

# Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V.



DGfW e.V. | Glaubrechtstr. 7 | 35392 Gießen

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

Per Mail an  
michael.thiedemann@bundestag.de

**Deutscher Bundestag**

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0219(10)

NICHT gel. VB zur öAnhörng am

30.11.2016\_HHVG

30.11.2016

**DGfW e.V.**

Glaubrechtstraße 7  
35392 Gießen

☎ 0641 - 6868518

☎ 03212 - 6868517

E-Mail: [dgfw@dgfw.de](mailto:dgfw@dgfw.de)

Internet: [www.dgfw.de](http://www.dgfw.de)

**Vorstand:**

**Präsident:**

Dr. med. Jan Dirk Esters

**Vizepräsident Medizin:**

Dr. med. Gerson Strubel

**Vizepräsident Pflege:**

PD Dr. rer. medic. Gero Langer

**Schatzmeister:**

Dr. jur. Rolf Jungbecker

**Beauftragter für Forschung  
und Kommunikation**

Prof. Dr. med. Hans-Martin Seipp

**Fachvorstand**

**Niedergelassene Ärzte**

Dr. med. Wilfried Jungkunz

**Fachvorstand Nichtärztliche**

**Heilberufe:**

Rita Negele-Strauß

**Generalsekretärin:**

Brigitte Nink-Grebe

**Bankverbindung:**

Volksbank

Mittelhessen e.G.

BLZ: 513 900 00

Konto: 45 4674 06

SWIFT-BIC:

VBMHDE5F

IBAN:

DE95 5139 0000

0045 4674 06

**Steuernummer:**

20 250 6624 3 – K 07

**Vereinsregister Ulm**

**VR 1589**

**Unser Zeichen**

BNG/

**Datum**

10.02.2016

## Stellungnahme

zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil – und  
Hilfsmittelversorgung

(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)

BT-Drucksache 18/10186

Sehr geehrter Herr Minister Gröhe,  
sehr geehrte Damen und Herren,

wir begrüßen die o.g. Gesetzesinitiative und Ihr Bestreben, Strukturen und Prozesse an sich verändernde Krankheitsbilder und Ziele der Gesundheitsversorgung anzupassen. Insbesondere befürworten wir die im Gesetzentwurf enthaltenen Ziele, die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln zu verbessern und die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Hilfsmittelversorgung weiterzuentwickeln sowie die Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken.

Besonders unterstützen wir die Intention des Gesetzgebers, die Versorgung von Menschen mit chronischen und schwer heilenden Wunden zu stärken und GKV-Versicherten innerhalb der Regelversorgung eine Wundbehandlung zu ermöglichen, die dem aktuellen Stand der Versorgung entspricht und individuell angepasst ist. Die Änderung des § 37 schafft eine gute Voraussetzung zur Implementierung von strukturierten Versorgungskonzepten auf der Basis methodisch hochwertiger Leitlinien (S3) und der Nationalen Expertenstandards für die professionelle Pflege.

Gerade im Fachgebiet „Wundheilung“ bedarf die Prävention chronischer Erkrankungen wie zum Beispiel Diabetes mellitus, Periphere arterielle Verschlusskrankheit und Chronische venöse Insuffizienz als auch die Verhinderung des Voranschreitens chronischer Erkrankungen sowie die Wiederherstellung verloren gegangener Alltagskompetenzen einen verstärkten Fokus.

Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme, bei der wir uns fachbezogen auf die Änderungen im Paragraph 37 Häusliche Krankenpflege und § 31 Absatz 1 fokussieren.

## Artikel 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

### Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden

Unsere Vorschläge zu Änderungen im Paragraphen 37 Abs. 7 sind nachfolgend in „fett“ gekennzeichnet:

*Im § 37 wird Absatz 7 angefügt:*

*„(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur **strukturierten Versorgung von Menschen mit akuten Wundheilungsstörungen, schwer heilenden Wunden, chronischen Wunden und /oder palliativen Wunden**. Die Versorgung von **akuten Wundheilungsstörungen, schwer heilenden, chronischen Wunden und/oder palliativen Wunden** kann auch **ambulant** in an einem geeigneten Ort außerhalb der Häuslichkeit von Versicherten erfolgen.*

### Begründung:

Bei der Gesetzesinitiative sollte der Präventionsansatz zur Vermeidung von schwer heilenden und chronischen Wunden stärker Berücksichtigung finden sowie den Bereich der palliativen Wundsituation inkludieren. Die oben eingefügten Erweiterungen bieten die Chance, die Verläufe postoperativer oder posttraumatischer Wundheilungsstörungen zu verkürzen und deren „Chronifizierung“ zu vermeiden. Ebenso sollte der Zugang für Menschen mit palliativen Wunden möglich sein, damit eine adäquate Versorgung ggf. in Kooperation mit einem SAPV-Team erfolgen kann.

### Hintergrund:

Die Notwendigkeit einer ambulanten strukturierten Versorgung in spezialisierten Einrichtungen ergibt sich einerseits aus der hohen Prävalenz chronischer Wunden in der deutschen Bevölkerung, andererseits aus den daraus resultierenden gesellschaftlichen Folgen<sup>1,2</sup>. Es existieren zu diesem Thema hochwertige Leitlinien (S3), die evidenzbasierte Diagnostik- und Therapiealgorithmen zur Verfügung stellen<sup>1,3</sup>; jedoch zeigen Erfahrungen aus zahlreichen internationalen Leitlinienprojekten, dass die Umsetzung und der Einsatz von Leitlinien im ärztlichen Alltag und ihr Einfluss auf die Versorgungsqualität noch als verbesserungsbedürftig angesehen werden müssen<sup>4,5</sup>. Eine weiterhin bestehende hohe Rezidivquote und eine persistierend hohe Amputationsrate bei Menschen mit chronischen Wunden legen den Verdacht auf Versorgungslücken nahe<sup>6,7</sup>. So bemängeln die an der Wundversorgung beteiligten Berufsgruppen zum einen eine mangelnde Verzahnung der verschiedenen Versorgungsebenen sowie eine hohe Behandlungsvariabilität und Komplexität in den Kommunikations- und Abstimmungsprozessen zwischen den

beteiligten medizinischen Fachdisziplinen und Berufsgruppen<sup>8</sup>. Gleichzeitig werden für Prävention und Behandlung der drei häufigsten Entitäten (periphere arterielle Verschlusskrankheit [pAVK], chronisch-venöse Insuffizienz [CVI], diabetisches Fußsyndrom [DFS]) große personelle, institutionelle und ökonomische Ressourcen aufgewendet<sup>7,9,10,11</sup>. Erstaunlicherweise ist dabei sowohl die epidemiologische als auch die gesundheitsökonomische Datenlage dünn.

Die beschriebene Ausgangssituation deckt sich mit den Versorgungsrealitäten in nahezu allen europäischen und nicht-europäischen Ländern der westlichen Welt<sup>11</sup>.

Nach § 37 Abs. 6 SGB V legt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

Das aktuelle Leistungsverzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der Häuslichen Krankenpflege (Anlage zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V in der Neufassung vom 17. September 2009, zuletzt geändert am 17. Dezember 2015, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 18.03.2016 B3 vom 18. März 2016; in Kraft getreten am 19. März 2016) entspricht in den Positionen 12 und 31 nicht mehr der Terminologie des aktuellen Nationalen Expertenstandards zur Dekubitusprävention und der S 3 Leitlinie zur Lokaltherapie chronischer Wunden bei den Risiken pAVK, CVI und Diabetes mellitus. Dies ist nur ein kleines Indiz dafür, dass es Handlungsbedarf in der HKP-Richtlinien in Bezug auf die Wundversorgung gibt.

Die neue G-BA-Richtlinie zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden sollte dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechend und die Nationalen Expertenstandards für die professionelle Pflege sowie die im AWMF-Register publizierten evidenzbasierten Leitlinien berücksichtigen.

Der Gesetzgeber hat in der dargelegten HHVG-Begründung bereits konkret herausgestellt, dass neben den Faktoren „aktueller Stand“ der Versorgung und Spezialisierung auch die Faktoren patientenindividuelle Versorgungsanpassung, fachliche Kompetenz und Hygiene zentrale Eignungsfaktoren darstellen. Diese Faktoren sind unter anderem Bestandteil des Konzeptes unserer Fachgesellschaft zur Anerkennung von „DGfW-assoziierten Wundzentren“.

Soweit möglich sollte der Gesetzgeber den Partnern der nach §132 a Absatz 1 abzuschließenden Rahmenempfehlungen aufgeben, anhand wissenschaftlicher Belege zu regeln:

- die Eignung der Leistungserbringer nach § 37 Absatz 7
- welche akuten Wundheilungsstörungen, schwer heilenden Wunden, chronischen Wunden und palliativen Wunden in der Häuslichen Krankenpflege versorgt werden können und
- welche der Behandlung durch spezialisierte Einrichtungen bedürfen.

Ebenso sollte die Rahmenempfehlung dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechend die Nationalen Expertenstandards für die professionelle Pflege sowie die im

AWMF-Register publizierten evidenzbasierten Leitlinien und die darauf gründenden Versorgungskonzepte berücksichtigten

Das im Rahmen der Stellungnahmen vorgetragene Argument, in der Versorgung von chronischen Wunden seien keine Defizite erkennbar, wird nicht geteilt. Obwohl die Wundversorgung im Rahmen der GKV als ärztliche Leistung für Versicherte abrufbar ist und bereits heute im Rahmen der häuslichen Krankenpflege durch Pflegedienste erbracht wird, sind nach wie vor deutliche Versorgungslücken zu erkennen. Diese wurden unter anderem im Barmer GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2014 dokumentiert. Dieser kommt zu dem Ergebnis, dass trotz der belegten Wirksamkeit der medizinischen Kompression in Deutschland in zu geringem Maße eine leitlinienkonforme Kompressionsbehandlung des venösen Ulcus cruris durchgeführt wird und dies eine gravierende Unter- oder auch Fehlversorgung des Ulcus cruris venosum mit Blick auf eine leitliniengerechte Therapie der Versicherten darstellt. Des Weiteren verweist der Barmer GEK Heilmittelreport darauf, dass durch eine leitliniengerechte Behandlung, die unter anderem ein adäquates Wundmanagement beinhaltet, die Prävalenz und Inzidenz des Wiederauftretens von Ulcus cruris und die daraus resultierenden Folgekosten von Ulcus cruris verringert sowie die Heilungs- und Behandlungszeit verkürzt werden können. (Oien & Ragnarson, 2006).

Darüber hinaus sind die Probleme der ambulanten Wundversorgung in Deutschland insbesondere gekennzeichnet durch

- sehr geringe fach- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit - obwohl Patienten mit komplexen Wunden oft parallele und abgestimmte Leistungen zahlreicher Gesundheitsdienstleister benötigen
- Mangelnde Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungen
- geringe bis sehr geringe Implementierung von evidenzbasierten Leitlinien und deren Behandlungspfaden (Algorithmen) in den Versorgungsalltag
- nicht ausreichend und einheitlich geregelte Qualifikationsprofile zur Behandlung von Wundheilungsstörungen, schwer heilenden oder chronischen Wunden bei Ärzten, Pflegefachkräften und anderen Berufsgruppen.
- Fehlende Qualitätsmerkmale bzw. Regelungen in Bezug auf strukturelle, leitlinienbasierte und hygienische Rahmenbedingungen für die ambulante Wundversorgung oder spezielle Behandlungs- und Versorgungseinrichtungen.
- Wenige ambulante Versorgungszentren, in denen eine hohe Zahl an kompetent behandelten Fällen zu großer Erfahrungsexpertise, Effizienz und damit verbesserten Behandlungsergebnissen führt.
- Noch unzureichende wissenschaftliche und ökonomische Evaluation bestehender Projekte und Einrichtungen

Die bisherigen gesetzlichen Rahmenbedingungen, welche es erlauben sich als Pflegedienst nach § 132a zusätzlich auf die Wundversorgung zu spezialisieren oder die Wundversorgung durch Vernetzung und Kooperation (über §§ 73b, 140a SGB V) anzubieten, haben bisher diese Probleme nicht zu lösen vermocht. Die Gründe hierfür sind vielschichtig und bedürften einer eigenen Evaluation.

Auch die Konsultationslösung, die Pflegedienste bei schweren Einzelfällen die Möglichkeit einräumt, externen Sachverstand hinzuzuziehen, stellt nur eine punktuelle Lösungsstrategie dar. Gleiches gilt für die die Vereinbarungen zur Versorgung des

Diabetischen Fußsyndroms in verschiedenen KV-Bereichen. Alle diese Projekte haben eine Verbesserung der Wundversorgung zum Ziel, dennoch fehlt Ihnen die flächendeckende Verbreitung und eine unabhängige wissenschaftliche Evaluation des Patientenrelevanten Nutzens.

Mit der neuen Gesetzesregelung wird eine moderate Erweiterung des Leistungsortes auf spezialisierte Einrichtungen zur Versorgung von chronischen Wunden erreicht und eine besondere Spezialisierung von Pflegediensten ermöglicht.

Die in den letzten Jahren erfolgte Entwicklung zentrumsbasierter, spezialisierter ambulanter Wundversorgung wird vom Gesetzgeber wahrgenommen und als neuer Versorgungsbaustein im Gesetzesentwurf verankert. Dadurch erkennt der Gesetzgeber die grundsätzliche Eignung von „spezialisierten Einrichtungen“ für eine erfolgreiche Versorgung an und verpflichtet die Krankenkassen wie auch die Spitzenverbände darauf, in der Umsetzung der zu erstellenden G-BA-Richtlinie eine möglichst flächendeckende Entstehung von ambulanten „spezialisierten Einrichtungen“ zu ermöglichen.

Für die Implementierung dieser Einrichtungen in ländlichen Regionen gelten jedoch andere Bedingungen wie für Wundzentren in Ballungsgebieten. Um Wundzentren flächendeckend zu einer realen Versorgungsergänzung werden zu lassen, bedarf es der Möglichkeit für die Betreiber, diese auch in ländlichen Gebieten kostendeckend zu betreiben. Dies kann ggf. in einer angemessenen Mischkalkulation mit Zentren in Ballungsgebieten oder durch geeignete, verbindlich geregelte regionale Kooperationen mit anderen Leistungserbringern sichergestellt werden. Diesem Machbarkeitsziel sollte neben den Krankenkassen und dem Spitzenverband im Sinne von § 132a SGB V auch der „das Nähere“ regelnde G-BA in seiner Richtlinie zur HKP Aufmerksamkeit schenken.

Sofern man die rasche Abheilung bzw. den Wundverschluss und eine geringere Rezidivrate als oberstes Ziel unterstellen darf, verdeutlicht die heute publizierte Datenlage und die daraus abzuleitende Prävalenz, dass eine nachhaltige Auslastung und somit der langfristige Betrieb von singulär betriebenen spezialisierten Einrichtungen eine Herausforderung darstellt. Deshalb sind auch frühzeitig Rahmenbedingungen für Kooperationen einzelner Leistungserbringer, die gemeinsam eine „spezialisierte Einrichtung“ betreiben möchten, zu schaffen. Transparente Kooperationsmodelle wirken Fehlentwicklungen in der Zusammenarbeit und nicht-erwünschter Abhängigkeiten entgegen.

Deshalb begrüßen wir auch ausdrücklich die Ausweitung des § 128 auf die Versorgung von schwer heilenden und chronischen Wunden. Als wissenschaftliche-medizinische Fachgesellschaft haben wir die Finanzierung von Versorgungsleistungen über die Abgabe von Verbandmitteln bestimmter Hersteller oder gar eines bestimmten Herstellers seit jeher kritisch diskutiert und als nicht zielführend erachtet.

Daher bedarf es einer konkreten Abgrenzung von zulässiger und unzulässiger Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern beim Betrieb von „spezialisierten Einrichtungen“.

Allerdings sieht der HHVG-Entwurf keinen Zeitrahmen vor, innerhalb dessen der G-BA die angeordnete Konkretisierung vorzunehmen und damit deren praktische Umsetzbarkeit zu

ermöglichen hat. Ansonsten definiert der HHVG-Entwurf klare zeitliche Umsetzungsvorgaben an die Selbstverwaltung, so ist zum Beispiel im ergänzten § 132a SGB V vorgesehen, dass Rahmenempfehlungen der Selbstverwaltung über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege soweit sie Anforderungen an die Eignung zur Versorgung nach § 37 Absatz 7 betreffen, innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Richtlinienregelungen nach § 37 Absatz 7 abzugeben sind. Es besteht daher eine hohe Gefahr, dass sich die „Verbesserung der Wundversorgung“ im Wettbewerb mit vielen anderen Aufgaben des G-BA hierdurch möglicherweise über einen langen Zeitraum erstreckt. Deshalb empfehlen wir, dass der Gesetzgeber im HHVG noch einen Umsetzungstermin für die Ergänzung der HKP-Richtlinie bzgl. der Richtlinie zur ambulanten Versorgung von schwer heilenden und chronischen Wunden durch den G-BA vorgibt und konkrete Zeitvorgaben verabschiedet.

Gern stellen wir unsere Expertise für die Ausgestaltung der Rahmenempfehlungen und des Anerkennungsverfahrens von Leistungserbringern zur Verfügung. Gerade in der Umsetzung der Hygienischen Kompetenz bietet sich die Chance auch Konzepte zur Dekontamination von Menschen mit chronischen Wunden bei gleichzeitiger Besiedelung mit multiresistenten Keimen zu evaluieren und ggf. mit den Ergebnissen anderer bestehender Versorgungsansätze zu vergleichen. Daraus ergeben sich Chancen zur Verbesserung der Patientensicherheit und der Versorgungsqualität sowie zur Lösung anderer – durch Multiresistente Keime verursachte - drängender Gesundheitsprobleme.

Durch die Gesetzgebung wird für „Spezialisierte Einrichtungen und Pflegedienste“ die Möglichkeit geschaffen, mit Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 2 über die Einzelheiten dieser komplexen Versorgung mit häuslicher Krankenpflege zu schließen: Diese sollten jedoch die Leistungserbringung sowohl in spezialisierten Einrichtungen als auch in der häuslichen Umgebung des Versicherten beinhalten. Dafür benötigt es sowohl eine konkrete Definition der Leistungserbringung als auch der erforderlichen Qualifikation der Pflegefachkräfte. Außerdem bedarf es der Schaffung von Instrumenten zur Messung des patientenrelevanten Nutzens sowie der Versorgungsqualität im Sinne der Reduktion von Komplikationen.

Wesentliche Bestandteile der Vertragsgestaltung sollten sein:

## 1. Definition des Leistungsumfanges

Vorschlag: „Spezialisierten Einrichtungen und Pflegedienste“ sollten im Rahmen einer speziellen ambulanten Wundversorgung tätig sein und die bedarfsgerechte pflegerische Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden intermittierend oder durchgängig als

- Koordination der Versorgung (inkl. Erstellen eines individuellen Behandlungsplans, der mit den übrigen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern abgestimmt ist)
- vollständige Durchführung der Wundtherapie inkl. Versorgung in der Häuslichen Umgebung
- Patientenedukation
- Anleitung anderer Leistungserbringer in der HKP oder
- additiv unterstützende Teilversorgung

erbringen.

## 2. Organisatorische Voraussetzungen

### Vorschlag:

Die Leistungen der „Spezialisierten Einrichtungen und Pflegedienste“ sollten nur durch besonders spezialisierte Pflegefachkräfte erbracht werden können. Die spezialisierte Pflegefachkräfte benötigen eine für die Leistungserbringung ausreichende Qualifikation. Diese sollte nach einem strukturierten Curriculum erfolgen, dessen Inhalte den Anforderungen evidenzbasierter Pflege und Medizin entsprechen. Darüber hinaus sollte die Qualifikation der Überwachung einer unabhängigen Stelle und der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAKKs) unterliegen, wie es z. B. bei der Qualifikation zum Zertifizierten Wundtherapeuten nach dem DGfW-Curriculum der Fall ist.

Die spezialisierten Pflegefachkräfte sollten Teil einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem sein. Sie arbeiten mit den an der Versorgung beteiligten Vertragsärztinnen und -ärzten sowie weiteren Leistungserbringern (z.B. Physiotherapeuten/innen, Ergotherapeuten/innen, Diabetesberater/innen) eng zusammen. Mit den regelhaft an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern sollten schriftliche Kooperationsvereinbarungen geschlossen sein, um einen strukturierten Austausch und Behandlungsablauf zu gewährleisten. Die beteiligten Vertragsärztinnen und -ärzte sollten über eine Zusatzqualifikation verfügen, die dem Qualifikationsprofil des „Zertifizierten Wundtherapeuten“ nach dem DGfW-Curriculum entspricht. Die anderen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern sollten über eine Basis-Qualifikation in der Wundversorgung verfügen.

Weiterführend sollten die „Spezialisierte Einrichtungen und Pflegedienste“ eine noch zu definierende Mindestanforderung an die sächliche Ausstattung gewährleisten. In einem verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Konzept sind der inhaltliche und organisatorische Rahmen der Leistungserbringung (inkl. der personellen und sächlichen Ausstattung) sowie die Einbindung in die regionale Versorgungsstruktur beschrieben.

## 3. Qualitätssicherung

### 4. Vorschlag:

Die „Spezialisierten Einrichtungen und Pflegedienste“ sollten zur Durchführung eines internen Qualitätsmanagements verpflichtet sein. Die spezialisierten Pflegefachkräfte nehmen regelmäßig an pflegerischen und wundbezogenen Fortbildungen teil und führen möglichst halbjährlich interprofessionelle Fallkonferenzen durch, an denen die an der Versorgung beteiligten Vertragsärzte und andere Kooperationspartner teilnehmen.

Die spezialisierten Leistungserbringer sollen sich außerdem an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen. Sie stellen ein strukturiertes Behandlungskontinuum (Schlüsselkomponente: klinische Risikobetrachtung) durch

- Darstellung der Patientensicherheit
- Darlegung einheitlicher strukturierter Behandlungspfade
- Darstellung der Effizienz der Wundbehandlung
- Optimierung der Wirtschaftlichkeit

zur Verfügung.

Das Dokumentationssystem sollte patientenbezogene Daten und - soweit vorhanden - allgemein anerkannte Indikatoren für eine externe Qualitätssicherung enthalten und eine bundesweite Evaluation ermöglichen. Es soll kompatibel zu den bestehenden Dokumentationssystemen der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sein.

## 5. Finanzierung

Die Versorgung in einer „Spezialisierten Einrichtungen oder einem spezialisierten Pflegedienst“ wird von der behandelnden Vertragsärztin oder von dem behandelnden Vertragsarzt mit Zusatzqualifikation „Wundtherapie“ nach Maßgabe der G-BA Richtlinie verordnet. Die Finanzierung soll ausschließlich über die Vergütung der Leistungserbringung „spezielle ambulante pflegerische Wundversorgung“ im Rahmen des § 37 SGB V erfolgen und ist unabhängig von der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln zu gewährleisten.

## Verbandmittel

Die Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. begrüßt grundsätzlich die Intention des Gesetzgebers, dass klassische Verbandmittel weiterhin unmittelbar als Verbandmittel Leistungen der GKV sind und andere Produkte oder Gegenstände zur Wundbehandlung sich dem Verfahren beim G-BA unterziehen müssen, in dem für Medizinprodukte Wirksamkeitsnachweise erbracht werden müssen, damit sie zum Leistungsumfang der GKV gehören können.

Dennoch sehen wir noch Diskussionsbedarf bei der Legaldefinition, um die beabsichtigten Ziele des Gesetzes " *zu gewährleisten, dass nur solche Produkte zur Anwendung kommen, die auch eine Verbesserung der Versorgung bewirken und dass diese Gegenstände dann auch allen Versicherten in der GKV als Leistungen gewährt werden ...* " zu erreichen.

Im Sinne einer zielorientierten Wundtherapie werden Mittel benötigt, welche

- die Durchführung der Kausaltherapie (z. B. Kompressionstherapie bei *Ulcus cruris venosum*) ermöglichen,
- einen negativen Verlauf der Wundheilung verhindern,
- die Wundheilung fördern und
- zur Patientensicherheit beitragen.

Dazu gehören Medizinprodukte (Verbandmittel), die zur Wundreinigung, zur Aufrechterhaltung bzw. Schaffung eines physiologisch feuchten Wundmilieus sowie zur Aufrechterhaltung der Hautbarrierefunktion in der Wundumgebung erforderlich sind und/oder der Fixierung von Verbandmittel dienen. Dieser Prozess wird im Algorithmus Wundaufgaben der S3 Leitlinie zur Lokalthherapie chronischer Wunden bei den Risiken CVI, PAVK und Diabetes mellitus abgebildet. Des Weiteren sind in dieser S3 Leitlinie auch Anforderung an Wundaufgaben bei chronischen Wunden definiert.

Mittel zur Minimierung der Keimbelastung bei progredient verlaufenden Infektionen, welche nachweislich eine spezifische keimreduzierende Wirkung aufweisen und aufgrund ihres Wirkmechanismus keine Gefahr der Resistenzbildung in sich bergen, sollten



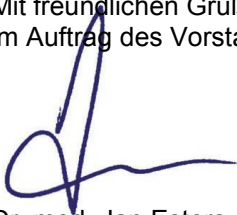
ebenfalls zu Lasten der GKV für die Lokalthherapie von schwer heilenden und chronischen Wunden zur Verfügung stehen.

Produkte, die durch die Eigenschaften des Materials bzw. durch Zusatzstoffe in die physiologischen bzw. pathophysiologischen Mechanismen der Wundheilung substituierend oder regulierend eingreifen, bedürfen eines Wirknachweises und des Belegs ihrer medizinischen Notwendigkeit.

Wesentlich für die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit schwer heilenden oder chronischen Wunden ist unter anderem auch der Zugang aller GKV-Versicherten zu einer leitlinienbasierten lokalen Wundtherapie

Gern stellen wir für die Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung unsere Expertise und die Ergebnisse unserer systematischen Literaturrecherche und –bewertung im Rahmen unserer Leitlinien-Aktualisierung zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen  
im Auftrag des Vorstandes



Dr. med. Jan Esters  
Präsident



Brigitte Nink-Grebe  
Generalsekretärin

Anlage: Literaturliste

- <sup>1</sup> Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (Hrsg.). S3-Leitlinie: Lokalthherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz. Stand: 12.06.2012 Version 1. 2012 [20.07.2012]; 1-287]. Available from: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/091-001I\\_S3\\_Lokalthherapie\\_chronischer\\_Wunden\\_2012-06.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/091-001I_S3_Lokalthherapie_chronischer_Wunden_2012-06.pdf)
- <sup>2</sup> Simka M, Majewski E, Am J Clin Dermatol 2003; 4 (8): 573-581, The Social and Economic Burden of Venous Leg Ulcers
- <sup>3</sup> Deutsche Gesellschaft für Angiologie - Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V. (DGA). Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK). S3-LL 2009.  
Deutsche Gesellschaft für Phlebologie (DGP). Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum. S3-LL 2008.  
Bundesärztekammer. Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes - Präventions- und Behandlungsstrategien für Fußkomplikationen. MAinz: Kirchheim-Verlag.  
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Expertenstandard zur Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Osnabrück2008
- <sup>4</sup> Kirchner et al.: Bewertung und Implementierung von Leitlinien (2003), Rehabilitation 42:74-82
- <sup>5</sup> Selbmann HK, Kopp I, Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag, Die Psychiatrie 2005; 2: 33–8
- <sup>6</sup> Heller G, Günster C, Swart E (2005) Über die Häufigkeit von Amputationen unterer Extremitäten in Deutschland. Dtsch Med Wochenschr 130:1699-1690
- <sup>7</sup> Rümenapf G, Dentz J, Nagel N, Morbach S, Neue Konzepte zur interdisziplinären Versorgung von Patienten mit neuroischämischen diabetischem Fußsyndrom (DFS), Gefäßchirurgie 2012, 17:327-333
- <sup>8</sup> Burckhardt, M., Gregor, S., Kleijnen, J., Köpke, S., Kopp, I., Maier-Hasselmann, A., . . . Wolff, R. (2012). Leitlinienreport. S3-Leitlinie Lokalthherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz. Retrieved from [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/091-001m\\_S3\\_Lokalthherapie\\_chronischer\\_Wunden\\_2012-06.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/091-001m_S3_Lokalthherapie_chronischer_Wunden_2012-06.pdf)
- <sup>9</sup> Barmer GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2014 <https://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Rundum-gutversichert/Infothek/Wissenschaft-Forschung/Reports/HeHi-Report-2014/Heil-undHilfsmittelreport-2014.html>
- <sup>10</sup> Muller-Buhl U, Leutgeb R, Bungartz J, Szecsenyi J, Laux G. Expenditure of chronic venous leg ulcer in German primary care: results from a population based study. Int Wound J 2013; 10:52–56
- <sup>11</sup> Simka M, Majewski E, The Social and Economic Burden of Venous Leg Ulcers, Am J Clin Dermatol 2003; 4 (8): 573-581