Daneben werden weiterhin Lebensmittel wie Honig, Rohrzucker, Salz, Kohlblätter, Quark,

Eier, Knoblauch, Pfeffer, Gebrauchsgegenstände wie Zeitungspapier, Toilettenpapier, Seesand, Benzin, Glycerin, Teebaumöl, Lavendelöl, Waffelöl sowie Farbstoffe, unsterile Pasten und Melkfett eingesetzt. Hinzu kommt unerlaubter Off-Label-Use mittels Insulin-, Heparin- und Vitamin-C-Ampullen, Herzwirksamen Glykosiden wie Novodigal® und falsch verstandene Therapiefreiheit wie den durch den gleichzeitigen Einsatz von Betaisodona und Iruroxol, Penicillin- oder Vankomycin-Salbe, Verwendung von Turixin®-Nasensalbe in Wunden oder Zinkleim auf offene Wunden?

Für alle Beteiligten war nun klar, es **musste dringend etwas geschehen** um Ordnung, fachliche Klarheit und verbesserte Rechtssicherheit in die Wundtherapie zu bekommen!

#### **Die Konsensuserklärung**

Professor Kramer stellte sich im Jahre 2003 an die Spitze einer deutschsprachigen interdisziplinären Expertengruppe aus Ärzten, Hygienikern, Pflegekräften und Apothekern. Die selbstgesetzte Aufgabe bestand in einer evidenzorientierten Sichtung relevanter Substanzen zur Wundantiseptik anhand von Veröffentlichungen und klinischen Befunden mit dem Ziel, *konkrete Stoffempfehlungen abzugeben und im Umkehrschluss konkrete Stoffausschlüsse vornehmen zu können.*

**Erstmals wurde damit die Auswahl von Lokaltherapeutika auf eine rationale Grundlage gestellt.** Die Konsensusempfehlungen zur Wundantiseptik unterscheiden zwischen Wirkstoffen zur kurzfristigen Anwendung auf Grund mikrobieller Kontamination oder infizierten akuten Wunden (sichere mikrobiozide Wirkung nach erfolgreichem chirurgischen Débridement) und Wirkstoffen zur

wiederholten Anwendung auf chronisch schlecht heilenden Wunden (Unterbrechung des Teufelskreises aus Kolonisierung – Infektion – Reinfektion – Wundheilungsverzögerung). Erstmals wurden auch saubere Indikationen für die Wundantiseptik gestellt und die Bedeutung sicherer Wundantiseptika herausgearbeitet. Ebenfalls kam es zu einer klaren Forderung zum Leistungsprofil geeigneter Wundantiseptika:

- Gewebeschädigung vermeidend
- (möglichst) farblos
- ausreichend großes Keimspektrum abtötend
- geringe Inaktivierung durch Blut und Eiter
- Allergisierung verhindernd
- Schmerzfreiheit
- Granulation nicht störend/evtl. Wundheilung fördernd

#### **Empfohlene Substanzen und Methoden**

Unter Hinweis auf aktuelle Literaturstellen bzw. mit ausführlicher Begründung wurden für die aktuelle Anwendung in Wunden 8-Chinolinol (Chinosol), Chloramin T, Chlorhexidin, Nitrofuraz, Quats wie Benzalkoniumchlorid, Wasserstoffperoxyd 3% und Silber-sulfadiazin als entbehrlich sowie Ethacridinlactat (Rivanol), alle Farbstoffe und Organische Hg-Verbindungen als obsolet bewertet, eine Einschätzung an der zukünftige Gutachter kaum vorbeikommen werden.

Zur Wundantiseptik geeignet sind lediglich noch

- Polividon-Jod
- Octenidin
- Polihexanid
- Sterile Fliegenmaden und Wundaufgaben mit Silber verblieben. Auf den ebenfalls gut bewerteten aber auf Grund vieler praktischer Probleme und Therapienachteile kaum noch



*Ein Brotaufstrich mit Arzneimittelindikationen - Honigsalbe bei infizierten Wunden?*



*Lokalantibiotika - fachlich entbehrlich aber leider weiter erstattungsfähig!*



*Moderne Wundantiseptika gemäß Konsensuserklärung*



eingesetzten Wirkstoff Taurolidin wird im Folgenden nicht eingegangen.

Im Einzelnen gelten als Wirkstoffe der Wahl zur kurzfristigen Anwendung auf Grund mikrobieller Kontamination oder infizierten akuten Wunden:

- Octenidin (Octenisept®, Octeniderm®)
- Polividon-Iod (Braunoderm®, Braunol®, Betaisodona®, PVP-Iod Ratiopharm® u.a.)

Als Wirkstoffe zur wiederholten Anwendung auf chronisch schlecht heilenden Wunden sind geeignet:

- Polihexanid (Lavasept® als Eigenherstellung durch die Apotheken, Prontosan® W und Lavanid® als Medizinprodukte)
- sterile Fliegenmaden (z.B. der Fa. Biomonde in Hamburg-Barsbüttel)
- Silberhaltige Wundauflagen (Während alle anderen Wirkstoffe bereits gut geprüft wurden, fehlen für die wirkstofffreisetzenden Silberprodukte valide und vor allem vergleichende Daten zur Wirksamkeit, Wirkdauer, der jeweiligen Silberresorption und den daraus resultierenden Risiken dieser Produkte.)

### **Die Kostenerstattung von modernen Wundversorgungsprodukten**

So wichtig es einerseits ist, dass mit der Konsensuserklärung endlich eine wissenschaftliche Grundlage zur Auswahl antiseptischer Wirkstoffe in der Wundbehandlung existiert, umso problematischer erscheint es, dass diese Auswahlkriterien von der aktuellen Kostenerstattung nicht bzw. nicht vollständig unterstützt werden. In der Tat klafft hier bezüglich der ambulanten Kostenerstattung eine große Lücke. Welche Regelungen bezüglich der Erstattung für moderne

Wundversorgungsprodukte gelten im Jahre 2004?

**Vorab:** Für die **Klinik** und alle **Erstattungsmodelle nach §140 SGB V** (Integrierte Versorgung) gilt:

Es können uneingeschränkt alle Kosten (Verbände, Maden, Vakuumversiegelung ...) aus den Pauschalentgelten (DRG, Klinik) oder den Komplexpauschalen (§140 SGB V) bezahlt werden. Der Budgetverantwortliche wählt hier seine persönlichen Vorgehensweisen nach Notwendigkeit, eigenen Standards und dem Wirtschaftlichkeitsgebot aus.



*Maden in einem diabetischen Fuß - innovativ aber zur Zeit ambulant nicht erstattungspflichtig!*

In der **Ambulanzversorgung** sieht das leider seit 01.01.04, verschärft seit 01.04.04 völlig anders aus. Ironisch gesagt übt weniger der behandelnde Arzt die Therapiefreiheit aus als vielmehr die Bundesregierung durch pauschale und die Krankenkassen durch Einzelerstattungsregelungen.

### **Folgende Aspekte sind hierbei zu berücksichtigen:**

- Die neuen Rezeptzuzahlungen
- Die Erstattung moderner Wundverbände
- Die Erstattung von Sonden- und Zusatznahrung
- Die Erstattung von Hilfsmitteln
- Die Erstattung von Arzneimitteln

### **Die neuen Zuzahlungen**

Eine Säule der Kostensenkung im GMG sollte eine stärkere Beteiligung der Patienten an den von ihm verursachten Kosten sein. So wurde seit 01.01.04 pro Rezeptzeile im Minimum eine Kostenbeteiligung von 5 €, bei Materialkosten von über 50 € eine Pauschale von 10% und ab Materialkosten von über 100 € ein Maximalbetrag von 10 € fällig. Da moderne Wundversorgungsprodukte oft hochpreisig sind, können Rezepte dieser Art schnell Zuzahlungen von 25 € und mehr auslösen.

Nicht erstattungsfähige Produkte werden nur noch auf Privat-rezept oder die extra dafür konzipierten „Grünen Rezepte“ verordnet und müssen vom Patienten zu 100% selbst bezahlt werden (z.B. moderne Antiseptika, Emla®).



*Emla-Creme®, ambulant nicht mehr erstattungsfähig*

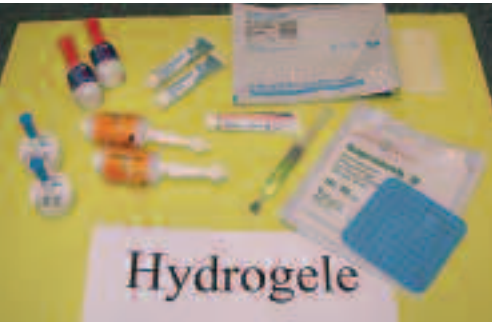
Die neue Zuzahlung zur Krankenpflege und der Wegfall der Taxikosten-Erstattung bei notwendigen Wegen gebrechlicher Patienten verschärft diese Situation. Nicht selten resultieren daraus heftige Diskussionen mit Patienten oder Angehörigen über den Sinn moderner Wundversorgungsprodukte.

### **Die Erstattung moderner Wundverbände**

Alle Wundverbände und hierzu zählen auch Hydrogele und Silberverbände sind weiterhin



uneingeschränkt verordnungsfähig. Voraussetzung ist die korrekte „Einordnung“ der Produkte als sterilen Wundverband.



*Hydrogele - gehören abrechnungstechnisch zu den Verbänden!*

#### **Die Erstattung von Sondennahrung/Zusatznahrung**

Eiweißhaltige Zusatznahrung, Spezialprodukte für Diabetiker bzw. ballaststoffhaltige Zusatznahrung ist aktuell noch uneingeschränkt verordnungsfähig. Allerdings bearbeitet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA, [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)) aktuell die eingereichten Unterlagen und Gutachten. Ziel ist es, die Erstattung zu Lasten der GKV einzuschränken bzw. einzustellen – was hoffentlich nicht gelingt!

#### **Die Erstattung von Hilfsmitteln**

Gelistete Hilfsmittel wie Fixierpflaster, Hautschutzlollys, Anal tampons oder Pflasterlöser sind aktuell noch uneingeschränkt verordnungsfähig. Durch die zu leistende Zuzahlung trägt der zuzahlungspflichtige Patient aber nicht selten bis zu 25% des Apothekenverkaufspreises (Minimum-Zuzahlung 5 €).

#### **Die Erstattung von Arzneimitteln**

Bei den Arzneimitteln hat sich der Gemeinsame Bundesausschuss eine besonders überzeugende Regelung einfallen lassen: *nur noch verschreibungspflichtige AM sind auch verordnungsfähig.*

Im Umkehrschluss sind damit nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel offensichtlich unwirksam, zumindestens werden Sie nicht mehr zu Lasten der GKV erstattet. Um weiterhin bei „schwerwiegenden Erkrankungen“ den „Therapiestandard“ zu erstatten (so liest man auf der Homepage des G-BA), trat zum 1.4.04 eine so genannte „Ausnahmeliste“ in Kraft. Hier werden namentlich und indikationsbezogen nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Kostenerstattung zugelassen. Leider zeugt diese Liste von fehlendem Sachverstand. So sind z.B. Antiseptika zur Wundbehandlung grundsätzlich nicht mehr erstattungsfähig (nur noch zum Selbstkatheterisieren). Jodverbindungen jedoch (diesen Wissenstand hatte man Anfang der 80er Jahre) sind verordnungsfähig bei Dekubitus und Ulcus cruris. Andere Produkte, wie Emla-Salbe zur schmerzlosen Ulcusreinigung, Maden oder Rezepturen mit Polyhexanid werden aktuell nicht mehr bezahlt!

#### **Konsequenzen**

- Lokalanthibiotika sind (weil verschreibungspflichtig) für jede zugelassene Therapiesituation verordnungsfähig (Rückschritt Nr. 1)
- Jodprodukte sind nicht bei einer infizierten Sekundärheilung, wohl aber bei einem sauberen Dekubitus verordnungsfähig?! (Rückschritt Nr. 2)
- Farblose, schmerzfreie und nicht allergisierende Wundantiseptika sind aktuell NICHT verordnungsfähig! (Rückschritt Nr. 3)

Am 12.10.04 lief eine Einspruchsfrist ab, die eine Überprüfung und Aktualisierung dieser Ausnahmeliste zur Folge haben soll. Es bleibt abzuwarten, wie mit den dort vorgelegten Unterlagen (Therapiestandards in der Versorgung chroni-

scher Wunden, Konsensuserklärung zur Auswahl von Wundantiseptika...) umgegangen wird!

#### **Zusammenfassung**

Die Konsensuserklärung zur Auswahl von Wundantiseptika ist ein Meilenstein auf dem Wege zur rationalen Lokaltherapie in der Wundversorgung. Ihre namhaften Autoren garantieren für eine aktuelle Aufbereitung des Themas sowie klare und richtige Rückschlüsse und Empfehlungen. *Zukünftige Gutachten werden an diesen Aussagen nicht vorbeikommen!*

Während die Gesundheitspolitik aktuell im Gegensatz zu den Aussagen und Forderungen von Frau Ministerin Ulla Schmidt sicherlich nicht für eine Verbesserung der Versorgungsqualität chronischer Wundpatienten sorgt, setzen sich qualitativ hochwertige Methoden und Materialien trotzdem immer weiter durch.

Dem Leser dieses Artikels ist klarer geworden, dass die Zukunft der bezahlbaren und erfolgreichen Problemwundversorgung nur in integrierten Modellen gemäß §140 SGB V liegen kann. Eine sachkundige und budgetverantwortliche Koordinationsstelle muss **alle** nötigen Entscheidungen treffen, **alle** zur Mithilfe eingeladenen Team-einrichtungen und **alle** benötigten Materialien auswählen und bezahlen und mit Hilfe einer geeigneten Dokumentation umfassende Kosten- und Leistungstransparenz erzeugen. Nur wenn die Politik ihre „helfende Hand“ zurückzieht, kann der Patient wirklich von den modernen Erkenntnissen profitieren.

#### *Literatur und Hinweise bei:*

Werner Sellmer  
Wilstedter Weg 22a,  
22851 Norderstedt  
[werner.sellmer@wtnet.de](mailto:werner.sellmer@wtnet.de)  
[www.werner-sellmer.de](http://www.werner-sellmer.de)



*Herr Werner Sellmer ist Fachapotheker für klinische Pharmazie und leitet ein Wundprojekt in einer Klinik-kette in Hamburg. Neben seiner Arbeit in der praktischen Verbandberatung ist er aktives Vorstandsmitglied im Wundzentrum Hamburg e.V.*