



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

Bundesregierung für Pflege
Herrn Andreas Westerfellhaus
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

Deutscher Wundrat e.V.

Geschäftsstelle:

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

martin.storck@klinikum-karlsruhe.de

www.wundrat.de

21. November 2021

Stellungnahme des Deutschen Wundrat e. V. zur erweiterten heilkundlichen Verantwortung von Pflegenden bei der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden

Der Deutsche Wundrat (DWR) e. V. widmet sich der Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit chronischen Wunden. Als interdisziplinär sowie interprofessionell zusammengesetztes Forum fördert der DWR hierfür auf nationaler Ebene den Dialog zwischen Medizin, Pflege, Wissenschaft und Politik.

Im Jahr 2018 wurden die zehn Experten der Fachkommission nach §53 Pflegeberufegesetz mit der Ausarbeitung von Rahmenlehrplänen für die Pflegeausbildung beauftragt, deren Ergebnisse der Bundesregierung im Juni 2019 zur Prüfung vorgelegt wurden. Im August 2020 veröffentlichte das Bundesinstitut für Berufsbildung die darauf basierenden Rahmenlehrpläne. Im März 2021 legte die Fachkommission nach §53 Pflegeberufegesetz eine Vorabfassung einer Reihe von Modulen zum Erwerb zusätzlicher Kompetenzen durch die Pflege vor, die auf den Rahmenlehrplänen aufbauen, bzw. an diese anschließen und in diese integrierbar sind. Im Folgenden beziehen wir uns auf diese genehmigte Vorabfassung der „Standardisierten Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben“ der Fachkommission vom 22. März 2021. Hierbei nehmen wir insbesondere das Modul W2 „Erweitere heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von chronischen Wunden betroffen sind“ (S. 45ff) in den Blick.

Deutscher Wundrat e. V.

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

Der Verein ist eingetragen beim Amtsgericht
Hamburg, VR 23150.

Wenn wir von Wundversorgung sprechen, ist damit in erster Linie die Behandlung von Menschen mit chronischen Wunden gemeint. Dies sind komplexe multifaktorielle Krankheitsbilder, die auf Grunderkrankungen, wie Diabetes mellitus oder Venenschwäche basieren, die im Rahmen einer erfolgsversprechenden Wundversorgung kausal mitbehandelt werden müssen. Solche Patienten durchlaufen meist langwierige Versorgungsprozesse mit vielen Anlaufstellen, in denen sie auf zahlreiche Versorger treffen: Kliniken, spezialisierte Zentren, niedergelassene Allgemeinmediziner und diverse Fachärzte sowie ambulante Dienste und Heime. So besteht momentan ein unübersichtliches Geflecht, in dem Menschen mit chronischen Wunden nicht aufgefangen, sondern gefangen werden.

Keines der Konzepte der letzten Jahre, die zur Lichtung dieses Dschungels dienen sollten – z. B. die integrierte Versorgung, die Idee des Hausarztes als Lotse durch die Versorgung, etc. – haben die Situation von Menschen mit chronischen Wunden verbessert. Noch immer wird großflächig beobachtet, dass Patienten nicht – oder nicht rechtzeitig – zum Spezialisten überstellt werden, die Kommunikation zwischen den Akteuren mangelhaft ist, Beteiligte manchmal nicht einmal voneinander wissen und deren Vorgehen sowie die jeweiligen Therapieansätze sich unterscheiden, bzw. widersprechen [1,2].

Nun fügt die geplante Verordnung von Wundversorgungsprodukten/Verbandmitteln und Hilfsmitteln durch Pflegende einem derzeit nicht optimal funktionierenden System noch einen weiteren Akteur hinzu. Wir sehen die Kompetenz auf Seiten der auf Wunden spezialisierten Pflege im Einbringen ihrer Expertise bei der Zusammenarbeit mit den verordnenden Ärzten und nicht in der Möglichkeit zur eigenständigen Verordnung. Hierfür möchten wir mehrere Gründe anführen.

Therapie- und Budgetverantwortung.

Die erhebliche Verantwortung der eigenständig durchgeführten Therapie und die damit zusammenhängenden Verpflichtungen werden viele Pflegekräfte überfordern, zumal für diese Qualifikation keine Berufserfahrung notwendig ist, während man für die Teilnahme an zu vergleichbaren Spezialisierungen führenden Fortbildungen zwei Jahre im Pflegeberuf tätig sein muss. Der verordnende Arzt ist seinerseits aus dem eigenen teils selbständigen Berufsfeld mit Abrechnung, Budget und Haftung vertraut, die meisten Pflegekräfte stehen jedoch im Angestelltenverhältnis. Ihre Verantwortung hinsichtlich der Abrechnung erbrachter Leistungen beschränkt sich derzeit auf die Dokumentation, alles Weitere übernimmt der Arbeitgeber. Dies wird nach dem neuen Konzept, das eine persönliche Therapieverantwortung vorsieht, nicht mehr möglich sein und viele Pflegekräfte überfordern, bzw. in rechtliche Auseinandersetzungen zwingen.

Hinzu kommt, dass die Struktur für die kommenden pflegerischen Budgetfragen nicht vorhanden ist, da es auf Pflegeseite keine entsprechenden Organisationen gibt, wie auf ärztlicher Seite: Kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammern oder Rechenzentren zur privaten Krankenversicherung. Explodierende Kosten für Verbandstoffe (teilweise über 100,-€ pro Wundauflage), fehlende Transparenz darüber, wie diese Kosten zustande kommen und ein viel zu geringes ärztliches Budget führen heute schon dazu, dass viele Mediziner die Versorgung von Wunden als zu teuer ablehnen. Wie soll sich das im Pflegebereich ohne Verdünnungseffekte darstellen? Hinzu kommt die Verpflichtung,

sich zusätzlich zum pflegerischen Know-how mit rechtlichen Fragen auseinanderzusetzen und sich auch hier thematisch fortzubilden. Derzeit besteht auch keine Struktur, um Pflegenden Versicherungsmöglichkeiten zur Absicherung im Schadensfall anzubieten, wenn die Arbeit der Pflegekräfte nun zukünftig deutlich über die Durchführungsverantwortung hinausgeht und ihnen die Therapiehoheit zukommen soll.

Wenn zudem vorgesehen ist, dass sich Pflegekräfte auf Basis dieser Kompetenzen selbständig machen, vielleicht sogar Praxen eröffnen, müssen sich nicht nur die Rechenzentren für Heilberufe, die Versicherungen und die Krankenkassen, sondern auch die Berufsverbände der Pflegenden ganz anders aufstellen, als es heute der Fall ist. Dies sollte geklärt werden, bevor die ersten Diagnosen und Verordnungen von Seiten der Pflege bei der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden erfolgen.

Mittel und Fähigkeiten zur Anamnese und Diagnostik.

Diagnostische Maßnahmen beziehen sich bei Menschen mit chronischen Wunden auf deren Grunderkrankung. Die aktuellen Erkenntnisse zu diesen Krankheitsbildern – z. B. Diabetes mellitus, Varikose – und entsprechende Maßnahmen werden in Leitlinien zusammengestellt, die von der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) herausgegeben werden und verbindlich sind. Die Leitlinien, die es derzeit gibt, sind wissenschaftliche Leitlinien, die von Akademikern erarbeitet werden, die wissenschaftliches Arbeiten gewohnt sind.

Nur sehr selten werden derzeit Pflegekräfte in die Leitlinienkommissionen berufen, die von den medizinischen Fachgesellschaften zur Erarbeitung von AWMF-Leitlinien zusammengestellt werden. An der Erarbeitung und Evaluierung der Maßgaben, nach denen die Pflegekräfte künftig selbständig leitliniengerecht arbeiten sollen, sind also Pflegekräfte selbst nicht beteiligt. Um diese unbefriedigende Situation zu ändern, müssten entweder die medizinischen Fachgesellschaften dazu angehalten werden, die Pflege stärker zu beteiligen oder die Pflege dazu inspiriert und dabei unterstützt werden, eigene wissenschaftliche Fachgesellschaften zu gründen, die dann in die AWMF aufgenommen werden. Beides erscheint derzeit äußerst unrealistisch, solange dies aber nicht erfolgt, werden die Pflegekräfte, die in der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden therapeutisch tätig sind, dies auf Basis von ärztlichen Leitlinien tun, in denen die pflegerische Perspektive, wenn überhaupt, dann nur zufällig vorkommt. Ein erster notwendiger Schritt wäre, die Pflege an Entscheidungen des G-BA direkt zu beteiligen, indem dort ständige Vertreter der Pflege positioniert werden, die rein pflegerische Belange mitentscheiden.

Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden berührt viele Themenfelder, die von fachärztlichen Disziplinen bearbeitet werden: Diabetologie, Phlebologie, Gefäßmedizin und in jedem Fall die Dermatologie. Jede Fachrichtung nutzt zur adäquaten Diagnosestellung nur selten relativ einfach anzuwendende und verfügbare Instrumente wie das Taschendopplergerät, sondern oftmals komplexe und schwer zu bedienende Gerätschaften, wie Röntgen, MRT, Duplexsonografie für die jeweils eine längere Anlernzeit notwendig ist. Um den Anforderungen des Konzeptes, insbesondere die „Verlaufsdiagnostik der Wunde vorzunehmen...“ um „... Interventionen zu planen“ (jeweils S. 45) und letztlich Verbandstoffe und Hilfsmittel zu verordnen, müssen die Pflegekräfte entsprechende Diagnostiken selbständig und eigenverantwortlich

vornehmen. Wir sehen es in diesem Zusammenhang nicht als realistisch an, Auszubildenden im Pflegeberuf Inhalte und Fähigkeiten zu vermitteln, die selbst examinierten Kräften erst nach mindestens zwei Jahren Praxiserfahrung zugetraut werden. Zudem ist manches für die adäquate Diagnostik erforderliche Gerät nur in Kliniken verfügbar, was das Konzept der erweiterten heilkundlichen Kompetenzen für die ambulant oder niedergelassen tätigen Pflegekräfte als nicht realistisch erscheinen lässt. Allerdings wird der Großteil der Menschen mit chronischen Wunden im ambulanten Bereich versorgt.

Lehrinhalte und Vermittlung.

Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden ist allein aufgrund der erheblichen Bedeutung der diversen Grunderkrankungen für die Entstehung und die Entwicklung und die Therapieresistenz der jeweiligen Wunde eine Aufgabe, die optimalerweise im multiprofessionellen interdisziplinär besetzten Versorgungsteam angegangen wird.

Es ist vorgesehen, diese Module nicht nur examinierten Pflegekräften anzubieten, sondern sie in die Ausbildung oder ein Studium (S. 5, S. 7) zu integrieren. Diesen Ansatz sehen wir kritisch, denn die Vermittlung der notwendigen Inhalte, die eine Pflegekraft aber nach dem Modul W2 im Rahmen der Ausbildung – also ohne jede Erfahrung in der interdisziplinären/-professionellen Zusammenarbeit – zur selbständigen Wundversorgung auf Basis eigener Diagnostik befähigen soll, ist den Pflegepädagogen an den Pflegeschulen nach dem derzeitigen Stand kaum zuzutrauen. Generell sehen wir Pflegepädagogen nicht als geeignete Vermittler der komplexen Zusammenhänge der Wundheilung und der umfassenden Kenntnis von Wundversorgungsprodukten/Verbandmitteln, Hilfsmitteln und Arzneimitteln zur Wundtherapie, die Grundlage für die sachgerechte Wundversorgung ist. Diese Lehrkräfte verfügen in erster Linie über pädagogische Fertigkeiten und haben nur grundlegende Kenntnisse hinsichtlich der eigentlichen Pflege, die zudem oft noch auf einige bzw. mehrere Jahre zurückliegenden Erfahrungen gründen. Die Pflegepraxis wird entsprechend in den praktischen Ausbildungs-Anteilen vermittelt. Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden ist ein sich schnell entwickelndes Themenfeld mit oft volatilen Fakten und Materialien. Daher sollten unbedingt nur aktuelle Sachverhalte vermittelt und zeitgemäße Versorgungsoptionen vorgestellt werden und nicht ein einige Jahre alter Kenntnisstand oder die Sachverhalte, die zufällig vom jeweiligen Mentor, Praxisanleiter bzw. der Lehrschwester irgendwo aufgeschnappt oder Maßnahmen, die „schon immer so gemacht“ wurden.

Es ist unserer Ansicht nach daher unabdingbar, dass die Ausbildungsstätten, sollte das Konzept so umgesetzt werden, für Lehrende – und zwar aus Medizin und Pflege – geöffnet werden, die in der Lage sind, das Thema auf Basis des aktuellen Kenntnisstands zu vermitteln, auch wenn sie, was in den meisten Fällen der Fall sein wird, keine pädagogische Ausbildung haben.

Einschätzung und Wertung von Therapiemöglichkeiten.

Wie bereits angesprochen, fehlt es im Berufsfeld der Pflege an Fachgesellschaften, wie sie bei Medizinern für jeden Fachbereich – z. T. mehrfach – vorhanden sind. In den bestehenden medizinischen Fachgesellschaften können Pflegekräfte nicht auf Augenhöhe agieren und Gestaltungsmöglichkeiten/-räume sind für sie nicht, bzw. in Einzelfällen nur im begrenzten Rahmen, vorgesehen. Den Pflegekräften, die nun zukünftig selbständig im Wundbereich therapeutisch tätig werden sollen, fehlt es somit an allem, was die Mitgliedschaft in einer Fachgesellschaft mit sich bringt:

- * Gelegenheit zum fachlichen Austausch
- * Möglichkeit „mit einer Stimme“ an Öffentlichkeit und Politik heranzutreten
- * Kooperation und Austausch mit anderen Fachgesellschaften
- * Orientierung hinsichtlich aktueller Entwicklungen
- * Verbindliche und auf ihre Situation zugeschnittene Leitlinien

Eklatant wird sich auch das Fehlen wissenschaftlich fundierter etablierter Fachpublikationen (Fachzeitschriften) auswirken, die auf ärztlicher Seite von Fachgesellschaften herausgegeben werden. Hier wird das Für und Wider bestimmter Maßnahmen diskutiert und über aktuelle Entwicklungen kompetent informiert. Mit dem fehlenden fachlichen Diskurs fehlt den Pflegekräften somit auch die Basis für die Entwicklung eines einheitlichen fachlichen Know-hows und man ist beim weiteren Wissenserwerb auf zufällige und oft allgemein gehaltene Fachartikel in den Pflegemagazinen, zufällige Chatgruppen im Internet, uneinheitlich agierende Schulungsanbieter und die Informationsangebote angewiesen, die Industrie sowie der Handel gerne zur Verfügung stellen.

Hinzu kommt, dass aktuelles Wissen und gesicherte Kenntnisse zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden schon heute nicht ausreichend verbreitet sind. Sowohl in Anfänger- wie auch in Auffrischkursen für Wundexperten fällt immer wieder auf, dass Pflegenden die Bedeutung der Wundauflage für den Heilungsprozess völlig überschätzen. So wird der Beitrag, den eine Wundauflage zur Abheilung einer chronischen Wunde leistet, nicht selten auf mehr als 80% geschätzt. Tatsächlich liegt er weit darunter, da die sachgerechte Behandlung der Grunderkrankung und ihrer Symptome, beispielsweise durch Druckentlastung beim diabetischen Fußulkus und/oder Dekubitus oder Kompressionstherapie beim Ulcus cruris venosum zur Entstauung, viel wesentlicher für den Heilungsprozess sind. Diese kausalen Maßnahmen, die auf einem tiefen Verständnis physischer und anatomischer Zusammenhänge basieren müssen, werden auch von entsprechend weitergebildeten Pflegekräften hingegen selten in den Blick genommen.

Als Konsequenz aus schwer „Up-to-date“ haltender Sach-/Fachkenntnis und schon heute zu beobachtender Überschätzung der Bedeutung und der Wirksamkeit von Verbandmitteln durch Pflegekräfte steht zu befürchten, dass zukünftig erhebliche Ausgaben auf die Kostenträger zukommen, da bestehende und neu auftretende „Probleme“ bei der Wundversorgung nicht mit kausaltherapeutischen Maßnahmen bekämpft, sondern mit Wundauflagen „zugedeckt“ werden.

Über die Situation der Pflege in Deutschland gibt es derzeit wenig gute Nachrichten und auch wir sehen ein zusätzliches Empowerment der Pflegekräfte durch erweiterte Kompetenzen und mehr Verantwortung als einen geeigneten und dringend notwendigen Weg an, um den Herausforderungen der Gegenwart zu begegnen und zukünftige Entwicklungen zu gestalten. Insofern begrüßen wir die Ideen und Ausarbeitungen der Fachkommission nach §53 Pflegeberufegesetz, die neben der Stärkung der Pflege immer auch die Perspektive der Patienten in den Blick nimmt. Wir hoffen daher mit unserer Stellungnahme konstruktiv zum Prozess beitragen zu können und stehen für weiteren Austausch sehr gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Martin Storck
Präsident Deutscher Wundrat

für den Vorstand des Deutschen Wundrates:

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

Literatur

[1] Heyer K, Herberger K, Protz K, Glaeske G, Augustin M (2016) Epidemiology of chronic wounds in Germany: Analysis of statutory health insurance data. Wound Repair Regen 2016; 24(2): 434-42.

[2] Diener H, Debus E, Herberger K, Heyer K, Augustin M, Tigges W, Karl T, Storck M (2017). Versorgungssituation gefäßmedizinischer Wunden in Deutschland. Gefäßchirurgie 22(8): 548–557.