



**GERIATRIE**  
VERBUND  
DORTMUND



**St.-Elisabeth-Krankenhaus**

Innere Medizin und Geriatrie  
Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH

**Protokoll des Treffens am 23.11.2016**  
im Rahmen des GV Do am St.-Elisabeth-Krankenhaus Dortmund

Nach Begrüßung und Einleitung durch Herrn Dr. Wunderlich werden keine Veränderungen zum Protokoll des letzten Treffens festgestellt. Herr Dr. Wunderlich übergibt daraufhin das Wort an Frau Schulze. Diese stellt sich kurz vor und verweist auf den beim letzten Treffen gewünschten Austausch zum Thema „Änderungen im SGB V zur weiteren Versorgung seit dem 01.01.2016 - §§ 37 – 39 SGB V“. Beim letzten Treffen wurde besprochen, die Homepage des GV Do als Plattform für einen entsprechenden Austausch zu nutzen. Bislang wurde jedoch lediglich ein Beitrag zu diesem Thema eingereicht. Frau Schulze appelliert nochmal an alle Teilnehmenden, die Homepage und damit verbundenen Möglichkeiten des Austauschs, stärker zu nutzen. Der interne Bereich der Homepage ist allerdings nur für Mitglieder und Partner des GV Do zu nutzen, so dass den Teilnehmern an dieser Stelle nochmal nahe gelegt wird, sich dem GV Do anzuschließen.

**Vorträge:**

**Herr Dr. Wunderlich** erläutert in seinem Vortrag grundlegende Informationen zum Thema Dekubitus. Angesprochen werden die Definition des Dekubitus, Häufigkeit und volkswirtschaftliche Bedeutung des Dekubitus, die Gradeinteilung des Dekubitus nach NPUAP, unterschiedliche Risikoskalen sowie forensische Gesichtspunkte. Laut Herr Dr. Wunderlich sind in Krankenhäusern 14-20% der Patientinnen und Patienten betroffen, in Altenheimen erhöht sich der Anteil auf 30%. Die Behandlung des Dekubitalgeschwürs verursacht in Deutschland Kosten in Höhe von 1,0 – 1,5 Milliarden Euro pro Jahr und kann für die betroffenen Patientinnen und Patienten schwerwiegende Folgen haben. Dies sind unter anderem ein längerer Krankenhausaufenthalt, Schmerzen, Geruchsbelästigung, Depressionen und sozialer Rückzug sowie Abhängigkeit von der Pflegeperson.

Geriatrische Patientinnen und Patienten sind besonders gefährdet, einen Dekubitus zu entwickeln, weiterhin führen bestimmte Erkrankungen zu einem erhöhten Gefährdungspotential. Diese sind Alter mit Multimorbidität; Exsikkose; Mangelernährung/Kachexie; Inkontinenz; Diabetes; pAVK; Sedierung, Narkose; Fieber, Sepsis; neurologische Krankheiten mit Lähmungen; trockene, dünne Haut; Sensibilitätsstörung und Adipositas. Besonders betroffene Körperbereiche sind

Körperstellen mit Knochenvorsprüngen oder einer geringen Abpolsterung durch Muskel- oder Fettgewebe, an denen zusätzliche Reibung oder Schwerkkräfte wirken (z.B. Steissbein, Trochanter major, Fersen, malleolus lateralis, aber auch: Hinterkopf, Ohrmuschel und Schulterblätter). Je nach Lokalisation des Druckgeschwürs muss daher auch die Lagerung entsprechend erfolgen.

Der Dekubitus wird in vier Grade eingeteilt. Herr Dr. Wunderlich stellt hier die Gradeinteilung nach NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 1989) vor, die international gebräuchlich ist und stellt zu jedem Grad Bilder des Fortschreitens des Dekubitus vor. Im Folgenden werden dann die gängigen Risikoskalen benannt. Diese sind die Braden-Skala, die Norton-Skala und die Waterlow-Skala. Unabhängig davon, welche Skala benutzt wird, sollte darauf geachtet werden, dass je Haus nur eine Skala verwendet wird.

Eine Prophylaxe des Dekubitus besteht vornehmlich in der Druckentlastung der gefährdeten Hautstellen. Dies beinhaltet ein regelmäßiges, stadiengerechtes Umlagern der Patientinnen und Patienten „rund um die Uhr“ und nicht alle zwei Stunden, wie es immer wieder propagiert wird. Weiterhin kommen in diesem Zusammenhang Lagerungshilfen, wie z.B. Kissen oder Würfel, zum Einsatz. Ebenfalls kann auf Weichlagerungs- oder Wechseldruckmatratzen zurückgegriffen werden. Bei Wechseldruckmatratzen ist zu berücksichtigen, dass die Nutzung mit gewissen Risiken verbunden ist. Die Matratzen sind recht kalt und relativ laut, darüber hinaus sind die Matratzen sehr rutschig, so dass ein Aufrichten im Bett für viele Patientinnen und Patienten nicht möglich ist. Insbesondere entbehrt die Benutzung von Wechseldruckmatratzen nicht der Umlagerung von Patientinnen und Patienten.

Abschließend verweist Herr Dr. Wunderlich auf die forensischen Gesichtspunkte der Dekubitusbehandlung. Diesbezüglich ist zu betonen, dass Prophylaxe und Therapie von Dekubiti ärztliche Aufgaben sind. Grundsätzlich gilt: die Wundversorgung ist im Sinne einer „vertikalen“ Arbeitsteilung an das Pflegepersonal delegierbar, die Qualität muss jedoch ärztlich überwacht werden. Dies erfordert unbedingt eine ärztliche, schriftliche Verlaufsdocumentation der Wundbehandlung.

Herr Dr. Wunderlich hat sich freundlicherweise bereit erklärt, seinen Vortrag auf der Homepage des GVDo einzustellen.

Der Vortrag von **Frau Grisard** (Wundmanagerin im Sanitätshaus Tingelhoff GmbH) – „Stadiengerechte Wundversorgung mit Wundaufgaben“ – erfolgt mündlich. Frau Grisard erläutert am Beispiel unterschiedlicher Hilfsmittel, die sie als Anschauungsmaterial mitgebracht hat, die verschiedenen Möglichkeiten der Wundversorgung bei Dekubitus. Dabei ist erst ab Grad II des Dekubitus eine professionelle Wundbehandlung notwendig. Zunächst erläutert Frau Grisard die drei Phasen der Wundheilung. In der ersten Phase, auch als Reinigungsphase bezeichnet, werden Bakterien, Zelltrümmer und Schmutzpartikel ausgeschwemmt. In der zweiten Phase, der Granulationsphase, bildet sich zell- und gefäßreiches Bindegewebe, welches in der 3. Phase (Epithelisierungsphase) in widerstandsfähiges Narbengewebe umgewandelt wird. Zu beachten ist diesbezüglich, dass es keine phasenspezifische Wundbehandlung gibt, sondern jede Wunde individuell versorgt werden muss.

Die wichtigste Maßnahme zur Förderung der Wundheilung ist die Druckentlastung, die durch unterschiedliche Lagerungstechniken erfolgt. Ferner ist die Ernährung entsprechend umzustellen – auf eine eiweißreiche Kost ist zu achten, da der Körper durch einen Dekubitus stark an Eiweiß verliert. Zur direkten Wundbehandlung bieten sich unterschiedliche Hilfsmittel an. Die Vakuumtherapie ist eine spezielle Form der Wundversorgung, bei der unter dem Verband/Schaumstoffpad eine Pumpe angebracht wird, mit der das Wundsekret abgesaugt wird. Der so entstehende Unterdruck soll für eine schnellere Wundheilung sorgen. Diese Methode wird nur vereinzelt und im stationären Bereich noch häufiger als im ambulanten Bereich eingesetzt, da die Behandlung sehr teuer und bislang nicht als Hilfsmittel anerkannt ist.

Frau Grisard stellt nun weitere Verbandarten vor, indem sie ihre mitgebrachten Arten der Verbände und das Füllmaterial herumreicht und die entsprechenden Besonderheiten des Materials erläutert. Hierbei finden sich sowohl verschiedene Alginat (ohne und mit Silberanteil), Tamponaden, Saugmaterialien mit Kohlefilter (zur Geruchsbindung) als auch Saugkompressen mit Polyacrylatkern, Wundauflagen ohne Kleberand oder Silikon-Wundauflagen. Für einzelne Körperbereiche (bspw. Ferse, Gesäß) werden Sonderformen angeboten, die sehr teuer sind. Gele werden benutzt, um die Haut anzufeuchten. Problematisch ist, dass die Kosten für die einzelnen Hilfsmittel bzw. die Tatsache, dass diese nur unzureichend von den Krankenkassen finanziert werden, dazu führt, dass der „Expertenstandard Chronische Wunden“ nicht immer umgesetzt werden kann. Bei den Patientinnen und Patienten, die vom Sanitätshaus ambulant oder in Pflegeheimen versorgt werden, fehlen oftmals die monetären Ressourcen, um die Materialien für die Wundversorgung zu finanzieren. Beispielsweise sind Pinzetten oder Scheren immer wieder vor Ort nicht vorhanden, da diese von den Patientinnen und Patienten selbst bezahlt werden müssen. Ebenfalls kritisch zu bewerten ist die teilweise unzureichende Ausbildung von Pflegehilfskräften in der Wundversorgung. Es kommt vor, dass Pflegekräfte das falsche Verbandsmaterial verwenden.

Ursprünglich wurde die Wundversorgung mit einem Hydrokolloidverband durchgeführt. Seitdem hat sich die Anzahl von Herstellern und Hilfsmitteln deutlich erhöht. Herr Dr. Wunderlich merkt zu diesem Thema an, dass die sich auf dem Markt befindlichen Wundverbände über eine geringe Evidenz verfügen. Bei 40 Herstellern und 1.000 Produkten hat sich keines durchgesetzt und alle haben in etwa denselben Nutzen.

Frau Grisard verweist abschließend auf die in der Wundversorgung notwendige Zusammenarbeit mit und Aufklärung von den Patienten und Angehörigen zur Erhöhung der Patientencompliance.

Nach dem Vortrag von Frau Grisard wird im Rahmen einer Diskussion nochmals die Vakuumpumpe thematisiert. Laut Frau Grisard entstehen für die Vakuumpumpe Kosten in Höhe von 40-80 € pro Tag. Diese Kosten, die meist nicht von der Krankenkasse getragen werden, führen dazu, dass die Vakuumpumpe trotz guter Ergebnisse in der Wundversorgung selten eingesetzt wird, da Patientinnen und Patienten den Einsatz aus Eigenmitteln nicht leisten können. Es kommt die Frage nach den Anschaffungskosten für eine Vakuumpumpe auf. Herr Dr. Wunderlich wird sich hier informieren und die entsprechende Information weiterleiten.

Frau Buschmann (LWL-Klinik) erfragt, ob große Dekubitusgeschwüre tendenziell zurückgehen. Frau Grisard bestätigt dies – große Geschwüre gehen in Pflegeheimen und Kliniken zurück, was für eine verbesserte Wundversorgung spricht.

Der Vortrag von **Herrn Hallmann** (Pflege mit Herz – Hallmann GmbH) zum Thema „Wundversorgung – ein gelungenes multiprofessionelles Zusammenspiel?“ erfolgt ebenfalls mündlich. Herr Hallmann betont zunächst, dass der Pflegedienst als Wundversorger unter den beteiligten Akteuren der große Verlierer ist. Die Wundversorgung ist schlecht bezahlt und ebenso schlecht koordiniert. In der Wundversorgung bestehen für den ambulanten Pflegedienst vier Leistungsgruppen. In der ersten Leistungsgruppe erhält der Pflegedienst für alle zu erbringenden Leistungen (inklusive Organisation und Anfahrt) 10 Euro, in der zweiten Leistungsgruppe erhält der Pflegedienst 11 Euro, in der dritten Leistungsgruppe 13 Euro und in der vierten Leistungsgruppe 16-17 Euro.

Für die normale Wundversorgung erhält der Pflegedienst in der Regel 13 Euro, für die Versorgung von Dekubitusgeschwüren Grad 3-4 werden 16-17 Euro bezahlt. Dies ist dennoch ein Verlustgeschäft, da allein der Verband bereits ca. 20 Euro kostet, die Pflegekraft für die Versorgung insgesamt aber nur 12 Euro erhält. Diese Verluste müssen über andere Leistungen ausgeglichen werden.

Die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern in der Wundversorgung ist in der Regel gut. Patientinnen und Patienten werden mit einer guten Wundversorgung aus dem Krankenhaus entlassen und die Krankenhäuser geben den Patientinnen und Patienten 1-2 Wechselverbände für die ambulante Versorgung mit. Ab 2017 sind die Krankenhäuser dann auch ermächtigt Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege sowie Soziotherapie zu verordnen.

Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, mit denen der Pflegedienst die Wundversorgung koordiniert, gestaltet sich schwieriger. In den meisten Fällen muss sich der Pflegedienst darum kümmern, dass die Verordnung des Arztes korrekt ausgefüllt ist. Schon bei den kleinsten Formfehlern (bspw. ein Kreuz falsch gesetzt, Durchblutungsstörung nicht benannt) hat die Krankenkasse die Möglichkeit die Bezahlung auch im Nachhinein abzulehnen. Dann bleibt der Pflegedienst auf den Kosten für die Wundbehandlung sitzen.

Da die Wundversorgung sehr aufwändig ist, hat der Hausarzt oft keine Ressourcen um die Wundversorgung selbst durchzuführen. Hier wird dann in den meisten Fällen der Pflegedienst eingeschaltet.

Die Krankenkassen fordern von den Pflegediensten die Zusendung eines Wundberichtes bevor sie die Verordnung genehmigen. Für diesen erhalten die Pflegedienste von den Krankenkassen 5€. Dabei stellen sich die Kassen oft quer, die Anforderungen der Wundberichte schriftlich auszugeben, damit sie die 5€ nicht bezahlen müssen.

Da die Budgets der Ärzte keine Verordnung teurer Hilfsmittel ermöglichen (dies gilt insbesondere für große Wunden), verordnen diese oft günstigere Hilfsmittel, die für die Dekubituswundversorgung (insbesondere bei älteren Menschen für Pergamenthaut) nicht geeignet sind. Teilweise werden auch Kompressen rezeptiert. Diesbezügliche Nachfragen des Pflegedienstes nach alternativen Hilfsmitteln werden

dann als lästig empfunden. Weiterhin fehlt im Arztbrief oftmals der Hinweis auf einen bestehenden Dekubitus. Dadurch können entsprechende Hilfsmittel kassenseitig nicht finanziert werden. Im Falle von Herrn Hallmann ist dies aber simpel zu lösen – die Ärzte kennen den Pflegedienst gut und stellen auf Nachfrage eine entsprechende Verordnung aus.

Herr Dr. Wunderlich wirft ein, dass im Vergleich zu den niedergelassenen Ärzten Wundaufgaben für die Krankenhäuser Pfennigartikel sind und oftmals mehr oder weniger verschwendet werden.

Seitens der Krankenkassen müsste die Vergütung der Wundversorgung mehr in den Fokus rücken, um die Situation zu verbessern.

Ebenfalls problematisch ist, dass die Wundversorgung nach wie vor kein Inhalt der pflegerischen Ausbildung ist. So kann es vorkommen, dass Pflegekräfte über keine ausreichenden Kenntnisse in der Wundversorgung verfügen.

Zu Herrn Hallmanns Vortrag gibt es keine weiteren Fragen.

Es schließen sich nun die Ausführungen von **Herrn Dr. Kostka** an. Dieser ist zum heutigen Termin erkrankt und wurde von Herrn Dr. Wunderlich zu Beginn der Sitzung entschuldigt. Herr Dr. Wunderlich trägt nun die Ausführungen von Herrn Dr. Kostka vor, die dieser am Vormittag an Herrn Dr. Wunderlich gesandt hat.

Diese lauten wie folgt:

Im Prinzip ist die Versorgung von Patienten mit Dekubiti und anders gearteten Wunden trotz des Heil- und Hilfsmittelbudgets derzeit noch kein großes Problem.

Die Wundaufgaben, Hydrokolloid-, Alginat etc. Verbände können regulär auf Kassenkosten rezeptiert werden. Die Wundversorgung erfolgt per Verordnung über Pflegedienste, auch dies ist eine reguläre Kassenleistung (anders als die Grundpflege, für die eine Pflegestufe vorhanden sein muss, ansonsten bleibt diese eine Selbstzahlerleistung).

Weitere benötigte Materialien wie Handschuhe, Desinfektionsmittel etc. können allerdings nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden. Bei der Pflegeversicherung kann ein Antrag auf Übernahme der Kosten hierfür gestellt werden, in diesem Falle werden dem Patienten "Pakete" mit den entsprechenden Materialien zur Verfügung gestellt.

Generell gilt es keine "Marken" oder Handelsnamen zu rezeptieren, sondern die Inhaltsstoffe bzw. Wirkstoffe bzw. Art des Versorgungsmaterials.

Trotz der immensen Kosten für die Versorgung eines Dekubitus gibt es so bislang für uns als niedergelassene (Haus-)ärzte momentan keine größeren Hürden in der Verschreibung der erforderlichen Maßnahmen, sehr zum Wohle des Patienten.

Dies gilt auch für das Rezeptieren von Hilfsmitteln aller Art, vom Badewannenlifter bis zur Wechselluftmatratze, im Einzelfall muss natürlich zuerst eine Kassengenehmigung/Kostenübernahmeerklärung eingeholt werden, diese ist in der Regel aber kein Problem.

Diese Ausführungen ziehen eine Diskussion nach sich, die besonders die „Hilfen zur Pflege“ der Pflegekassen beinhaltet. Die beschriebenen Pakete (erstattet werden 40 € bei Pflegestufe I) sind oftmals unzureichend und beinhalten nicht das benötigte Wundmaterial. An dieser Stelle zeigt sich auch wieder eine Differenz zwischen den unterschiedlichen Sektoren. Frau Buschmann merkt an, dass die Krankenhäuser das Wundmaterial günstig bekommen und oftmals erwarten, dass die Wundversorgung wie im Krankenhaus weitergeführt wird. Aufgrund der beschriebenen – meist monetären – Problematiken ist dies aber nicht immer möglich.

Neben den Wundaufgaben ist auch die Finanzierung von Trinknahrung und Supplementen ein Problem. Diese wird oft nicht verordnet. Fehlen diese Hilfsmittel in der pflegerischen Versorgung ist das Aufrechterhalten des Ernährungszustandes gefährdet.

Nach dieser Diskussion schließt Herr Dr. Wunderlich die Sitzung und dankt allen Teilnehmenden für ihr Kommen.

**Das nächste Treffen soll am**

**Mittwoch, den 15.02.2017, 15:00 Uhr  
in der LWL-Klinik Dortmund-Aplerbeck, stattfinden.**

Als Themenvorschläge werden die Gerontopsychiatrie sowie möglicherweise die Vorstellung der neuen Pflegegrade und des Neuen Begutachtungsassessments genannt. Dies ist aber noch nicht abschließend mit Frau Dr. Dlugosch abgestimmt. Die finalen Themenvorschläge werden nach entsprechender Rückmeldung von Frau Dr. Dlugosch von Frau Schulze versandt.

Sandra Schulze  
Hüttenhospital gGmbH