



Grundlagen für das Fallmanagement

**Grundlagen der Patientenedukation und
anteilige Bewertung des Dokumentationssystems**

Erstellt im Rahmen des Projektes

VeMaWu RLP - 01NVF17048

Versorgungsmanagement Wunde in Rheinland-Pfalz

31.01.2023

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wird mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF17048 gefördert.

Grundlagen Fallmanagement und Patientenedukation

Inhaltsverzeichnis

Präambel	4
A – Einführung zum Umgang mit dem Handbuch	4
B – Einführung in das Fallmanagement	5
B.1 rechtliche Rahmenbedingungen im Projekt	5
B.2 Grundsätze der Delegation	6
B.3 Schweigepflicht, DSGVO	8
B.4 versicherungsrechtliche Absicherung der Fallmanager	9
C – Grundsätze und Voraussetzungen	10
C.1 Verändertes Selbstverständnis der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden	10
C.2 Das Grundprinzip des Fallmanagement und die Rolle des Fallmanagers	10
C.2.1 Grundlagen des Fallmanagement	11
C.2.2. Orientierung der Fallmanagementtätigkeit	12
C.3 Projektinterne Qualifikation der Fallmanager	13
C.3.1 Schulungsstruktur und Schulungsinhalte der Fallmanagementschulung	14
C.3.2 Definition des Schulungscurriculums	16
C.3.3 Definition der Personengruppen – „Eignung und Qualifikation“	26
C.3.4 Basis – Fallmanagement 2.0 für das regionale Versorgungsmanagement	29
C.4 Kommunikation und digitale Dokumentation	29
C.4.1 Grundlagen der Kommunikation	29
C.4.2 Aussagen zur VOVID-19 Situation	30
C.4.3 Digitale Dokumentation – JalomedFlex® (Stefan Glau)	31
C.5 Der Mensch mit chronischen Wunden als Partner	31
D – Skizze der Darstellung eines Idealverlaufs	33
D.1 Verfolgte Ziele:	33
D.2 Erstellung einer Modellidee und eines zugehörigen Leistungsablaufs	34
D.3 Pflegerische Fallführung von Menschen mit chronischen Wunden	41
E – Edukation	42
E.1 Einleitung	42
E.2 Patientenedukation – Beratung, Schulung, Information in der Pflege	43
a. Begriffserläuterung / Definition	43
b. Problemstellung	43
c. Neue gesetzliche Bestimmungen	44
Spezialisierte Wundpflegedienste	44
Modellvorhaben nach § 64d	45
Patientenlotsen	45
d. Ziele der Edukation	45
E.3 Formen der Edukation	46
a. Information	47
b. Beratung	47
c. Schulung	47
d. Was ist eine Mikroschulung?	47
e. Anleitung	47
E.4 Aspekte der Rolle des Patienten	47
a. Gesundheitskompetenz	47

b.	Die Rolle der Patienten.....	48
c.	Diskussion: Compliance, Adhärenz.....	48
d.	Compliance	49
e.	Adhärenz	49
f.	Patientenbezogene Aspekte.....	49
g.	Selbstmanagement.....	50
h.	Strukturelemente der Selbstpflegekompetenz	50
i.	Einschätzende Tätigkeiten.....	50
j.	Transitive Fähigkeiten	50
k.	Produktive Tätigkeiten	50
E.5	Die Rolle der Angehörigen.....	51
E.6	Die Rolle des Informierenden / Anleitenden / Schulenden / Moderierenden	52
E.7	Leistung wird transparent	52
E.8	Methodisches Vorgehen – Der Patientenedukationsprozess	53
a.	Abschluss der Edukation	53
E.9	Zusammenfassung.....	54
E –	Präventionsansätze.....	54
F –	Operatives Vorgehen	54
Anlagen.....		58
1)	Anlagenverzeichnis	58
2)	Literaturverzeichnis	58

Präambel

Ziel des Projekts VeMaWu RLP war es, ein flächendeckendes Versorgungsmanagement zur Begleitung von Menschen mit chronischen Wunden im Land zu etablieren. Als Stilmittel wurde hier für das Projekt das Fallmanagement gewählt.

Unter einem Versorgungsmanagement ist die vollumfängliche Betrachtung des Menschen, seiner Ressourcen und seiner gesundheitlichen Defizite zu verstehen. Für die Unterstützung des Menschen im Rahmen des Versorgungsmanagements benötigen wir neben dem indikationsbezogenen Fallmanagements (Sach- und Fachkompetenz) das formelle und informelle Netzwerk sowie weitere komplementäre Unterstützungsmöglichkeiten. Dies reicht von dem individuellen Concierge Service bis hin zu politisch und versicherungstechnisch gewollten Maßnahmen. Die Grundlage bilden die Sozial-gesetzbücher.

Der sektorenübergreifende und interdisziplinäre Ansatz soll dazu führen, dass durch die bessere Koordination von Einzelmaßnahmen die Zahl der Krankenhausaufenthalte aufgrund chronischer Wunden reduziert wird, die Rate der Amputationen zurück geht und die Rückfallquote (Rezidivrate) nach Abheilung sinkt.

Der/ die Fallmanager*in baut auf den Qualifizierungen Wundexperten ICW® (oder anderer vergleichbarer Weiterbildungen) auf und integriert die strukturellen Prozesse der pflegerischen Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden. Darauf basierend sind die Förderung der Gesundheit und Lebensqualität sowie edukative Anteile benannte Schwerpunkte. Dies wird in dem Themenbereichen Qualitätssicherung, Überleitung, Fall- oder Casemanagement umgesetzt. Zudem finden administrative, organisatorisch-planerische, wissenschaftliche und pädagogische Anteile Berücksichtigung.

Impressum

Angaben gemäß § 5 TMG: mamedicon GmbH, Gewerbepark 18, 49143 Bissendorf

Erstellt im Rahmen des Projektes VeMaWu RLP Versorgungsmanagement Wunde in Rheinland-Pfalz. Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wird mit Mitteln des Innovations-ausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF17048 gefördert.

A – Einführung zum Umgang mit dem Handbuch

Das Handbuch ist eine wesentliche Grundlage für die einheitliche Umsetzung des Fallmanagements im „VeMaWu RLP“ Projekt, jedoch ohne formalrechtliche Bindungswirkung.

Es verfolgt das Ziel, die Handlungsoptionen und Instrumente des Fallmanagements in einem Leitfaden zusammenzufassen, der insbesondere die Grundlage für die zukünftige Basis- und Modul „Wundmanagement“-Schulungen der Fallmanager*innen bietet. Darüber hinaus soll es Bestandteil der fachlichen und personellen Führung des Fallmanagements sein.

Das Handbuch beschreibt einen **idealtypischen Prozessablauf** im Fallmanagement in seinen wesentlichen Schritten, wobei sich in der praktischen Arbeit selbstverständlich individuell bedingte Abweichungen ergeben können.

Gender-Hinweis:

Aus Gründen der Übersichtlichkeit und Lesbarkeit steht im vorliegenden Handbuch der Begriff „Fallmanager“ synonym für die weibliche und männliche Form der Fallmanagerin / des

Fallmanagers. Gleiches gilt auch für die im Text verwandte männliche Form des Patienten, Angehörigen und anderer Personifizierungen.

B – Einführung in das Fallmanagement

B.1 rechtliche Rahmenbedingungen im Projekt

Grundlage der Fallmanager ist auf der Basis des Vertrages nach § 140a SGB V für ein Versorgungsmanagement bei chronischen Wunden in Rheinland-Pfalz des durch den Innovationsfonds gemäß § 92a SGB V geförderten Projekts "Versorgungsmanagement Wunde in Rheinland-Pfalz" verankert, „(1) Die Krankenkassen können Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Sie ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung, bezw. „Besondere Versorgung im Sinne des SGB V) sowie unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge ...“.¹

Diverse große Krankenkassen lehnten trotz intensiver Gespräche die Zusammenarbeit im Rahmen des Projektes ab. Wir beantragten deshalb die „Öffnung“ unseres Projektes im Sinne des § 630a BGB und somit die Teilnahmemöglichkeit für alle gesetzlich Versicherten, die die sonstigen Teilnahmevoraussetzungen erfüllen. Nach der Zustimmung der „Öffnung“ der Einschreibung der Teilnehmenden im Sinne des § 630a BGB wurden ab Juni 2019 wesentlich mehr Teilnehmende in die Studie und somit zur Teilnahme am Projekt eingeschrieben. Die Landesärztekammer RLP begrüßte unser Projekt und hat dies in Rundschreiben an die niedergelassenen Ärzte entsprechend inhaltlich gewürdigt.

Einer qualifizierten Beratung sowie der Beachtung des Wunsch- und Wahlrechtes des Leistungsberechtigten kommt ein besonderer Stellenwert zu, um die individuell erforderliche Hilfe passgenau und zielorientiert auszurichten.

Ein weiterer wichtiger Paragraph für die Arbeit im Fallmanagement ist der SGB XI § 2 Selbstbestimmung der besagt das „(1) die Leistungen der Pflegeversicherung den Pflegebedürftigen helfen sollen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten. Und (2) die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. Ihren Wünschen zur Gestaltung der Hilfe soll, soweit sie angemessen sind, im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden. Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden.“

Diese rechtlichen Rahmenbedingungen mit deren Umsetzungskriterien werden in Form einer angemessenen Fortbildung / Schulung zur „**Basisqualifikation Fallmanagement**“ unterrichtet, so dass die Aufgaben im Fallmanagement gewährleistet sind. Diese umfasst auch die Qualifizierung zur Durchführung von Dienstleistungen, insbesondere in Form von Beratung und Unterstützung.

¹ Aussagen zur „Besonderen Versorgung“, <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/140a.html>

Ziel der Schulung ist es die Fallmanager zu befähigen in: ...

- der standardisierten qualitätsgesicherten Koordination der Akteure
- der sektorübergreifenden Koordination von Einzelmaßnahmen
- die Koordination des engen interdisziplinären Zusammenspiels aller beteiligten Akteure (u.a. Hausärzte, Fachärzte, Physiotherapie, Podologen, Verbandmittelversorger, Pflegeeinrichtungen, Angehörige)
- die aktive Einbeziehung des Patienten durch eine situationsspezifische Schulung sowie Coaching der Patienten und deren Angehörigen
- die zentrale Datenerfassung und Qualitätssicherung mittels der IT-Dokumentation Jalomed® Flex
- der Ermittlung des Bedarfs an Edukation der Patienten und deren Angehörigen sowie die korrekte Durchführung dieser

Der initiale Schulungsplan ist in den Ausführungen: „Skizze der Darstellung eines Idealverlaufs der Begleitung (Start-, Routine-, Tertiärpräventions-Modul) und des Schulungsansatzes: Pflegerische Fallführung von Menschen mit chronischen Wunden“ unter dem Punkt: C.3.2 Definition des Schulungscurriculums ausgewiesen

Der Mensch mit chronischen Wunden im Modul „Wundmanagement“ wird aktiv in die Hilfe- und Gesamtplanung im Rahmen eines **Edukationskonzeptes** einbezogen. Auf der Grundlage seiner Wünsche, Fähigkeiten und seines aktuellen Hilfebedarfs werden möglichst passgenaue Maßnahmen geplant und damit der Forderung nach Selbstbestimmung von Menschen Rechnung getragen.

Umfang und Inhalt der Schulungsmaßnahme siehe unter: „C.3.2 Definition des Schulungscurriculums“

B.2 Grundsätze der Delegation

1.) Delegation, Arztrecht, niedergelassener Arzt, Regelversorgung

Die aktuelle Grundlage der Delegation basiert auf der zwischen kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband geschlossene „Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung“ als Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag; gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V“ vom 1. Oktober 2013 mit Stand vom 1. Januar 2015. Diese Leistungen sind beispielhaft in einem Katalog in Anlage 8 BMV-Ä aufgeführt.²

Im Beispielkatalog delegierbarer ärztlicher Leistungen – im Sinne der Anlage 24 des Bundesmantelvertrags (BMV-Ä) sind aktuell zehn Leistungen benannt:

- Administrative Tätigkeiten
- Anamnesevorbereitung

² Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder in hausärztlichen Praxen, vom 17. März 2009 in der Fassung vom 6. Januar 2022, https://www.kbv.de/media/sp/08_Delegation.pdf

- Aufklärungsvorbereitung
- Technische Durchführung von Untersuchungen
- Früherkennung
- Hausbesuche
- Injektion/Infusion
- Labordiagnostik
- Unterstützende Maßnahmen zur
- Diagnostik/Überwachung
- Wundversorgung/Verbandwechsel

Zitat: „... Nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V gehört zur ärztlichen Behandlung auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von einem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist. Es ist zu gewährleisten, dass der delegierende Arzt gegenüber dem nichtärztlichen Mitarbeiter über eine durch eine schriftliche Vereinbarung sicherzustellende Weisungsbefugnis verfügt“...³.

Der letzte Halbsatz „... Es ist zu gewährleisten, dass der delegierende Arzt gegenüber dem nichtärztlichen Mitarbeiter über eine durch eine schriftliche Vereinbarung sicherzustellende Weisungsbefugnis verfügt“ grenzt die Delegation einer delegierungswürdigen Tätigkeit oder Maßnahme an nichtärztliches Personal ein, welches einen wie auch immer gearteten Vertrag mit der Praxis haben muss. Denn nur hierdurch entsteht die bezeichnete Weisungsbefugnis. Gemeint sind hier insbesondere die Medizinischen Fachangestellten.

Nicht gemeint sind hier freiberufliche oder firmengebundene Pflegefachkräfte, die z.B. einen Service anbieten, hier kann man sich NICHT auf das Delegationsrecht stützen. Sollte hier eine ähnliche Konstruktion angestrebt werden, muss eine auf Qualitätskriterien begründete Kooperation schriftlich eingegangen werden.

Vielmehr muss nach den Statuten der Mitarbeitende, dem Aufgaben delegiert werden sollen, in der Arztpraxis mit einer regelmäßigen Wochenarbeitszeit von mindestens 20 Stunden angestellt sein.

Der Arzt auf der einen Seite formuliert die klaren Qualitätskriterien, die er für notwendig erachtet. Die Pflegefachkraft akzeptiert schriftlich diese Qualitätskriterien und zeigt auf, wie und in welcher Ausprägung sie diese Qualitätskriterien erfüllen kann und umsetzt.

Abzugrenzen ist diese Tatsache von all den Leistungen, die durch Anordnung (z.B. Häusliche Krankenpflege; Behandlungspflege in der stationären Altenpflege) getätigt werden. Hier besteht auf Grund der Anordnung und auf der anderen Seite durch den Vertrag im Sinne des SGB V (zugelassener Pflegedienst; zugelassene stationäre Altenpflegeeinrichtung) ein Leistungsverhältnis mit den Kostenträgern.

2.) Delegation, Besondere Versorgung § 140a SGB V

Ist ein Arzt und ein Leistungserbringer über einen Vertrag zur „Besonderen Versorgung“ im Sinne des § 140a SGB V verbunden, gilt hier der Vertrag als die Grundlage für das Handeln Beider. Im Rahmen dessen ist auch die Delegation von Tätigkeiten und/oder Maßnahmen rechtlich möglich – zwingend aber in dem Rahmen, den der Vertrag vorsieht.

³ Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013 Stand: 1. Januar 2015; abgerufen am 14.01.2019 unter: https://www.kbv.de/media/sp/24_Delegation.pdf

3.) Übernahme von delegierten Leistungen

Die Grundsatzfragen zur Übernahme einer Tätigkeit lauten:

- Darf ich die Tätigkeit ausführen?
- Kann ich die Tätigkeit ausführen?
- Will ich die Tätigkeit ausführen?
- Will der Patient die Tätigkeit erhalten?
- Beherrsche ich die Folgen meines Handelns?

-> **Darf ich die Tätigkeit ausführen?** Hier muss die Pflegefachkraft oder MFA für sich klären, ob sie die notwendige Ausbildung und rechtliche Befähigung zur Übernahme der Delegation hat. Hier gilt die Basisausbildung als Grundlage (z.B. Krankenpflegeausbildungsgesetz/ Pflegeberufegesetz) sowie weitere Weiterbildungen, die zur Übernahme von Tätigkeiten oder Maßnahmen befähigen. Nur die Tatsache eine Fortbildung zum Thema Infusionsgabe besucht zu haben, befähigt im rechtlichen Sinne den Teilnehmer nicht zur Infusionsgabe!

Weiterhin muss immer geprüft werden, ob die zunächst delegierte Leistung überhaupt hätte delegiert werden dürfen.

-> **Kann ich die Tätigkeit ausführen?** Habe ich eine genügend große Erfahrung in der Durchführung einer Tätigkeit oder Maßnahme? Bin ich sicher im Handeln?

-> **Will ich die Tätigkeit ausführen?** Bin ich in der jetzigen Situation dazu in der Lage, daß ich die Leistung durchführen will und kann?

-> **Will der Patient die Tätigkeit erhalten?** Klärungswürdig ist ebenfalls, ob es der Patientenwunsch ist, dass eine bestimmte Leistung durchgeführt wird. Verneint der Patient dies und man würde trotzdem handeln führt dies zu einer Körperverletzung.

-> **Beherrsche ich die Folgen meines Handelns?** Hier ist gemeint, dass man immer auch die Rahmenbedingungen die sich dem Handelnden bieten, prüfen muss. Beispiel: Eine Pflegefachkraft kann zwar rein rechtlich einen Endotrachealtubuswechsel (Zusatzausbildung) vornehmen, ihr fehlen aber die wichtigen dazugehörigen Instrumente. Dieses Fehlen lässt die Folgen des Handelns (Trachealstomaverschluss) nicht beherrschbar erscheinen, somit darf die Pflegefachkraft in dieser Situation die Maßnahme nicht durchführen.

B.3 Schweigepflicht, DSGVO

Datenschutz, Datengeheimnis, Einbeziehung bislang unbeteiligter Dritter

An dieser Stelle wollen wir auf die Seite: <https://dejure.org/gesetze/DSGVO> verweisen. In den vergangenen Jahren konnte jeder Einzelne viel in der Fachpresse darüber erfahren und lesen. Wichtig ist, dass die Vorschriften des DSGVO dazu eingehalten werden, daher werden wir in diesem Handbuch nicht näher darauf eingehen.

Wir möchten aber unbedingt darauf hinweisen, dass bei Einbeziehung von bislang unbeteiligten Dritten, immer das Einvernehmen des Patienten oder dessen Betreuer einzuholen ist! Dies gilt insbesondere auch dann, wenn „nur“ eben nachgefragt wird etc.

Beachte: Hinsichtlich der Schweigepflicht auf das Daten- und Unternehmensgeheimnis inkl. Sozialdatengeheimnis hat der Fallmanager bei seinem Arbeitgeber oder bei der mamedicon ein dafür vorgesehenes Formular unterzeichnet. Die dort formulierten Inhalte sind stets zu beachten und einzuhalten.

Bei der Einbeziehung bislang unbeteiligter Dritter muss geprüft werden, ob eine ärztliche Versordnung für Heil- oder Hilfsmittel besteht. Wenn nicht, muss der Patient der Beteiligung bislang unbeteiligter Dritter explizit zustimmen.

B.4 versicherungsrechtliche Absicherung der Fallmanager

Im beruflichen Arbeitsfeld hat der Fallmanager die Möglichkeit

Variante 1) Der Fallmanager ist bei einem Unternehmen im Gesundheitsbereich beschäftigt:

- Über den Arbeitgeber, der dann den Vertrag im Rahmen z.B. des § 140a SGB V eingegangen ist, ist auch der Fallmanager weiterhin abgesichert. Das gilt für Wegeunfälle und Haftpflicht. Es ist darauf zu achten, dass Inhalte die erfüllt werden sollen, auch den entsprechenden Versicherungen gemeldet sind.

Variante 2) Der Fallmanager handelt selbstständig.

- Der Fallmanager beantragt einen Gewerbeschein, um damit steuerrechtlich auf sicherem Boden zu stehen. Die Anmeldegebühren sind von Stadt zu Stadt unterschiedlich und belaufen sich 00,00 € bis ca. 50,00 €. In diesem Zusammenhang erfolgt auch eine Meldung an die Berufsgenossenschaft.
- Im Rahmen dessen wird eine Steuernummer vergeben, der Fallmanager an die Managementgesellschaft melden muss. Die Steuernummer ist fortan auch fester Bestandteil seiner Rechnung.

Begriffsklärung

Berufsgenossenschaften:

Die gewerblichen Berufsgenossenschaften sind die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung für die Unternehmen der deutschen Privatwirtschaft und deren Beschäftigte. Daneben gibt es die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft als Teil der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau.

Berufsgenossenschaften haben die Aufgabe, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten. Beschäftigte, die einen Arbeitsunfall erlitten haben oder an einer Berufskrankheit leiden, werden durch die Berufsgenossenschaften medizinisch, beruflich und sozial rehabilitiert. Darüber hinaus obliegt es den Berufsgenossenschaften, die Unfall- und Krankheitsfolgen durch Geldzahlungen finanziell auszugleichen. Im Jahr 2005 waren etwa 46,2 Millionen Personen bei den gewerblichen und landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften versichert.

Bei den Berufsgenossenschaften handelt es sich um Sozialversicherungsträger. Sie sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung organisiert und finanzieren sich im Wesentlichen aus Beiträgen der ihnen durch Pflichtmitgliedschaft zugewiesenen Unternehmen (die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft (SVLFG) erhält Bundeszuschüsse

aus Steuermitteln). 2005 waren etwa 3,2 Millionen Unternehmen Mitglied einer gewerblichen Berufsgenossenschaft⁴.

Berufshaftpflichtversicherungen

„ ... Die Berufshaftpflichtversicherung ist eine Haftpflichtversicherung für bestimmte Berufe, die durch mögliche Fehlberatung ein erhöhtes Risiko, Vermögensschäden anzurichten, aufweisen. Dazu gehören etwa Rechtsanwälte und Rechtsbeistände, Steuerberater, Architekten und Ingenieure, Treuhänder und Ärzte, sowie Dolmetscher/Übersetzer/Berater/Dienstleister“⁵.

Beachte: Die „freien“ Fallmanager werden in unserem Projekt bezgl. des Haftpflichtrisikos über die mamedicon GmbH bei der ERGO Versicherung gemeldet und geführt. Dies ist auch Bestandteil des Vertrages zur Besonderen Versorgung. Wir müssen sicherstellen, dass hier jeder den ausreichenden Schutz besitzt.

C – Grundsätze und Voraussetzungen

C.1 Verändertes Selbstverständnis der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden

Das veränderte Selbstverständnis des Menschen mit chronischen Wunden in der Gesellschaft, sein fortentwickelter Krankheitsstatus, seine Rolle als wünschenswerter aktiv beteiligter Experte macht es notwendig auf ein personenorientierten und individuellen Beratungs- und Leistungsangeboten zu reagieren und dem Menschen mit chronischen Wunden als gleichberechtigtem Partner zu begegnen.

Damit rücken Beziehung zu und Kommunikation mit dem Menschen mit chronischen Wunden in den Mittelpunkt der Aufgaben der Fallmanager. Es ist wichtig, diesen Dialog positiv zu gestalten und die Chancen, die in einem Austausch liegen können, zu nutzen.

Ein Rollenwandel von der Pflegefachkraft und anderen Akteuren im Gesundheitsbereich zum Fallmanagement ist erforderlich und stellt der Gesundheitspolitik vor neue Herausforderungen.

Handlungsleitende Grundsätze innerhalb dieses Prozesses sind insbesondere, ...

- die Stärkung von Selbstbestimmung und Eigenverantwortung
- die personenzentrierte Hilfe
- die Berücksichtigung der persönlichen Wünsche sowie des Wahlrechtes des Leistungsberechtigten
- eine zielorientierte Gestaltung der Hilfe durch eine individuelle Edukation

C.2 Das Grundprinzip des Fallmanagement und die Rolle des Fallmanagers

Das heutige Gesundheitssystem in der Bundesrepublik Deutschland, ist durch seine große Differenzierung unübersichtlich geworden. Aufgrund der knapper werdenden finanziellen und personellen Ressourcen fordert der Gesetzgeber eine wirtschaftliche Rationalisierung des

⁴ Berufsgenossenschaften - <https://de.wikipedia.org/wiki/Berufsgenossenschaft> - abgerufen am 13.01.2023

⁵ Berufshaftpflicht - <https://de.wikipedia.org/wiki/Berufshaftpflichtversicherung> - abgerufen am 13.01.2023

Sozial- und Gesundheitswesens bei gleichzeitiger Steigerung der Effektivität und Qualität der Versorgung und einen wesentlich höheren Vernetzungsgrad.

Für den Patienten in seiner komplexen Problemsituation ist deshalb eine Unterstützung bei der Auswahl der passenden Hilfen und der Stärkung seiner Gesundheitskompetenz wünschenswert. Eine professionelle Begleitung im Sinne des Fallmanagements ermöglicht ihm den Zugang zu den unterstützenden Angeboten des regionalen Versorgungssystems in Kooperation mit den notwendigen Leistungserbringern. Der Fallmanager unterstützt nun den Patienten unter Berücksichtigung seiner persönlichen Ressourcen bei der gezielten Auswahl der Hilfsangebote. Ziel ist hierbei eine optimale Versorgung des Patienten durch eine systemübergreifende Vernetzung.

Pfeiler des Fallmanagements im „VeMaWu RLP Projekt“ sind neben den Grundlagen des Fallmanagements auch ein **Edukationskonzept** -> Siehe Punkt „E“ in diesem Papier.

C.2.1 Grundlagen des Fallmanagement

Beim Fallmanagement handelt es sich um eine Methode, die in folgenden Phasen verläuft^{6,7}

- **Intake:**

nach der Fallübernahme wird im Erstgespräch versucht, die Ausgangssituation einzuschätzen. Der Fallmanager erfragt hierbei neben der familiären, persönlichen und beruflichen Situation die aktuelle Befindlichkeit und die Belastungssituation des Patienten. Dies soll zur Entscheidung führen, in welcher Ausprägung Fallmanagement notwendig ist.

- **Assessment:**

Sind die Rahmenbedingungen geklärt, wird durch eine gezielte Erfassung der Ausgangssituation mit dem Assessmentbogen (XY) eingeschätzt, wo die größten Probleme und Belastungen liegen. Hiermit wird die grobe Bedarfserhebung des Intakes weitergeführt und verfeinert. Es wird erfasst, welche Ressourcen vorhanden sind und genutzt werden können.

- **Hilfeplanung:**

Im Hilfeplan werden die Schritte geplant, die zum Erreichen der gemeinsam erarbeiteten und formulierten Ziele notwendig sind. Mit der Dokumentation in Jalomed® wird festgelegt, welche Aufgaben von dem Patienten oder vom Fallmanager übernommen werden.

- **Durchführung / Monitoring:**

Der Fallmanager initiiert die vereinbarten Maßnahmen und überwacht die vereinbarte Versorgung. Er klärt hierbei, ob der Patient alle vereinbarten Hilfen in der besprochenen Art und im angemessenen Umfang erhält. Der Fallmanager beobachtet und dokumentiert, ob und wie der Betroffene und/oder seine Angehörigen die Hilfen annimmt.

- **Evaluation:**

⁶ Schmid, Elmar; Weatherly John N.; Meyer-Lutterloh, Klaus; Seiler, Reiner; Lägél, Ralph: Patientencoaching, Gesundheitscoaching, Casemanagement - Methoden im Gesundheitsmanagement von morgen 1. Auflage, MWV Berlin, 2008 ISBN 978-3-939069-29-4

⁷ Manfred Neuffer, Case Management Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien, Buch 264 Seiten ISBN:978-3-7799-1962-9 Erschienen: 04.03.2013

Es wird überprüft ob die gesteckten Ziele erreicht wurden. Es kommt entweder zur Beendigung des Prozesses oder es ergibt sich ein Re-Assessment mit neuem Hilfeplan.

Durch die Phasen des Intakes sowie des Assessments wird eine gezielte Einschätzung der Situation erreicht. Dadurch erst kann der individuelle Versorgungsbedarf des Patienten unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen, des sozialen Netzes sowie des professionellen Netzes geplant und verbunden werden.

Das bedeutet operativ:

Über einen am Projektverlauf orientierten, festgelegten Zeitraum plant der Fallmanager insgesamt 12 Monate pro „Studienpatient“, implementiert, koordiniert, begleitet und evaluiert der Fallmanager im persönlichen Kontakt eine bedarfsgerechte, fallbezogene Hilfe gemeinsam mit dem Menschen mit chronischen Wunden, seinen Angehörigen, den betreuenden Ärzten und Pflegediensten und weiteren Akteuren des betreuenden Patienten.

Bei der Planung von Leistungen steht der Fallmanager vor der Herausforderung, eine maßgeschneiderte Leistungsgewährung für den Menschen mit chronischen Wunden zu realisieren und andererseits, die am Fallmanagement orientierten Transferaufgaben aktiv und zielgerichtet zu steuern.

Der Fallmanager entscheidet gemeinsam mit dem Patienten die Aufgaben/Ziele und legt auf der Grundlage der ermittelten Entscheidungskriterien und Abstimmungsergebnisse die zu erreichenden Ziele der Patienten und deren Angehörigen fest. Er organisiert, sichert und kontrolliert im weiteren Verfahren die notwendigen Maßnahmen und Ressourcen, stimmt diese jedoch auch immer mit dem behandelnden Arzt ab.

Eine Voraussetzung für die Bündelung von Fach- und Ressourcenverantwortung in der Hand des Fallmanagers ist unter anderem auch, dass er alle erforderlichen Informationen, insbesondere Fachexpertise Schulung / Anleitung/ Beratung auswertet.

C.2.2. Orientierung der Fallmanagementtätigkeit

Der Fallmanager orientiert sich an fachlich fundierten Erkenntnissen und Institutionen wie z.B.

- AWMF-Leitlinien⁸
- Expertenstandards in der Pflege⁹
- Standards des Wundzentrum HH e. V.¹⁰
- Standards des ICW e. V.¹¹

Diese Quellen sind als Hilfestellung zu verstehen und dienen **nicht** zu Kontrollzwecken.

Der Fallmanager erbringt folgende Leistungen:

- Fallmanagement-Begleitung von zugeteilten Patienten, basierend auf klaren Arbeitsabfolgen und Logiken
- Koordination von Prozessen zwischen den Akteuren – operativ, praktisch und telefonisch

⁸ AWMF online - Portal der wissenschaftlichen Medizin - <https://www.awmf.org/leitlinien>

⁹ Hochschule Osnabrück - DNQP - <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/>

¹⁰ Wundzentrum Hamburg e. V. – Erarbeitete Standards -

¹¹ Initiative Chronische Wunden e. V. – Standards/Definitionen - <https://www.icwunden.de/wundwissen/standardsdefinitionen/>

- Patienten- und Angehörigen Edukation; Kommunikation mit allen Netzwerkpartnern
- Pflege der Dokumentationsplattform; Erfassung von (pseudonymisierten) Versorgungsdaten
- verbindliche Teilnahme an Fallkonferenzen, Teilnahme an Qualitätszirkel, Teilnahme an Fortbildungen. Die Frequenz der Teilnahme ist im Netzwerk zu definieren im Rahmen des Vertrages

... mit dem Ziel, die Versorgungs- und Lebensqualität der Teilnehmer zu verbessern.

Weitere Leistungen die zu erbringen sind....

- gestaltet in persönlicher Abstimmung mit dem Patienten und deren Angehörigen mit dem Ziel, eine weitestgehend selbständige Lebensführung für diesen zu erreichen
- koordiniert die Einbeziehung notwendiger Fachkompetenzen aller Beteiligter
- stimmt die zu erreichenden Ziele ab, plant gemeinsam mit den Beteiligten die dafür erforderlichen Maßnahmen und dokumentiert diese in einem Gesamtplan der Jalomed-Dokumentationsplattform (2023-01-31-01NVF01748 VeMaWuRLP Anlage 2 Screenshots Jalomed)
- begleitet und unterstützt die Umsetzung des Gesamtplans und passt kontinuierlich die Ziele und deren Maßnahmen an
- Die persönliche Kommunikation aller Beteiligter unter der Koordination des Fallmanagers dient auch dem Aufbau eines Netzwerkes zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Leistung

Es gilt hierbei:

- mit dem Menschen mit chronischen Wunden eine Beziehung aufzubauen und zu pflegen
- ihn persönlich zu beraten, anzuleiten und zu begleiten
- ihn als Experten in eigener Sache zu akzeptieren und aktiv einzubeziehen
- seine persönlichen Wünsche, Bedürfnisse und Ziele herauszufinden
- seine vorhandenen Ressourcen aufzuzeigen
- in Abstimmung mit ihm und allen Akteuren ein individuellen, passgenauen Maßnahmen- und Edukationsplan zu erstellen

C.3 Projektinterne Qualifikation der Fallmanager

Die vielfältigen und anspruchsvollen Anforderungen an einen Fallmanager erfordern eine umfassende Basisqualifizierung. In 72 Unterrichtsstunden werden künftigen Fallmanagern notwendiges Basis- und modulares „Wundmanagement“ Vertiefungswissen vermittelt.

Wesentliche Elemente dieser Fortbildung in Modulen beziehen sich auf die Vermittlung von

...

- Methodik und Steuerung im Fallmanagement von Menschen mit chronischen Wunden
- rechtlichem und verwaltungsspezifischem Vertiefungswissen im SGB V und XI -
- Lebenslagen- und krankheitsbezogenes Wissen in Bezug auf Menschen mit chronischen Wunden
- Fachcontrolling
- Methoden der Gesprächsführung und Individualberatung
- Kooperation- und Netzwerkmanagement

Der Qualifizierungserfolg ist wesentlich durch individuelles Vorwissen, berufliche Erfahrungen und persönliche Kompetenzen der Fallmanager beeinflusst. Das Schulungsprogramm setzt Grundlagenwissen im Wundmanagement voraus, dass von Einsteigern im Fallmanagement möglichst vor Beginn der Qualifizierung erworben werden sollte. Nach Abschluss der Qualifizierung sollen sich die Fallmanager in nachweislicher Teilnahme an **Fallkonferenzen und Qualitätszirkel (MODUL 4)** gezielt fortbilden.

Ziel der Schulung ist es die Fallmanager zu befähigen in

- der standardisierten qualitätsgesicherten Koordination der Akteure
- der sektorübergreifenden Koordination von Einzelmaßnahmen
- die Koordination des engen interdisziplinären Zusammenspiels aller beteiligten Akteure (u.a. Hausärzte, Fachärzte, Physiotherapie, Podologen, Verbandmittelversorger, Pflegeeinrichtungen, Angehörige)
- die aktive Einbeziehung des Patienten durch eine situationsspezifische Schulung sowie Coaching der Patienten und deren Angehörigen
- die zentrale Datenerfassung und Qualitätssicherung mittels der IT-Dokumentation Jalomed® Flex
- der Ermittlung des Bedarfs an Edukation der Patienten und deren Angehörigen sowie die korrekte Durchführung dieser

Fallmanager bringen folgende Voraussetzungen mit

- Zusatzqualifikation: Wundexperte oder Pflegetherapeut
- praktische Erfahrungen im stationären oder ambulanten Sektor
- kennen die gängigen Wundauflagen und deren Qualitätskriterien
- sind der deutschen Sprache mächtig (Zertifikat A 1 oder B 1)
- bringen EDV-Kenntnisse mit -Word und PowerPoint sind Voraussetzung
- Kommunikationstalent / Schlüsselqualifikation
- Selbstmanagement
- Zeitmanagement

Arbeitsfelder:

- (indikationsbezogenes & indikationsunabhängiges) Fallmanagement
- Kurzzeitintervention bei akutem Bedarf
- fallbezogene / indikationsbezogene Beratung / Schulung / Coaching

Aufbau der Schulung:

- Selbststudium Gesetzestexte (klare Aufgabenstellung)
- Gestaltung der Gesprächsführung
- Gestaltung der Beratung / Schulung / Anleitung mittels eines Falles
- Handhabung Nationalen Expertenstandards / Nutzung der Assessment Instrumente
- Hospitationseinheit
- Abschluss kleine Überprüfungseinheit mittels Colloquiums

Grundsätzlich sind die geplanten Stunden für die Qualifizierung zu eng bemessen- daher müssen die einzelnen Themen in den regelmäßigen Qualitätszirkeln erneut aufgegriffen und weiter vertieft werden.

C.3.1 Schulungsstruktur und Schulungsinhalte der Fallmanagementschulung

Fortbildung der Pflegepersonen

- ✓ Fachwissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten der Pflege u. Bezugsdisziplinen

- ✓ Verständnis bzgl. Patientenedukation
- ✓ Kommunikative Kompetenzen
 - Symmetrische Beziehung und Kommunikation
 - lernfördernde Atmosphäre und aktive Partizipation der Betroffenen
 - Ansprechen von Problemen, Unannehmlichkeiten, Bewältigung partnerschaftliche Interaktion¹²
 - Erfahrungen, Wertvorstellungen und Wahrnehmungen integrieren¹³.
 - Abstimmung der Sprache auf Verständnismöglichkeiten der Betroffenen
 - Bezug zur Alltagssituation
 - Struktur in den edukativen Aktivitäten

¹² Angelika Abt-Zegelin, Die Sprachen der Pflege: interdisziplinäre Beiträge aus Pflegewissenschaft, Medizin, Linguistik und Philosophie, Schlütersche, Hannover 2006, ISBN-10: 3899931688

¹³ Leenerts, Mary Hobbs, Cynthia S. Teel, and Mary K. Pendleton. "Building a model of self-care for health promotion in aging." Journal of Nursing Scholarship 34.4 (2002): 355-361.

C.3.2 Definition des Schulungscurriculums

Ziel der Schulung ist es die Fallmanager zu befähigen in

- der standardisierten qualitätsgesicherten Koordination der Akteure
- der sektorübergreifenden Koordination von Einzelmaßnahmen
- die Koordination des engen interdisziplinären Zusammenspiels aller beteiligten Akteure (u.a. Hausärzte, Fachärzte, Physiotherapie, Podologen, Verbandmittelversorger, Pflegeeinrichtungen, Angehörige)
- die aktive Einbeziehung des Patienten durch eine situationsspezifische Schulung sowie Coaching der Patienten und deren Angehörigen
- die zentrale Datenerfassung und Qualitätssicherung mittels der IT-Dokumentation Jalomed® Flex
- der Ermittlung des Bedarfs an Edukation der Patienten und deren Angehörigen sowie die korrekte Durchführung dieser

Fallmanager bringen folgende Voraussetzungen mit

- Zusatzqualifikation: Wundexperte oder Pflegeberater
- praktische Erfahrungen im stationären oder ambulanten Sektor
- kennen die gängigen Wundauflagen und deren Qualitätskriterien
- sind der deutschen Sprache mächtig (Zertifikat A 1 oder B 1)
- bringen EDV-Kenntnisse mit -Word und PowerPoint sind Voraussetzung
- Kommunikationstalent / Schlüsselqualifikation
- Selbstmanagement
- Zeitmanagement

geplanter Stundenaufwand

9 Ausbildungstage á 8 Unterrichtseinheiten in 3 Modulen – zeitlich gestaffelt

Qualifikationen

Pflegedachkräfte; Krankenversicherungsmitarbeiter; Podologen; Diabetologen

Verlaufsplan für 8 Ust. (a 45 Min.)
Tag 1 Modul I
Datum: XX.XX.XXXX Raum XY

ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN - QUALIFIKATION
10:00-11:30 2 UE	Kursstart • Kennenlernen • Erwartungen • Kurskonzept /Stundenplan vorstellen		Karteikarten/ Visualisierung Pinnwand	Pflegefachkraft
11:45-13:15 2 UE	• Projektvorstellung • Integrierte Versorgungsmodelle (SGB V, § 140) • Rollenverständnis/Haltung (persönliche Haltung) • Besprechung Werkverträge FM und Verträge im Arbeitsverhältnis HomeCare/Sanitätshaus • Healthcare Compliance – Warum ist darauf zu achten? • Projektmanagement: Definition, Methoden, Analyse, Projektplan, Projektziele, Meilensteine, Aufgaben des Projektleiters	• kennt das Projekt Pflegerische Fallführung von Menschen mit chronischen Wunden • kennt seine Grenzen • Akzeptanz schaffen • begreift die Grundlagen des Projektmanagement und realisiert die Bedeutung und sind bestrebt Projektverantwortung zu übernehmen	PowerPoint Formulare vorstellen Unterrichtsgespräch Flipchart	
14:15-15:45 2 UE	• Aufgaben/Tätigkeiten der Fallmanager/ Grenzen / Rollenüberschreitungen • Vorstellung Homepage mamedicon GmbH uvm. / Projekt-Homepage VeMaWu RLP (www.vemawu.de)	• kennt seine Aufgaben und Grenzen	Gruppenarbeit: 4 Gruppen (20 min) TN erstellen je 10 Karteikarten mit Aufgaben / Tätigkeiten- Auswertung mit Zuordnung nach Rubrik „Rote Wand“-Grenzen auf Flipchart /Diskussion PowerPoint	
16:00-17:30 2 UE	Organisation und Koordination • Mitwirkende Studieneinrichtungen kurz vorstellen • PLZ-Zuordnung und Bereiche besprechen • Vertretungen untereinander festlegen • Termine QZ informieren (KW 2019)	• kennen die Akteure in der Studie (Ort/Name des zuständigen Facharztes)	Unterrichtsgespräch	

Verlaufsplan für 8 Ust. (a 45 Min.)
Tag 2 Modul I
Datum: XX.XX.XXXX Raum XY

ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN - QUALIFIKATION
09:00-10:30 2 UE	Aufgaben HS LU Patienteneinschreibung durch HS – SOP vorstellen • Kontaktaufnahme behandelnder / Vertragsarzt: Übergabe • Assessment: Checkliste, Infosammlung, ärztliche Erhebungsbogen, TN- Informationsbroschüre, Teilnehmerfragebogen, Patientenflyer, (Lebensqualitätsbogen –WoundQol) Vorstellung SOP-FM	• erfassen die Bedeutung des Erstkontaktes • sind vertraut mit Assessments und können diese fachgerecht einsetzen • kennt den Algorithmus und kann dies nutzen	Lehrervortrag, Vorstellung der Formblätter Fragend, entwickelnd	Pflegefachkraft
10:45-12:15 2 UE	DNQP: Systematik, Aufbau, Inhalte und Implementierung von Expertenstandard; Aufgaben und Arbeitsstrukturen des DNQPs Handhabung Nationalen Expertenstandards / Nutzung der Assessment Instrumente • Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden • Dekubitusprophylaxe • Entlassmanagement	• kennen den Aufbau und Inhalt des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ und „Dekubitusprophylaxe“ • können Chancen und Grenzen unterscheiden	Lehrervortrag Gruppenarbeiten mit gezielten Fragestellungen	
13:15-14:45 2 UE	• Heilmittel • Hilfsmittel	• kennen die Unterschiede, die §§ und können diese anwenden • Abgrenzung rechtlicher Grenzen	PowerPoint Präsentation	Mitarbeiter:in Krankenversicherung
15:00-16:30 2 UE	• Heilmittel • Hilfsmittel	• kennen die Unterschiede und die §§ und können diese anwenden	PowerPoint Präsentation	

ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN - QUALIFIKATION
10:00-11:30 2 UE	Fragen die sich übers Wochenende entwickelt haben sammeln und bearbeiten Einführung und Grundlagen Edukation (Def., Zielsetzung)		Flipchart sammeln PowerPoint Präsentation Lehrervortrag	Pflegefachkraft
11:45-13:15 2 UE	Patientenedukation: • Ziele/Bedarfsermittlung • Erfassen von Edukationsprozessen • Feedback (in Bezug auf gesundheitsbezogenes Selbstmanagement) • Motivation (intrinsische Motivation: Übertragung der Verantwortung an den Patienten) • Partnerschaftliche Entscheidungsfindung zwischen Betroffenen und Betreuerteam • Patientenorientierte Fragen entwickeln bezogen auf die Krankheitsbilder UC/DFS/Dekubitus • Methodik, Informationsbroschüren, Entwicklung Checkliste	• sind sich der Bedeutung der Edukation bewusst • können den Bedarf ermitteln und berücksichtigen die individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten • verstehen, welche Situationen / Umstände sich motivationsfördernd und -hemmend auswirken • betrachten ihre Rolle in der Patientenbeziehung als partnerschaftlich und akzeptieren die Patientenautonomie • bewerten die Förderung der Patientenmotivation als grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit • identifiziert schwierige Edukationsprozesse	Gruppenarbeit á 5-6 Personen – 4 Gruppen (KH-Bild bezogen) Unterrichtsgespräch	
14:15-15:45 2 UE	• Ablaufbeschreibung VeMaWu RLP • Formularvorstellung • Zeitmanagement	• Können sich selbst einschätzen, was sie an Zeit für das Projekt effektiv aufbringen können	Fallbeispiel Gruppenarbeit: 4 Gruppen	
16:00-17:30 2 UE	• Ablaufbeschreibung VeMaWu RLP • Formularvorstellung • Zeitmanagement	-	Fallbeispiel Gruppenarbeit: 4 Gruppen	

ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN - QUALIFIKATION
09:00-10:30 2 UE	Kommunikation Aktives Zuhören anhand folgender Gesprächsinhalte: • Erstgespräch mit dem Patienten (Startmodul) • Ziele eruieren, Kenntnisstand ermitteln (Eduktion) • Bisherige Versorgung erfassen (Assessmentinstrumente anwenden) • Kommunikationsstruktur: Identifikation der Netzwerkpartner krankheitsbildbezogen (1 Std.). Informationsgewinnung: Vermittlung, Reduktion, Dokumentation (1Std.), Umgang mit Quellen (2Std) Aufgaben als Fallmanager am Fall von Tag 1 erarbeiten (4 Std.)	• können vertrauensbildende Situation gestalten • organisieren und gestalten Beratungsprozesse • verwenden Techniken und Methoden der Gesprächsführung an	Rollenspiel Reflektion, Auswertung	Pflegefachkraft
10:45-12:15 2 UE	• Kommunikation mit „schwierigen“ Menschen – über schwierige Themen“ - Konfliktgespräche • Gestaltung der Gesprächsführung • Gestaltung der Beratung / Schulung / Anleitung mittels eines Falles	• erfassen Informationen „zwischen den Zeilen“ • gleichen die Ziele des Patienten mit den Zielen der Therapeuten ab • erkennen professionelle Kommunikation und erwerben entsprechende Kompetenzen • können interprofessionell, wertschätzend und kompetent kommunizieren • entwickeln eine Haltung, aus der die Akteure des interprofessionellen Teams, hierarchieübergreifend kollegial beraten können	Rollenspiel Reflektion, Auswertung	
13:15-14:45 2 UE	MBO (Führen durch Zielvereinbarung); Zeitmanagement, Selbstmanagement			
15:00-16:30 2 UE	Fallmanagement Ergebnissicherung	• können sie gelernten Inhalte reflektiert einsetzen und anwenden		

Verlaufsplan für 4 von 8 Ust. (a 45 Min.) Tag 5 Modul II Datum: XX.XX.XXXX Raum XY

ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN - QUALIFIKATION
10:00-11:30 2 UE	Berichterstattung erste Erfahrungen im/aus dem Projekt • Erreichbarkeit • Probleme • Fragen Software		Unterrichtsgespräch	Pflegefachkraft
11:45-13:15 2 UE	Jalomed-Dokumentation • Vorstellung Software „Jalomed“ • Patient einschreiben als Testversion • Vorstellung Assessment • Fotodokumentation (Standard Hamburg) • Vorstellung Software „Jalomed“ • Übertragung der Daten in die Software	• TN kann die Dokumentationsplattform anwenden	Lehrervortrag	Dokumentationsplattform-dienstleister
14:15-15:45 2 UE	Jalomed-Dokumentation • Vorstellung Software „Jalomed“ • Patient einschreiben als Testversion • Vorstellung Assessment • Fotodokumentation (Standard Hamburg) • Vorstellung Software „Jalomed“ • Übertragung der Daten in die Software	• TN kann die Dokumentationsplattform anwenden	Lizenznummer vergeben IT-Vorstellung Tablets oder eigene Laptops (Unterzeichnen lassen zum Erhalt des Tablets)	Dokumentationsplattform-dienstleister
16:00-17:30 2 UE	Fallmanagement • Identifizierung von Versorgungsketten,-brüchen, Koordinationsnotwendigkeiten, • Qualifikations- und Kompetenzerfordernisse der beteiligten Akteure inkl. Patient/Angehörige	• beherrscht grundlegende Elemente des Fallmanagement • entwickelt eine reflektierende, selbstkritische Haltung zur eigenen Rolle im Fallmanagement		Pflegefachkraft

ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN - QUALIFIKATION
09:00-15:45 7 UE	Gesundheitswesen • Aufbau Gesundheitswesen und dessen Akteure (z.B. Sanitätsfachhandel, Orthopädieschuhmacher, KK, medizinischer Versorgungszentren) • Verschreiben von Medizinprodukten (verband- und Hilfsmittel) • HHvG • Abrechnung und Budgetierung (Praxisbesonderheiten), DRG's inklusive pflegerelevanter Nebendiagnosen • Abrechnungsmöglichkeiten in der ambulanten Pflege • Sprechstundenbedarfsverordnung • Aktuelle gesundheitspolitische Diskussion integrierte Versorgung • Entlassmanagement Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V und XI)	• erfassen unterschiedliche Aufgaben der Akteure bzw. Institutionen im Gesundheitswesen und deren Finanzierung und Verordnung von Medizinprodukten sowie Arzneimittel • können verschiedene Leistungsarten und die jeweilige Zugangsvoraussetzungen benennen. Sie können die Konsequenzen des Wirtschaftlichkeitsgebotes darstellen. • können anhand exemplarischer Fallbeispiele individuelle Versorgungsvorschläge der gesetzlichen Pflegeversicherung ableiten.	Lehrervortrag Formulare / Unterrichtsgespräch	Pflegefachkraft
15:45-16:30 1 UE	Struktur Fallmanagement	• TN kennt die Strukturen für das Fallmanagement		Pflegefachkraft

Verlaufsplan für 8 Ust. (a 45 Min.)		Tag 7	Modul III	Datum: XX.XX.XXXX Raum XY	
ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:		U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN - QUALIFIKATION
10:00-11:30 2 UE	Kurze Vorstellung ICW Patientenedukation: • Ziele/Bedarfsermittlung • Erfassen von Edukationsprozessen • Feedback (in Bezug auf gesundheitsbezogenes Selbstmanagement) • Motivation (intrinsische Motivation: Übertragung der Verantwortung an den Patienten) • Partnerschaftliche Entscheidungsfindung zwischen Betroffenen und Betreuerteam	• sind sich der Bedeutung der Edukation bew. • können den Bedarf ermitteln und berücksichtigen die individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten • verstehen, welche Situationen / Umstände sich motivationsfördernd und -hemmend auswirken • betrachten ihre Rolle in der Patientenbeziehung als partnerschaftlich und akzeptieren die Patientenautonomie • bewerten die Förderung der Patientenmotivation als grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit • identifiziert schwierige Edukationsprozesse		Unterrichtsgespräch	z. B. ICW Vorstandsmitglied Pflegefachkraft
11:45-13:15 2 UE	Patientenedukation: • Ziele/Bedarfsermittlung • Erfassen von Edukationsprozessen • Feedback (in Bezug auf gesundheitsbezogenes Selbstmanagement) • Motivation (intrinsische Motivation: Übertragung der Verantwortung an den Patienten) • Partnerschaftliche Entscheidungsfindung zwischen Betroffenen und Betreuerteam	• sind sich der Bedeutung der Edukation bewusst • können den Bedarf ermitteln und berücksichtigen die individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten • verstehen, welche Situationen / Umstände sich motivationsfördernd und -hemmend auswirken • betrachten ihre Rolle in der Patientenbeziehung als partnerschaftlich und akzeptieren die Patientenautonomie • bewerten die Förderung der Patientenmotivation als grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit • identifiziert schwierige Edukationsprozesse		Unterrichtsgespräch	
14:15-17:30 4 UE	• Patientenorientierte Fragen entwickeln bezogen auf die Krankheitsbilder UC/DFS/Dekubitus • Präsentation durch 2 FM ihrer Versorgungspatienten	• identifiziert schwierige Edukationsprozesse		Gruppenarbeit á 5-6 Personen – 2 Gruppen (KH-Bild bezogen UC und DFS) Unterrichtsgespräch	

ZEIT	INHALT	LERNZIELE / TEILNEHMER ...:	U.FORM/ BESONDERE HINWEISE	DOZENTEN - QUALIFIKATION
09:00-10:30 2 UE:	Häusliche Krankenpflege	- kennen die Unterschiede, die §§ und können diese anwenden - Abgrenzung rechtlicher Grenzen	Lehrervortrag, PowerPoint Präsentation, Unterrichtsgespräch	Mitarbeiter:in Krankenversicherung
10:45-12:15 2 UE	Fachliche Fragestellung Schwerpunkte der lokalen Wundtherapie - Exsudat- / Infektionsmanagement Wundtherapie: Kriterien der einzelnen Wundauflagen besprechen Vorstellung unterschiedlicher Wundstandard/Leitlinien, Empfehlungen - Wundzentrum Hamburg Standards - AWMF Eigen Erfahrungen /Selbstverständnis, eigene Erlebnisse, Umgangsart –stile, Kommunikation und Konfrontation mit Ärzten und anderen Akteuren, Erfahrungen mit Patienten und Angehörigen; Berichterstattung Erfahrungen im/aus dem Projekt - Erreichbarkeit - Probleme und Konflikte - Fragen Software - Unklarheiten besprechen	- optimieren die Wundversorgung durch fachkundige Handhabung der Materialien - wenden geeignete Maßnahmen zum Exsudatmanagement unter Beachtung der spezifischen Wundsituation an - kennen Kriterien der Wundauflagen und können diese anwenden - Schaffen von Verständnis und Akzeptanz	Wundauflagen – praktische Übungen Lehrervortrag, Unterrichtsgespräch	Pflegefachkraft
13:15-16:30 4 UE	AG-Fuß Vorstellung Standards und Algorithmen	- kennen die diagnostischen Verfahren - kennen die Prinzipien des Evidence Based Nursing - kennen unterschiedliche Standards/ Empfehlungen/Leitlinien und können diese anwenden		Diabetologe:in

C.3.3 Definition der Personengruppen – „Eignung und Qualifikation“¹⁴

Einrichtungen:

Arztpraxis: Hausarzt/allgemein hausärztliche Versorgung, Praktischer Arzt, Arzt für Allgemeinmedizin, Internist ohne Schwerpunkt, Kinder- und Jugendmediziner, Palliativmediziner:

- Behandlungserfahrung im Umgang mit Menschen mit chronischen Wunden unterschiedlicher Genese und/oder palliativen Wunden
- Basiswissen über Diagnostik und Behandlung entsprechend der medizinischen Leitlinien -> in Anlehnung an das Papier des Deutschen Wundrates¹⁵.
 - *Daraus Ableitung der Entscheidung, bis zu welchen Diagnostik- und Behandlungsschritten diese vom Arzt selbst durchgeführt werden, wann sie erforderlich sind und ab welchem Schritt weitere Fachdisziplinen hinzuzuziehen sind.*
- Behandlung:
 - *Beherrschen von verschiedenen Débridement-Techniken*
 - *Auswahl der adäquaten, medizinisch notwendigen Wundtherapie*
 - *Erkennen und sachgerechtes Behandeln von Wundinfektionen bzw. Fähigkeiten Entzündungszeichen und entsprechende Risiken zutreffend zu deuten*
 - *leitliniengerechte Kompressionsanwendung und -techniken einleiten und sachgerecht umsetzen*
 - *Fähigkeit Mangelernährung und Flüssigkeitsmangel zu erkennen und den Betroffenen entsprechend zu beraten*
 - *Kenntnis von schmerzminimierenden Strategien beim Verbandwechsel und Fähigkeit diese anzuwenden*
 - *Beherrschen von druckentlastenden Maßnahmen und Methoden beim diabetischen Fußulkus, z. B. Filzdistanzpolsterung*
 - *Hilfsmittelversorgung*
- MFA/Pflegefachkräfte
 - *Kompressionsanwendung und -techniken sach- und fachgerecht beherrschen*
 - *wünschenswert: Zusatzqualifikation Wundversorgung*
 - *nicht-ärztliche Praxisassistenz (NäPa) als Schnittstelle in der Versorgung sinnvoll*

Spezialisten in alphabetischer Reihenfolge, vorausgesetzt werden Erfahrung in der Behandlung von chronischen Wunden sowie Basiswissen über Diagnostik und Behandlung

- Allgemeinmediziner mit spezieller wundärztlicher Ausrichtung
- Angiologen
- Chirurgen/Fußchirurgen (DFS)
- Dermatologen

¹⁴ Deutscher Wundrat, „Expertenrat Strukturentwicklung Wundmanagement“, 2019, Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur für Menschen mit chronischen Wunden in Deutschland, <https://www.wundrat.de/downloads/>

¹⁵ Deutscher Wundrat, „Expertenrat Strukturentwicklung Wundmanagement“, 2019, Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur für Menschen mit chronischen Wunden in Deutschland, <https://www.wundrat.de/downloads/>

- Diabetologen
 - ✓ *DDG-Zusatzqualifikation Diabetisches Fußsyndrom (DFS) – als anerkannte Schwerpunktpraxis/Fußambulanz/Klinikabteilung, Anforderungsmerkmale der AG-Fuß der Deutschen Diabetologischen Gesellschaft*
 - ✓ *Teilnahme am Disease Management Programm „Diabetes“*
 - ✓ *Kenntnis der Grundlagen der Druckentlastung, des „Filzens“ und der Wundtherapie (sogenanntes „Filzen“ dient der Druckentlastung beim diabetischen Fußulkus)*
- Gefäßchirurgen
- Orthopäden/technische Orthopäden
- Palliativmediziner
- Phlebologen
- Plastische Chirurgen/Wiederherstellungschirurgen
- Schmerztherapeuten
- Eingebundenes Fachpersonal in den Einrichtungen (wünschenswert: Behandlungserfahrung von chronischen Wunden, Basiswissen über Prävention, Wund- und Kompressionstherapie)
- MFA
- Pflegefachkräfte
- Physician Assistants

Spezielle Einrichtungen und weitere Anlaufstellen

- **Ambulante Pflegeeinrichtungen (inkl. spezieller Palliativ-Pflege/SAPV)**
 - ✓ *Unter anderem Einsatz von qualifiziertem Pflegefachpersonal zur Wundversorgung, EDV zur Wunddokumentation, Qualitätsmanagement-System für Behandlung chronischer Wunden*
 - ✓ *Umsetzung und Einhaltung der DNQP-Expertenstandards bzw. zertifiziert, zum Beispiel nach Initiative chronische Wunden e.V. (ICW), Deutsche Gesellschaft für Wundversorgung e.V. (DGfW), der Akademie Kammerlander, Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Phlebologie (DGP) oder analoge Standards*
- **Pflegefachkräfte**
 - ✓ *Beherrschung von sach- und fachgerechter Kompressionstherapie*
 - ✓ *Beratungs- und edukative Kompetenz*
- **Pflegefachkräfte mit Zusatzqualifikation**
 - ✓ *zum Beispiel zertifiziert nach ICW, DGfW, Kammerlander, DDG oder analoge Standards*
 - ✓ *Beratungs- und edukative Kompetenz*
- **Stationäre Pflegeeinrichtungen**
 - ✓ *Unter anderem Einsatz von qualifiziertem Pflegefachpersonal zur Wundversorgung, EDV zur Wunddokumentation, Qualitätsmanagement-System für Behandlung chronischer Wunden*
- **Stationäre Hospize**
- **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)**
- **Einrichtungen der Eingliederungshilfe**

Bedarfsorientierte, ergänzende Professionen

- **Podologen**
 - ✓ *Spezielle Kenntnisse zur Prävention, Lokalthherapie, Druckentlastung und zu Risiken beim diabetischen Fuß*
- **Physiotherapeuten**
 - ✓ *Spezielle Kenntnisse zur Ödem-Therapie*
 - ✓ *Manuelle Lymphtherapie*
- **Ernährungsberatung**
 - ✓ *Schwerpunkt Diabetes*

- **Sonstige Leistungserbringer nach §126 SGB V**

Kenntnisse zur Anwendung und Anleitung für Produkte zur Wundversorgung und Zusatzschulungen für spezifische Hilfsmittel (Kompressionstherapie, Positionierung, Anti-Dekubitus-Matratzen/-systeme/Kissen, Gehhilfen, etc.)

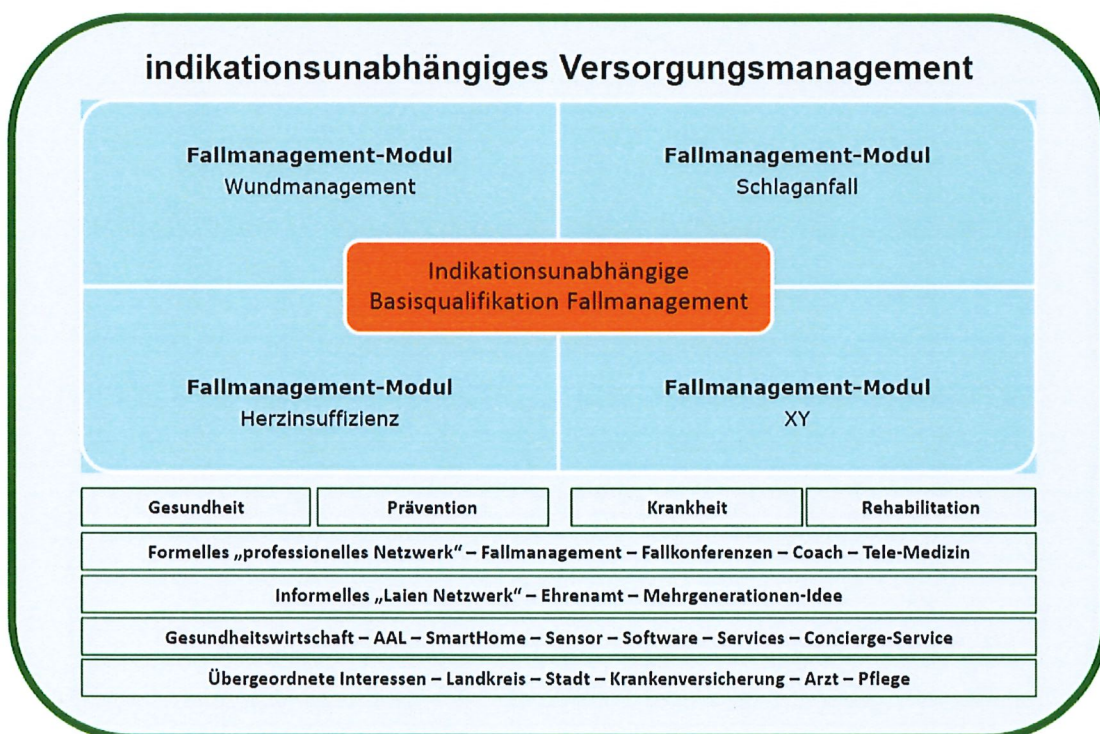
- **Orthopädische Fachgeschäfte**
- **Apotheken**
- **Homecare/Sanitätshaus**
- **Orthopädieschuhtechniker**
 - ✓ *DFS-ausgerichtet*
 - ✓ *Spezielle Schuhzurichtung wie Total Contact Cast (TCC), Orthesen, diabetische Vakuumstützsysteme*

C.3.4 Basis – Fallmanagement 2.0 für das regionale Versorgungsmanagement

Die Grundlage der langfristigen Überlegungen ist, dass der Aufbau eines Wundmanagements der Beginn einer Logik des **vollumfänglichen Versorgungsmanagement** in der Region sein kann. Will heißen: Wenn ich die ersten Netzwerkstrukturen über die Diskussion über das Wundmanagement führe, kann ich anschließend die so bereiteten Pfade ebenso mit anderen fachlichen Thematiken begehen und einfacher definieren.

Modul Wundmanagement

„Das Management der Organisation, der Planung und Durchführung mit Controlling und Evaluation der Prozesse im Gesundheitswesen, die mit dem Bürger durchgeführt werden. Also alle Versorgungsprozesse, in denen der Bürger beteiligt ist, dazu zählt z.B. auch die Primär- und Sekundärprävention.“



C.4 Kommunikation und digitale Dokumentation

C.4.1 Grundlagen der Kommunikation

- Für jegliche Art der Kommunikation gilt, dass die Vorschriften des DSGVO eingehalten werden. Siehe hierzu auch Seite 9 „B.3 Schweigepflicht, DSGVO; Datenschutz, Datengeheimnis, Einbeziehung bislang unbeteiligter Dritter“. Weiterführende Informationen unter <https://dejure.org/gesetze/DSGVO> (**QN No.: 3**).
- Der Fallmanager ist für den Patienten über eine von ihm festgelegte Telefonnummer erreichbar, die er ihm anhand einer Visitenkarte mitteilt. Ebenso hat der Fallmanager eine eigene Emailadresse für dieses Projekt. Hierüber können alle Beteiligten Informationen unter der Berücksichtigung der Vorschriften der DSGVO austauschen.
- Über eine Hotline-Nummer steht dem Fallmanager werktags von 8 bis 16h ein Mitarbeiter der Firma mamedicon GmbH für Fragen zur Verfügung.

- Auf einem gesicherten Cloudserver, namens ownCloud, findet der Fallmanager die sozialrechtlich relevanten Informationen für seine Patientenfälle (2023-01-31-01NVF01748 VeMaWuRLP Anlage 3 Screenshots OwnCloud).
- Geplant ist es, dass alle 2 Monate in den jeweiligen Sektionen Netzwerktreffen/Qualitätszirkel stattfinden. Fallmanager und Studieneinrichtungen nehmen daran teil sowie ein zuständiger Mitarbeiter der Firma mamedicon GmbH. Die Themen werden in der vorherigen Sitzung festgelegt und die Einladung aller Beteiligten erfolgt über den zuständigen Fallmanager. Dieser führt ebenso das Protokoll und sorgt für die reibungslose Informationsweitergabe.
- Des Weiteren finden regelmäßige Coaching Termine mit jedem Fallmanager einzeln statt. Fr. Butzen- Wagner wird zum einen die Patientensituation fachlich beurteilen und ggf. Anpassungen empfehlen, zum anderen kann der Fallmanager auftretende Probleme mit beteiligten Akteuren, seinem Zeitmanagement oder anderen Schwierigkeiten mit ihr besprechen. Die Gespräche werden in Jalomed® dokumentiert.

C.4.2 Aussagen zur VOVID-19 Situation

Aufgrund der gesetzlichen Covid-19-bedingten Kontaktbeschränkungen im sog. Lockdown 2020 und 2021 wurden die persönlichen Kontakte zwischen Teilnehmenden, Fallmanager:innen und Studieneinrichtungen untersagt. Da die Hauptarbeitgeber der Fallmanager:innen Gesundheitseinrichtungen waren, untersagten sie zum Schutz des eigenen Betriebes den Fallmanager:innen persönliche Kontakte zu den Teilnehmenden im Projekt.

Die Fallmanager:innen waren bemüht die Kontakte telefonisch oder per Videotelefonie durchzuführen. Die Teilnehmenden zeigten viel Verständnis und waren mit dieser Alternative unter den Lockdown-Bedingungen zufrieden.

Leider kam es für die Studieneinrichtungen zu Terminabsagen und -Verzögerungen bei der Realisation von Follow up-Untersuchungen T6 und T12. Diese konnten zum Teil nicht nachgeholt werden. Das wirkte sich auch negativ auf die Zahl der nutzbaren Datensätze aus.

Die Covid-19-Beschränkungen haben also sowohl die Gewinnung von Teilnehmenden, als auch die persönliche Erbringung von Fallmanagementleistungen als auch die Studiendatenerhebung massiv behindert. Die alternativen Kontaktmöglichkeiten ermöglichten zwar das Aufrechterhalten bereits bestehender Fallmanagement-Beziehungen, waren jedoch kein ausreichender Ersatz im Sinne einer persönlichen Inaugenscheinnahme und Datenerhebung. Trotzdem ist an dieser Stelle dem Engagement und der Bereitschaft der Fallmanager:innen zu danken, die in Eigen-verantwortung ihre zugewiesenen Teilnehmenden begleiteten.

C.4.3 Digitale Dokumentation – JalomedFlex® (Stefan Glau)

Erläuterung zu Grundlagen und Funktion des Jalomed-Systems (VeMaWu spezifisch):

Die IT gestützte Dokumentation erfolgt über die JalomedFLEX® Software. Neben digitalen Formularen zur systematischen Erfassung der Gesundheits- und Lebenssituation bietet das Programm auch ausreichend Möglichkeiten Ziele und Maßnahmen frei zu formulieren.

Die Daten können zur Informationsweiterleitung, Fallanalyse o.ä. in den unterschiedlichsten Berichtsformen ausgedruckt werden (2023-01-31-01NVF01748 VeMaWuRLP Anlage 2 Screenshots Jalomed).

Ebenso findet die Zeiterfassung des Fallmanagers über dieses Tool statt, die am Ende der festgelegten Zeiträume zum Tätigkeitsnachweis bei der Abrechnung dient.

Die Dokumentationsplattform ist in 9 Reiter aufgeteilt.

In der Gesamtübersicht finden sich alle Einträge aus allen Bereichen chronologisch sortiert. Jeder Eintrag kann in Berichtsform ausgegeben werden, um beispielsweise Informationen an den Hausarzt oder die betreuenden Pflegekräfte weiterzuleiten.

Im Reiter „FM- Zentrale“ können die Einträge bzgl. der Zeiterfassung gemacht werden. Hier wird neben dem Datum und der Uhrzeit auch die Dauer der Tätigkeit und das Modul abgefragt. Aus einem Auswahlfeld werden dann die Leistungen abgefragt und es ist möglich, aus Textbausteinen die erfüllten Aufgaben auszuwählen und/oder Freitext einzutragen.

Im Reiter „Gesamtbetrachtung des Patienten, Allgemeinstatus, -anamnese“ werden die Stammdaten sowie die medizinischen Daten erfasst:

- Stamm- und Verwaltungsdaten
- Konsile, Befundübersicht, Abstrichbefund
- Pflegerische Anamnesefragen
- Allgemeine Diagnostikfragen
- Ulcus Cruris, spezielle Diagnostik vom Arzt
- Diabetischer Fuß, spezielle Diagnostik vom Arzt
- Fallmanagement Ende

Im Reiter „Wunde“ erfolgt die Wundbeschreibung. Im ersten Schritt werden die Wundanamnese und die Klassifikation vorgenommen. Weiterführend soll alle vier Wochen oder bei Veränderungen eine Verlaufsdokumentation erfolgen. Hier wird außerdem die Fotodokumentation hinterlegt.

Im Reiter „WoundQol“ werden die Parameter des Freiburger Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität abgefragt.

Die technische Beschreibung der Dokumentationsplattform finden Sie in der Anlage (2023-01-31-01NVF01748 VeMaWuRLP Anlage 4 Technische Beschreibung Jalomed).

C.5 Der Mensch mit chronischen Wunden als Partner

Bei der Planung und späteren Realisierung der persönlichen Kompetenzen wirken Menschen mit chronischen Wunden als „Experten in eigener Sache“ an deren Auswahl und Umsetzung mit und beeinflussen als „Kooperationspartner“ den Erfolg der ausgewählten Maßnahmen. Gemeinsam mit dem zuständigen Fallmanager werden in der Maßnahmenplanung die persönlichen Bedürfnisse mit den möglichen Zielen sorgsam abgewogen und die persönlichen Maßnahmen und Bedarfe ermittelt.

Der Mensch mit chronischen Wunden hat Anspruch darauf,

- seine Bedürfnisse bezüglich benötigter Dienstleistungen zu äußern
- sich über das für ihn vorhandene Dienstleistungsangebot zu informieren
- das Dienstleistungsverhältnis auf der Grundlage seiner persönlichen Bedürfnisse zu gestalten
- in diesem Dienstleistungsverhältnis mit dem Leistungserbringer zusammen zu arbeiten
- die Leistungsprüfung aktiv wahrzunehmen
- zur Wahrnehmung seiner Aufgaben; Assistenz (durch Betreuer, Angehörige etc.) zu erhalten

Alle Aktivitäten sind an den Bedürfnissen des Patienten mit seiner Erkrankung auszurichten um eine Patientenzufriedenheit und höhere Lebensqualität (z.B. selbständige Lebensführung, Schmerzfreiheit, Selbstbestimmung, ...) zu erreichen.

Der Patient selbst gehört gleichsam somit auch zum sogenannten therapeutischen Team.

D – Skizze der Darstellung eines Idealverlaufs

Skizze der Darstellung eines Idealverlaufs der Begleitung (Start-, Routine-, Tertiärpräventions-Modul) und des Schulungsansatzes: Pflegerische Fallführung von Menschen mit chronischen Wunden

in Kooperation
mit dem Deutschen Wundrat e. V.
der Initiative Chronische Wunde e. V.
mit der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement e. V.

D.1 Verfolgte Ziele:

Qualitätsverbesserungen

Ergebnisqualität	Verbesserung der erlebten und nachgewiesenen Versorgungssituation der Menschen mit chronischen Wunden.
Ergebnisqualität	Aufbau eines Wundregisters für Deutschland bezogen auf chronischen Wunden.
Strukturqualität	Darstellung der Notwendigkeiten in puncto Personalqualifikation und Aufgabenzuordnung.
Strukturqualität	Sicherstellung einer lückenlos fachkompetenten und kontinuierlichen Wundversorgung; Vermeidung von steten Therapiewechseln und -abbrüchen. Bei Mangel an Ressourcen, z. B. Zeit, Personal, Wissen und Ausstattung, in der Regelversorgung ist das Hinzuziehen von Fachkompetenz aus dem Facharztsektor erforderlich.
Strukturqualität + Prozessqualität	Aufbau und Betrieb von Netzwerkstrukturen als Plattform für die Weiterentwicklung und Steigerung von Qualität und Outcome mit dem Ziel der Sicherstellung einer einheitlichen medizinischen Sicht auf die Wunde und Versorgungssituation des Patienten über alle Akteure hinweg (=one single point of wound patient knowledge).
Strukturqualität + Prozessqualität	Qualitative Verbesserung der Versorgung durch eine standardisierte zeitnahe, an Entitäten orientierte Diagnostik und eine, so denn möglich, standardisierte kausale leitliniengerechte Therapie.
Strukturqualität + Prozessqualität	Optimierung der Effektivität der Behandlung im Bereich der Abstimmung und Koordination von Versorgungsprozessen. Anschließende Bewertung von ökonomischen Gesichtspunkten und ggf. Anpassung von Prozessketten.
Strukturqualität + Prozessqualität	Beachtung einer bürgerorientierten, für den Betroffenen verständlichen Förderung des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements sowie der Gesundheitskompetenz. Dies inkludiert auch den großen Bereich der Edukation und des Coachings.

Anpassung der Vergütung/Wirtschaftlichkeitsprüfung

Vergütung des vertragsgebunden handelnden Haus- und Facharztes – direkte / indirekte Leistungen	- Vergütung der medizinfachlichen und ärztlichen Koordinationsleistung
	- Vergütung der Koordinationsleistung durch die MFA (NäPa mit zusätzlicher „Wundfachqualifikation“).
	- Vergütung der Teilnahme an Fallkonferenzen und Qualitätszirkelarbeit im Sinne der stetigen Qualitätssteigerung und Benchmark Aufbau
	- Dokumentationsleistungen in einem <u>Wundregister</u> bezogen auf chronische Wunden
	- Ausbleiben der Wirtschaftlichkeitsüberprüfung beim vertragsgebunden handelnden Haus- und Facharzt
	- Extrabudgetäre Vergütung der erbrachten Vertragsleistungen
Vergütung der Vertragsleistungen des ambulanten Pflegedienstes	- Vergütung der pflegfachlichen und patientenzentrierten Koordinationsleistung
	- Vergütung der Coaching- und Edukationsleistungen
	- Vergütung der Teilnahme an Fallkonferenzen und Qualitätszirkelarbeit im Sinne der stetigen Qualitätssteigerung und Benchmark Aufbau
	- Dokumentationsleistungen in einem <u>Wundregister</u> bezogen auf chronische Wunden
	- Wundverbände, Kompressionstherapie und weitere mit chronischen und schwer heilenden Wunden zusammenhängende Pflegeleistungen durch spezialisierte und qualifizierte Pflegefachkräfte

Regelungen und Überlegung in Bezug: ...

1. auf ein neues Versorgungsmodell: Spezialisierte ambulante Wundversorgung (SaWv)
2. auf die Versorgungssituation in der Regelversorgung
3. auf eine ablehnende Haltung des/der Patienten/in

D.2 Erstellung einer Modellidee und eines zugehörigen Leistungsablaufs

Grundsatzaussagen

Materialversorgung	- Trennung von wirtschaftlichen Leistungen (Materiallieferung auf Rezept) und effektiver Begleitungs-/Beratungsleistung
	- Belieferung auf Basis eines Rezeptes innerhalb des Systems unter ökonomischer Bewertung, Dokumentation und Rückmeldung
Wirtschaftlichkeitsprüfung Arzt	- Aussetzung der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die KV nach §106b SGB V für Verordnungen im Rahmen der SaWv
Fachkräfteeinsatz	- Notwendige, effektive „Wundpflege“ durch qualifizierten ambulanten Pflegedienst im Sinne der regulären Verträge (spezialisierte Leistungserbringung)
Kompensation des Fachkräftemangels	- Förderung und Ausbau der Patientenautonomie, Selbst- und Laienpflege

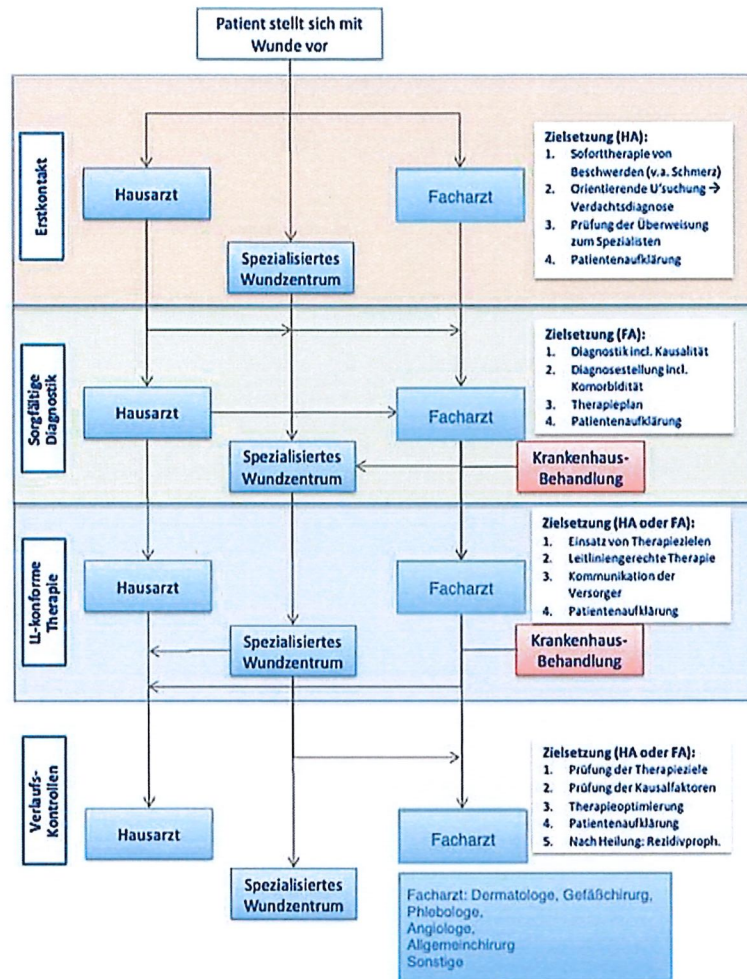
Qualitätsentwicklung	- Aufbau einer interdisziplinären, transsektoralen Qualitätszirkelarbeit für die Weiterentwicklung der zielorientierten koordinierten Versorgung im Sinne des Vertrages mit Prüf- und Entwicklungsaufgaben
Schulungen der Akteure	- Aufbau von Schulungsinhalten zu den Themen: ○ <i>Edukationsleistungen</i> ○ <i>Fallmanagementleistungen</i> ○ <i>Wundmanagement</i>
Netzwerkarbeit und Akzeptanzförderung	- Aufbau von Netzwerkstrukturen und Qualitätszirkelarbeit - Schulungsangebote für nicht beteiligte Ärzte/amb. Pflegedienste/QZ-Teilnahme und Netzwerkarbeit möglich

Skizze „Neues Versorgungsmodell: Spezialisierte ambulante Wundversorgung (SaWv)“

Modulleistungen - ARZT - in Anlehnung an das Papier des Deutschen Wundrates¹⁶

Start-Monat	- Kontaktaufnahme - Feststellung: der diagnostischen und therapeutischen Notwendigkeiten durch den Wund-Facharzt SaWv (<i>Auf dem Boden des Expertenrat-Papiers vom DWR: „Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur für Menschen mit chronischen Wunden in Deutschland“</i>)
Folge-Monate	- Regelmäßig geplante, standardisierte ärztliche Begleitung durch: Wund-Facharzt SaWv + Hausarzt

¹⁶ Deutscher Wundrat, „Expertenrat Strukturentwicklung Wundmanagement“, 2019, Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur für Menschen mit chronischen Wunden in Deutschland, <https://www.wundrat.de/downloads/>



Zielsetzung für eine optimierte Versorgung chronischer Wunden (Indikation Ulcus cruris)

Empfehlung - Diagnostik-Schritte in Anlehnung an das Papier des Deutschen Wundrates

Wunde/Ursache	DFU	DFU und/oder pAVK	Ulcus cruris venosum/mixtum	Exulcerierende Tumore/Palliative Wunden	Dekubitus
Initial- oder Verdachts-Diagnostik	Verdachts-Diagnostik, Diagnosethese zur Erstuntersuchung/Anamnese				
Basisdiagnostik	standardisierte Wundbeurteilung inkl. Infektion (zB. PEDIS-Klassifikation) kurativ, palliativ/nicht kurativ		ABCDE-Regel	kurativ und palliativ/nicht kurativ	EPUAP Schweregrad-einteilung
	PNP: Monofilamente, TIP Term, Silmmgabel				
	Palpation Fußpulse, RR-Fußpulse, ABI, (Mediasklerose), TBI		ABI, Duplex, Palpation Fußpulse, RR Fußpulse, FKDS, Doppler-Sonographie		klinische Inspektion: Taschenbildung? Knochenbeteiligung? Infektionsrisiko durch Lokalisation?
spezifische Diagnostik und Therapie	FKDS, MRA, CT-Angio Kontrastmittel oder CO2-Angio in PTA Bereitschaft		FKDS-Kompression, Valsalva, Licht-Reflexions-Rheographie, RR-Zehenpuls (Mediasklerose), TBI	Statuserhebung, Primärer Fokus Leidlinderung	Ursachenanalyse
	Röntgen nativ, MRT/CT, Abstrich, Biopsie, RR-Zehenpuls, Oszillografie				
Komorbidität, Erkrankung mit Wirk-Erkenntnis auf Outcome der Erkrankung	kardial nephrologisch depressiv, diabetogen, adlpös			lebensbegrenzende Erkrankungen (Tage, Wochen, Monate)	Bewegungseinschränkungen, Spastiken, Lähmungen, Sensibilitätsstörungen

Grundlagen: Ziele und therapeutische Maßnahmen für verschiedene Indikationen einschließlich der Behandlungsebenen und Kompetenzen in Anlehnung an das Papier des Deutschen Wundrates

Therapie	DFS	DFS und/oder pAVK	Ulcus cruris venosum	Dekubitus	Exulcerierende Tumore/Palliative Wunden	Welche Behandlungsebene wird in den Therapieschritt einbezogen?	Kompetenzen der Behandelnden
	A. Wundbezogene Ziele						
1.0 Kausale Therapie							
1.1 arterielles System	endovaskuläre und/oder operative Therapie				Therapiezielklärung ggf. endovaskuläre Therapie	Gefäßmediziner trifft Therapieentscheidung und -umsetzung	Ein in der Therapie und Diagnostik von Wunden erfahrener Arzt, in der Wundversorgung erfahrene nicht-ärztliche Fachkräfte (nachgewiesen über Fortbildungen und/oder Zertifizierungsmaßnahmen und Berufspraxis).
1.2 venöses System/ lymphatisches System	DFU-spezifische Kompressionstherapie		Kompressions- therapie endovaskuläre und/oder operative Therapie		Therapiezielklärung ggf. Kompressions- therapie	Arzt, Phlebologe, Lymphtherapeut, Orthopädietechniker/Apotheker (LEs nach §126), Pflegepersonal, Physiotherapeut, Sanitätsfachhandel, Gefäßmediziner, Dermatologe	
1.3 druckentlastende Therapie	angepasste Schuhversorgung Orthesen Bettruhe und Fußfreiheit			Bewegungsförderung, Druckentlastung	ggf. Druckentlastung	Diabetologe, Arzt, Lymphtherapeut, Orthopädietechnik-Schuhmacher / Apotheker (LEs nach §126), Pflegepersonal, Physiotherapeut	
1.4 Ernährung/ Stoffwechsel	Blutzucker einstellen Ernährungs- und Gewichtsoptimierung		Ernährungs- und Gewichts- optimierung, ggf. Blutzucker einstellen	Ernährungs- und Flüssigkeitsoptimierung, Gewichtsoptimierung, Stoffwechseladaptierung, ggf. Blutzucker einstellen	Therapiezielklärung	Diabetologe, Arzt, Lymphtherapeut, Orthopädietechnik/erApotheker (LEs nach §126), Pflegepersonal, Physiotherapeut, Ernährungsberater	

Therapie	DFS	DFS und/oder pAVK	Ulcus cruris venosum	Dekubitus	Exulcerierende Tumore / Palliative Wunden	Weiche Behandlungsebene wird in den Therapieschritt einbezogen?	Kompetenzen der Behandelnden
2.0 Lokale Therapie							
2.1 Debridement/ Wundsäuberung	individuell angepasst					Arzt, Pflege (je nach Verfahren)	Ein in der Therapie und Diagnostik von Wunden erfahrener Arzt, in der Wundversorgung erfahrene nicht-ärztliche Fachkräfte (nachgewiesen über Fortbildungen und/oder Zertifizierungsmaßnahmen und Berufspraxis).
2.2 Exsudatmanagement	angepasst an Quantität und spezifische Wundsituation Erhaltung und Schaffung eines physiologisch feuchten Wundmilieus durch Materialien, die überschüssiges Exsudat aufnehmen und binden					Arzt, Pflege, Lymphtherapeut (je nach Verfahren)	
2.3 Keimreduktion							
2.3.1 Keimreduktion bei vorliegender Infektion	lokale Antiseptika antimikrobielle Therapie In Ergänzung zu Maßnahme in 3.1.					Arzt, Pflege, MFAs	
2.3.2 Keimreduktion bei Kolonisation	keimbindende und reduzierende Therapie Wundspüllösung					Arzt, Pflege, MFAs	
2.4 Gewebeaufbau	Wundruhe/ seltener Verbandwechsel Unterstützung eines zellneubildenden Milieus mit Materialien, die ein reguliertes Feuchtigkeitsmanagement unterstützen. keimdichte, feuchthaltende Verbände					Arzt, Pflege, MFAs	
2.5 Epitelisierung	Verlängerung des Verband-Wechselintervalls Unterstützung eines zellneubildenden Milieus mit Materialien, die ein reguliertes Feuchtigkeitsmanagement unterstützen. Keimdichte Verbände, Schutz der neugebildeten Haut					Arzt, Pflege, MFAs	
3.0 Systemische Therapie							
3.1 Systemische Infektion	Systemische Antibiose (PEDIS-Klassifikation)		Systemische Antibiose	Systemische Antibiose	Systemische Antibiose	Arzt	Ein in der Therapie und Diagnostik von Wunden erfahrener Arzt, in der Wundversorgung erfahrene nicht-ärztliche Fachkräfte (nachgewiesen über Fortbildungen und/oder Zertifizierungsmaßnahmen und Berufspraxis).
3.2 rheologische Therapie	PG1 – Infusion gegebenenfalls low-dose Urokinase					Arzt	

Therapie	DFS	DFS und/oder pAVK	Ulcus cruris venosum	Dekubitus	Exulcerierende Tumore / Palliative Wunden	Welche Behandlungsebene wird in den Therapieschritt einbezogen?	Kompetenzen der Behandelnden
	B. Patientenbezogene Ziele						
Schmerztherapie	medikamentöse und schmerzvermeidende Maßnahmen					Arzt, Schmerztherapeut, Pflege, Physiotherapeut	Ein in der Therapie und Diagnostik von Wunden erfahrener Arzt, in der Wundversorgung erfahrene nicht-ärztliche Fachkräfte (nachgewiesen über Fortbildungen und/oder Zertifizierungsmaßnahmen und Berufspraxis).
Bewegungsförderung	aktive und passive Verfahren zur Bewegungsförderung Beseitigung hemmender Faktoren					Physiotherapeut, Pflege	
Soziale Teilhabe	Beseitigung sozial isolierender Faktoren: Exsudatreduktion, Geruchsbindung, Schmerzlinderung etc.					Pflege, MFAs	
Selbstmanagement	Patientenedukation Entscheidungskompetenz fördern Patientenadhärenz herstellen					Arzt, Pflege, MFAs	
Selbstständigkeit	Schulung und Anleitung zur Übernahme von Teilaufgaben im Rahmen der Versorgung					Arzt, Pflege, MFAs	

D.3 Pflegerische Fallführung von Menschen mit chronischen Wunden

Darstellung eines Idealverlaufs der Begleitung (Start-, Routine-, Tertiärpräventions-Modul)

Modulleistungen - PFLEGE -

Start-Modul	Monat 1 7,5h vor Ort 1h im Büro	- Kontaktaufnahme
		- Wundbezogenes Initial-Assessment
		- Ermittlung des Hilfebedarfs - o physisch: unabhängig, teilabhängig, abhängig - o mental: Adhärenz - o psychisch: Akzeptanz und Erleben
		- Ermittlung der Begleitungs- und Edukationsnotwendigkeiten (Basis-Assessment - Wund-Fachkraft SaWv)
		- Start des Patienten- und Angehörigen-Coachings und Edukation durch: Wund-Fachkraft SaWv [z. B. Pflegefachkraft; MFA (+NäPa +Wunde)]; qualifizierter amb. Pflegedienst, ohne Anbindung an Materiallieferung
		- Diverse weitere Leistungen gemäß Leistungskatalog
Routine-Modul in Abhängigkeit von der Selbstständigkeit des Patienten	Monate 2-6 Routine-Modul Baustein I <u>unabhängiger Patient</u> 1,0h pro Monat vor Ort 1,0h pro Monat im Büro	- Hauptaugenmerk: weitere Erhöhung der patientenbezogenen Gesundheitskompetenz und des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements
		- Niederschwelliges Angebot: Patienten- und Angehörigen-Coachings und Edukation durch: Wund-Fachkraft SaWv
		- Diverse weitere Leistungen gemäß Leistungskatalog
	Monate 2-6 Routine-Modul Baustein II <u>teilabhängiger Patient</u> 1,5h pro Monat vor Ort 1,0h pro Monat im Büro	- Hauptaugenmerk: Förderung und Ausbau der patientenbezogenen Gesundheitskompetenz und des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements
		- Vereinbarung von Teilzielen
		- Patienten- und Angehörigen-Coachings und Edukation durch: Wund-Fachkraft SaWv
Tertiärpräventives - Modul	Monat 7-12 1h pro Monat vor Ort 0,5h pro Monat im Büro	- Diverse weitere Leistungen gemäß Leistungskatalog
		- Hauptaugenmerk: Sicherung der Versorgungsprozesse und der Versorgungsziele
		- Vereinbarung von Teilzielen
		- Sicherstellung der Kommunikation mit dem therapeutischen Team
		- Patienten- und Angehörigen-Coachings und Edukation durch: Wund-Fachkraft SaWv
		- Diverse weitere Leistungen gemäß Leistungskatalog
		- Zielformulierung mit Patienten und betreuendem Arzt
		- Information/Abstimmung Patient/Angehörige/Pflegeperson zu geplanten Maßnahmen (z. B. Umfangtagebuch, Diabetes-Pass, Kompressionstherapie, Mobilisierung, Venensport, Gefäßsport, Ernährung), Planung gezielter Schulungen, zentrale Dokumentation
		- Einweisung Umfangtagebuch (ggf. selbständige Fortführung)/Positionierungs-Entlastungsprocedere
		- Erläuterung Kontrollmechanismen zu den vereinbarten Maßnahmen
		- Diverse weitere Leistungen gemäß Leistungskatalog

E – Edukation

E.1 Einleitung

Etwa jeder Zweite in Deutschland weist eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf. Den Menschen fällt es schwer, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und auf die eigene Lebenssituation anzuwenden. Ein Expertenkreis hat deshalb den vorliegenden Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz erarbeitet. Er benennt vier Handlungsfelder und formuliert dazu 15 konkrete Empfehlungen, um die Gesundheitskompetenz der Menschen in Deutschland gezielt zu fördern und zu stärken¹⁷.

Eine in 2019 veröffentlichte repräsentative Studie zeigt: Mehr als die Hälfte, nämlich über 54 Prozent, der Befragten weist eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf. Nur sieben Prozent verfügen über eine sehr gute, 38 Prozent über eine ausreichende Gesundheitskompetenz¹¹.



Die Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland steht vor den Problemen, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, richtig einzuordnen, zu bewerten und zu nutzen, um beispielsweise bei gesundheitlicher Beeinträchtigung die passende Hilfe ausfindig zu machen; es mangelt ihnen an ausreichender „Gesundheitskompetenz“¹¹.

Die mangelnde Gesundheitskompetenz stellt auch eine gesellschaftliche Herausforderung dar. Denn die Ursachen für eine geringe Gesundheitskompetenz sind nicht ausschließlich in fehlendem Wissen, mangelnder Motivation oder unzureichenden Fähigkeiten des Einzelnen zu suchen. Vielmehr wird Gesundheitskompetenz entscheidend dadurch geprägt, unter welchen gesellschaftlichen, lebensweltlichen und sozialen Bedingungen ein Mensch lebt und vor welche Anforderungen ihn seine Lebenssituation und sein Umfeld stellen. So kann zum Beispiel die Art und Weise, wie Ärzte oder Pflegende mit Patienten kommunizieren, die Aufnahme und Verarbeitung der vermittelten Gesundheitsinformationen enorm erschweren oder aber auch erleichtern.

¹⁷ Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz; <https://sd52d226e4403c15a.jimcontent.com/download/version/1671113837/module/7775446063/name/Nationaler%20Aktionsplan%20Gesundheitskompetenz.pdf> – entnommen am 14.01.2023

Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen und Aktivitäten, mit denen die Stärkung der Gesundheitsressourcen und –potenziale der Menschen erreicht werden soll. Sie beschreibt den Prozess der Befähigung von Menschen, ihre Kontrolle über Determinanten der Gesundheit zu erhöhen und somit dessen Gesundheit zu stärken. All dies kann durch gezielte, systematische evidenzbasierte Patienten- und Familienedukation gestärkt werden.

Patientenedukation ist ein Hauptbestandteil der praktischen Tätigkeiten aller im Gesundheitsdienst arbeitenden Menschen. Sie kann entweder direkt erfolgen im Gespräch mit dem Patienten während einer Pflegehandlung oder separat in speziellen Edukationsprogrammen wie Diabetikerberatung, Ernährungsberatung und Ähnlichem geschehen¹⁸.

Patienten mit chronischen Wunden müssen eine Fülle von Herausforderungen bewältigen: Zusammenhänge sollten verstanden werden, Kenntnisse über Behandlung, Beobachtung und Versorgung erlernt werden. Immer wieder ist festzustellen, dass Patienten, die schon etliche Jahre an chronischen Erkrankungen leiden, Therapieempfehlungen nicht akzeptieren oder Therapiealternativen nicht oder nur unzureichend bekannt sind. Patienten sind sich oftmals der Tragweite ihrer Entscheidung nicht bewusst. Für Pflegepersonen stellt sich hingegen die Frage, warum diese Patienten so wenig über ihre Erkrankung und deren Ursache wissen¹⁹.

E.2 Patientenedukation – Beratung, Schulung, Information in der Pflege

a. Begriffserläuterung / Definition

„Patientenedukation (Patienten- und Familienedukation) bezeichnet vielfältige gezielte psychologische und pädagogische Maßnahmen, die Patienten und Angehörigen bei der Krankheitsbewältigung helfen. Sie kann damit einen wichtigen Beitrag zum generellen Ziel der Pflege leisten, individuelle Selbstpflegefähigkeiten und Kompetenzen des Patienten zu stärken, um ihm damit seine bestmögliche Selbstkontrolle, Autonomie und Würde im Alltag zurückzugeben“²⁰

Das zugrundeliegende englische Wort „education“ ist weit gefasst, es meint Unterricht, Schulung, Bildung, etc. und darf nicht mit dem deutschen Wort „Erziehung“ in unserem Sinne gleichgesetzt werden²¹.

b. Problemstellung

Betroffene erhalten die Informationen nicht

Pflegefachkräfte sind nicht ausgebildet als professionelle Berater für chronisch kranke Menschen.

Patientenedukation durch die Pflege ist oft unsystematisch, unregelmäßig und schlecht organisiert.

¹⁸ Patientenedukation. Kurzlehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe, Barbara Klug Redman, Herausgeber: Huber, Bern; 2., vollständig überarbeitete Auflage; Edition 10. Juni 2009

¹⁹ Marcel Sailer, Patientenedukation als integraler Bestandteil des Wundmanagements!? In der: Wund Management 01/2014, MHP Verlag, 01/2014

²⁰ Susanne Schewior-Popp, Franz Sitzmann, Lothar Ullrich - Thiemes Pflege (große Ausgabe) - Das Lehrbuch für Pflegenden in der Ausbildung - 13. aktualisierte und erweiterte Auflage 2017

²¹ Menche, Nicole, Lehrbuch Pflege heute, Elsevier Verlag, 7. Auflage 2019, ISBN 10: 3437267787

Veränderungen medizinischer und therapeutischer Ansprüche

- Sinkende Verweildauer im stationären Bereich
- begrenzte Terminressourcen in Versorgungseinrichtungen
- Patientenschulung verlagert sich in den ambulanten Sektor
- Zunahme älterer, multimorbider Menschen
- Neue Techniken (z.B. Telemedizin)
- Evidenzbasierte Medizin
- Qualitätsmanagement
- Aufwändigere Dokumentation
- aufgeklärtere/wissensdurstiger Patienten und deren Angehörigen

Veränderungen im gesundheitspolitischen und ökonomischen Kontext

Herausforderung im Bereich Personal, Fachkräfte

Arbeitsmarkt (politische) Veränderungen

- Fachkräftemangel

Forderung nach

- Spezialisierung
- Wissensorientierungen (evidenz-basierte Medizin)
- Qualitätsmanagement
- Ökonomisierung der Abläufe

Forderungen des Personals

- Qualifizierung
- Arbeitsmarktmobilität
- Weiterbildung/Entwicklung

c. Neue gesetzliche Bestimmungen

Die ambulante medizinische und organisatorische Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden liegt bislang in der Verantwortung des behandelnden Hausarztes der betroffenen Versicherten. Neben der Therapiehoheit des Arztes liegt es in dessen Verantwortung notwendige diagnostische Maßnahmen für eine ursachengerechte Wundbehandlung oder notwendige operative Maßnahmen zur ambulanten oder stationären Versorgung der Wundsituation bzw. der relevanten Grunderkrankungen einzuleiten bzw. therapeutische Maßnahmen oder notwendige Behandlungspflege und zur Verbandmittelversorgung per Verordnung (Rezept) als Krankenkassenleistung zu verordnen. Die Komplexität der Versorgung von Menschen mit chronischen und schwer heilenden Wunden führt leider regelmäßig dazu, dass Versicherte von ihren Hausärzten nur bedingt mit notwendigen Leistungen und durch ein vom Hausarzt koordinierten Versorgungsteam versorgt wird. Unter der Voraussetzung einer sich verschlechternden Hausarztversorgung hat die Gesundheitspolitik entsprechende Maßnahmen eingeleitet.

Spezialisierte Wundpflegedienste

Nach der Neuregelung der HKP-Richtlinie (April 2021) und der im Oktober 2021 veröffentlichten und ab 01.01.2022 gültigen Rahmenvereinbarung zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden durch spezialisierte Leistungserbringer können sich ambulante Pflegedienste personell und strukturell auf diese neue Spezialisierungsform vorbereiten. Zum jetzigen Zeitpunkt sind noch keine daraufhin angepassten Vergütungsvereinbarungen zwischen den Pflegeverbänden und den Kassenverbänden veröffentlicht worden.

Die Rahmenvereinbarung sieht für den spezialisierten Pflegedienst eine fachliche Leitung vor, die mindestens vierwöchentlich eine Wundeinschätzung sowie eine Einschätzung der Versorgungssituation erfolgen. Zudem soll die fachliche Leitung die Kommunikation zu den an der Versorgung der Versicherten beteiligten Ärzten und Gesundheitseinrichtungen aufnehmen und entsprechende Maßnahmen anregen.

Wenn sich ambulante Pflegedienste, wie vom Gesetzgeber erwartet, der Umsetzung dieser Spezialisierung zuwenden, besteht die Hoffnung, dass die so vierwöchentlich erhobenen Einschätzungen der Versorgungssituation auch zu Maßnahmen zur Behebung von Defiziten führen. Ambulante Pflegedienste selbst sind aufgrund der aktuellen berufspolitischen Situation nur bedingt in der Lage diese Maßnahmen selbst zu initiieren oder als vergütete Pflegeleistung zu erbringen.

Modellvorhaben nach § 64d

Im Rahmen der 2021 im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) wurden im § 64d Modellvorhaben zur Substitution ärztlicher Leistungen als verpflichtend formuliert. In jedem Bundesland sollte ab 01.01.2023 ein solches Modellvorhaben zu den Themen Demenz, Diabetes mellitus Typ2 sowie chronische und schwer heilende Wunden durchgeführt werden. Ziel der Modellvorhaben ist es auf Grundlage einer speziellen Fortbildung von Pflegefachkräften substituierbare ärztliche Tätigkeiten zu definieren und zu untersuchen, wie diese zukünftig in der Regelversorgung durch entsprechend fortgebildete und berechnigte Pflegefachkräfte erfüllt werden können und die ambulante medizinische Versorgung trotz Ärztemangel sicherzustellen. Für die Versorgung von Menschen mit chronischen und schwer heilenden Wunden ergäbe sich somit die Möglichkeit, dass Pflegefachkräfte zukünftig eigenverantwortlich die notwendige Diagnostik, die Anpassung der Verbandmittelversorgung oder die Initiierung von Facharztterminen im Sinne einer notwendigen Patientenversorgung steuern.

Patientenlotsen

Im Koalitionsvertrag der Ampelregierung ist für die aktuelle Legislaturperiode die gesetzliche Schaffung von Lotsendiensten für relevante Patientengruppen geplant. Zum jetzigen Zeitpunkt liegen hierfür keine konkreten Gesetzesentwürfe vor. Es ist zu erwarten, dass die Gruppe der Menschen mit chronischen und schwer heilenden Wunden hier eine entsprechende Berücksichtigung findet.

d. Ziele der Edukation

Patientenedukation dient dazu, den Patienten zu ermöglichen, nach Möglichkeit sich selbst zu pflegen und ihre Eigenständigkeit, Entscheidungsfindung und Würde zu behalten.

Da jeder Mensch Teil eines Systems ist, richtet sich Patientenedukation auch an Familienmitglieder, betreuende Pflegepersonen, im weitesten Sinn an alle jene, die mit Pflege- und Gesundheitsfragen betraut sind ²².

Im Umgang mit der chronischen Wunde bedeutet dies, dass der Patient insoweit Kompetenz vermittelt bekommt, dass er mit seiner Wunde im Alltag gut zurechtkommt. Dazu gehören unter anderem das Wissen um das Applizieren des Wundverbandes sowie das Durchführen von eventuellen Begleitmaßnahmen. Die Information über die Entstehung der Wunde aber auch der Wundheilung ermöglicht dem Patienten im Fall von Komplikationen eine entsprechende Reaktion. Alle am Behandlungsprozess beteiligten Personen haben die Aufgabe, den Menschen auf die Anforderungen durch eine Wunde vorzubereiten, zu

²² Menche, Nicole, Lehrbuch Pflege heute, Elsevier Verlag, 7. Auflage 2019, ISBN 10: 3437267787

begleiten und zu unterstützen [vgl. Patientenedukation, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden]²³.

E.3 Formen der Edukation

Es gibt vier Formen der Patientenedukation, diese sind „Information“, „Beratung“, „Schulung“ und „Anleitung“.

Der Schwerpunkt jeder pflegerischen Patientenedukation liegt dabei im Vermitteln von Alltags- und Bewältigungskompetenz im Umgang mit der Erkrankung respektive der Wunde [vgl. Patientenedukation, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden]²⁴.

Die Bereiche Information, Beratung, Schulung sowie Anleitung ergänzen sich und gehen teilweise in einander über. Sie orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten des Betroffenen. Eine klare Zielvorgabe zu Beginn der edukativen Maßnahmen erleichtert allen Beteiligten das gemeinsame Vorgehen und ermöglicht im Nachhinein eine Beurteilung des Erfolgs. Die Edukation beginnt mit der Vermittlung von **Informationen**, durch ein persönliches Gespräch und ggf. unterstützende Broschüren, um das jeweilige Thema für den Betroffenen nachvollziehbar zu machen. Auf die vermittelten Informationen baut die **Beratung** auf, deren Schwerpunkt auf der individuellen Situation des Betroffenen liegt. Im Gegensatz zur **Schulung** enthält eine Beratung noch keine sach- oder problembezogene Handlungsanleitung. Die Schulung orientiert sich am Wissensdefizit des Betroffenen und erhöht seine Alltagskompetenz durch Wissen und Verstehen. Durch **Anleitung** vermittelt die Pflegefachkraft praktische Fertigkeiten, z. B. den sachgerechten hygienischen Umgang mit den Materialien sowie einen strukturierten Handlungsablauf.

In folgenden Phasen kann die Patientenedukation eingeteilt werden:

- Lernbedürfnisse ermitteln
- Ziele entwickeln
- planen und durchführen
- evaluieren
- dokumentieren

Pflegende Angehörige sollten stets in die Edukation mit einbezogen sein. Grundlage ist das Verständnis der Situation des Betroffenen. Die Schwerpunkte der Edukation ergeben sich aus den individuellen Gewichtungen des Betroffenen, seiner Auffassungsgabe und seinen Bedürfnissen. Nicht alle oben genannten Bereiche müssen Bestandteil jeder edukativen Maßnahmen sein. Im Vordergrund steht die Unterstützung des Patienten bei dem alltäglichen Umgang mit seiner Erkrankung. Ziel der Edukation ist, den Patienten zu einem gesundheitsbezogenen Selbstmanagement im Rahmen seiner Möglichkeiten zu befähigen [Kolumne: Gesundheitsbezogenes Selbstmanagement des Patienten, Kerstin Protz]²⁵.

²³ Panfil, Schröder, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Huber Verlag, ISBN 10: 3456851944

²⁴ Panfil, Schröder, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Huber Verlag, ISBN 10: 3456851944

²⁵ Protz, Kerstin, gesundheitsbezogenes Selbstmanagement des Patienten, Kolumne aus der Wundversorgung - <https://www.molnlycke.de/unsere-expertise/expertenwissen-moderne-wundversorgung/moeglichkeiten-der-patientenedukation-beim-verbandwechsel/> - entnommen am 14.01.2023

a. Information

Information gibt Wissen weiter, berücksichtigt aber nicht Beziehungs- und Lernaspekte sowie bisherige Erfahrungen. Im Pflegealltag bedeutet dies, dass die Gelegenheit zu Feedback, Fragen sowie zur Anknüpfung an persönliche Erfahrungen und Vorlieben gegeben werden muss. Erst der Dialog macht möglich, dass Patienten den Informationen Bedeutung verleihen können [vgl. Marcel Sailer, Patientenedukation, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, 2010]²⁶.

b. Beratung

Der Begriff Beratung bezeichnet in der Umgangssprache ein strukturiertes Gespräch oder eine korrespondierende Kommunikationsform aber auch eine praktische Anleitung, die das Ziel hat, ein Problem zu lösen oder Lösungswege zu finden. Im Rahmen von Pflege-situationen entstehen immer wieder Anlässe zu Beratungsgesprächen. Beratung sollte ein Angebot an den Patienten zur selbständigen Entscheidungsfindung und Reflexion der eigenen Empfindungen, Bedenken und inneren Widersprüche sein.

c. Schulung

Schulung ist ein zielorientiertes, strukturiertes und geplantes Vermitteln von Fähigkeiten und Fertigkeiten (Abt-Zegelin, 2003). Patientenschulungen haben einen klar definierten, oftmals komplexen Inhalt zu einem bestimmten Thema, der vermittelt werden soll. Das Ergebnis der Schulung muss evaluiert werden, um den Effekt und die Effizienz der Schulung zu kennen, hierin besteht der wesentliche Unterschied zur Information¹⁹.

Im praktischen Alltag hat sich dazu die Mikroschulung bewährt, weil damit der Patient kleine Sequenzen vermittelt werden und es damit nicht zu einer Überforderung kommen könnte.

d. Was ist eine Mikroschulung?

Mikroschulungen sind kleine Lerneinheiten für ein oder zwei Adressaten. Dabei werden bestimmte Pflegetätigkeiten oder kleine Wissensseinheiten vermittelt. Die Schulung wird maßgeschneidert gestaltet, je nach Ressourcen und Fragen der zu schulenden Person/en. Die Pflegefachkraft bespricht zunächst mit dem Patienten die relevanten Inhalte, demonstriert dann das Vorgehen. Danach führt der Patient die Handlung selbst durch. Abschließend werden Fragen geklärt, ggf. ein Wissenstest durchgeführt und der Patient gibt eine Rückmeldung zur Schulung (Evaluation)²⁷.

e. Anleitung

Unter Anleitung versteht man die strukturierte Vermittlung ergebnisorientierter Fertigkeiten. Anleitung ist in Zusammenhang mit einzelnen Vorgängen und umschriebenen Handlungsabläufen zu sehen¹⁹.

E.4 Aspekte der Rolle des Patienten

a. Gesundheitskompetenz

Mehr als die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland verfügt über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz [*siehe auch E.1 Grundlagen Edukation*]. Dies stellt das

²⁶ Panfil, Schröder, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Huber Verlag, ISBN 10: 3456851944

²⁷ Schewior-Popp, Susanne, Sitzmann, Franz, Ulrich, Lothar, Thiemes Pflege (große Ausgabe), Das Lehrbuch für Pflegenden in der Ausbildung - 13. aktualisierte und erweiterte Auflage 2017

Gesundheitssystem bei den aktuellen Entwicklungen vor eine besondere Herausforderung. Im Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz finden sich weitere Erläuterungen²⁸.

b. Die Rolle der Patienten

Seit geraumer Zeit ist die Rolle des Patienten im Netz des Gesundheitssystems einem tiefgreifenden Wandel unterzogen. Der passive Patient hat sich zunehmend zum informierten, selbständigen und mündigen Partner entwickelt²⁹. Veränderungen im Gesundheitsbewusstsein aber auch die massiven Entwicklungen im Bereich von Kommunikation und Information tragen wesentlich zu dieser Wandlung bei. Jede Gesundheitsstörung, vor allem chronische Erkrankungen, sind für den Betroffenen eine Herausforderung. Diese Herausforderung anzunehmen und einen Beitrag zur Besserung des Gesundheitszustandes beizutragen, ist Grundlage der Patientenedukation.

Patienten haben besser denn je Zugang zu Information über ihre Erkrankung, müssen aus dieser Vielfalt an Wissen die richtige Entscheidung treffen, medizinische und pflegerische Beratung spielen somit eine wesentliche Rolle. Ein weiterer Faktor ist die Zunahme an chronischen Erkrankungen. Patienten müssen eine Fülle von Veränderungen in ihren Alltag integrieren und damit leben lernen. Verkürzte klinikstationäre Aufenthalte und begrenzte Terminressourcen in Versorgungseinrichtungen verlangen von Patienten und ihren Angehörigen immer mehr Eigenständigkeit in Bezug auf ihre Erkrankung³⁰.

c. Diskussion: Compliance, Adhärenz

Eine pflegebezogene Patientenedukation setzt auf einen individuellen Empfänger, daher sollten Beratung und Schulung von einer bestimmten Pflegeperson erfolgen und den Patienten durch den Prozess der Edukation begleiten.

Für das Gelingen sind viele Aspekte von Wichtigkeit:

- Zeitpunkt
- Vorwissen des Patienten
- Manuelle bzw. kognitive Fähigkeiten
- Umfeld
- Verarbeitung der Erkrankung
- Interessen
- u.v.a.m.

Unterschiedliche Lernbereiche sind zu berücksichtigen, es geht sowohl um Gefühle – was empfindet der Patient beim Anblick seiner Wunde, aber auch um praktische Fähigkeiten wie beispielsweise das Anlegen der Unterschenkelbandage. Besonders wichtig ist es, die psychische Lage des Patienten zu berücksichtigen, davon ist jegliche Beratungstätigkeit abhängig. Optionales Wissen sollte dem Patienten vermittelt werden, damit er im Falle von Komplikationen eine für ihn günstige Wahl treffen kann. Dieses optionale Wissen ist besonders bei langwierigen chronischen Erkrankungen wichtig, damit das Behandlungs- bzw.

²⁸ Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz; <https://sd52d226e4403c15a.jimcontent.com/download/version/1671113837/module/7775446063/name/Nationaler%20Aktionsplan%20Gesundheitskompetenz.pdf> – entnommen am 14.01.2023

²⁹ Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz; <https://sd52d226e4403c15a.jimcontent.com/download/version/1671113837/module/7775446063/name/Nationaler%20Aktionsplan%20Gesundheitskompetenz.pdf> – entnommen am 14.01.2023

³⁰ Menche, Nicole, Lehrbuch Pflege heute, Elsevier Verlag, 7. Auflage 2019, ISBN 10: 3437267787

Therapiekonzept eingehalten werden kann, somit ersetzt die Adhärenz das veraltete und enge Verständnis der Compliance³¹.

d. Compliance

Das aus dem Englischen stammende Wort bedeutet übersetzt „Einverständnis, Einhalten, Willfährigkeit, Fügsamkeit“.

Der Begriff bezeichnet die Einhaltung der Therapievorgaben durch den Patienten und hat die veraltete Sichtweise, dass der ausschließlich der Patient für Therapieerfolg oder Therapieversagen verantwortlich ist. Therapieerfolg ist nur dann garantiert, wenn der Patient kritiklos und genau die Vorgaben einhält, individuelle Möglichkeiten oder Probleme werden außer Acht gelassen. Nach dem neuesten Stand der Pflegewissenschaft hat der Patient vor allem unter Beachtung der Möglichkeiten des Selbstmanagements in die Therapiegestaltung mit einbezogen zu werden. Der Begriff der Adhärenz gewinnt zunehmend an Bedeutung.

e. Adhärenz

Der Begriff Adhärenz definiert das Ausmaß, in welchem das Verhalten des Patienten mit den Vorgaben des Behandelnden übereinstimmt. Die Adhärenz -Therapie wurde in England besonders für den ambulanten Bereich entwickelt. Diese Therapie ist eine strukturierte Intervention, die im Rahmen von Behandlungseinheiten durch eine speziell geschulte Pflegeperson durchgeführt wird. Diese Therapie hat zum Ziel, dass der Patient aus eigener Kraft, aus seiner eigenen

Entscheidung heraus in der Lage ist, Behandlungsvorgaben langfristig umzusetzen. Interventionen wie diese setzen eine hohe pflegerische Fachlichkeit voraus und sind ein wichtiger Faktor für ein verantwortungsvolles und zukunftsfähiges Berufsprofil der Pflege. [vgl. Website Dachverband Adherence e.V., Gütersloh]³².

f. Patientenbezogene Aspekte

Betroffener und Pflegefachkraft sollten zunächst eine gemeinsame, vertrauensvolle Basis finden. Dabei ist vorab zu klären, in welchem Verhältnis Patient und Pflegefachkraft zueinanderstehen, ob der Patient offen, ängstlich oder verschlossen ist und ob die grundsätzliche „Chemie“ stimmt. Gegebenenfalls ist ein anderer Kollege aus dem Team mit der Versorgung zu beauftragen. Folgende Faktoren können eine Edukation erschweren:

- Desorientierung, Vergesslichkeit
- Körperliche Schwäche oder Behinderung
- Frustration, Depression
- Kulturelle Aspekte
- Schwerhörigkeit, sonstige Kommunikationsstörungen
- Fehlendes Sprachverständnis: fremde Sprache, sensorische Aphasie
- Negative Vorerfahrungen des Patienten und seiner Angehörigen

Patienten wünschen sich eine wertschätzende, vertrauensvolle und kompetente Kommunikation, die die Auswirkungen der Wunde auf ihren Alltag erfasst und entsprechende

³¹ Schieron, Martin, Büker, Christa, Zegelin, Angelika, Patientenedukation und Familienedukation in der Pflege, Praxishandbuch zur Information, Schulung und Beratung, Hogrefe Verlag, 1. Aufl. 2021, 336 Seiten ISBN: 9783456860411

³² Adhärenz – Bedeutung für die Pflege, Homepage Dachverband Adherence, <https://dachverband-adherence.de/adherence/bedeutung-fu%cc%88r-die-pflege/> - entnommen am 14.01.2023

Strategien mit einbezieht. Sie möchten nicht als dickköpfig, starrsinnig oder „non-compliant“ bzw. „non-adhären“ beurteilt werden. Patienten, die so erscheinen, sind ggf. nur ungenügend aufgeklärt und haben zudem ihre Vorerfahrungen gemacht. Auch sollten keine widersprüchlichen Aussagen vom Behandlungsteam kommen, da diese Unsicherheit erzeugen können.

g. Selbstmanagement

Der Grundgedanke des Selbstmanagements ist es das Leben ohne Einflüsse von außen selbst zu steuern und zu gestalten. Es soll dazu beitragen, Erkrankte in ihrer Autonomie zu bestärken und ihr Wissen und ihre Kompetenz zu fördern. Die Bewältigung von Aufgaben und Problemen wird als eine definierte Abfolge von Aktivitäten gesehen, die in einem bestimmten Zusammenhang stehen. Information und Kommunikation sind dabei das Kernelement in diesem Ablauf.

h. Strukturelemente der Selbstpflegekompetenz

Für die Festlegung der Ziele einer Patientenedukation ist vor allen Dingen das konzeptionelle Element der Selbstpflegetätigkeit als Teilbereich der Selbstpflegekompetenz sehr hilfreich. Die Selbstpflegetätigkeit teilt sich dabei in drei untergeordnete Tätigkeitsbereiche auf, welche insgesamt zur Ausführung der Handlungen benötigt werden:

i. Einschätzende Tätigkeiten

- Welches Hintergrundwissen benötigt der Patient, um die Situation einschätzen, bewerten und regulieren zu können (differenziertes Krankheits- und Behandlungswissen)?
 - Welche Ursache- Wirkung Zusammenhänge müssen verstanden werden?
 - Welche Risiken und möglichen Folgeerkrankungen bestehen durch die Erkrankung?
 - Welche Möglichkeiten der weiteren poststationären Versorgung gibt es?
 - Welche alternativen Vorgehensweisen stehen zur Verfügung?
- Welche Vorerfahrungen sind bereits vorhanden?
 - Liegt eine chronische Verlaufsform vor? Welche Kompetenzen besitzt der Patient bereits zur Regulierung seiner Problematik?
 - Hatte der Patient aufgrund dieser Erkrankung bereits mehrere Klinikaufenthalte?
 - Über welches Wissen, welche Informationen verfügt der Patient bereits? Gab es in der Vergangenheit widersprüchliche Empfehlungen?

j. Transitive Fähigkeiten

- Welche Entscheidungen muss der Patient hinsichtlich seiner Selbstpflegehandlungen treffen?
 - Welche Informationen helfen ihm, seine Situation zu reflektieren, um den Hilfebedarf realistisch einzuschätzen?
 - Wie kann ein Kontext zwischen der Erkrankung und seiner persönlichen Situation hergestellt werden?
 - Welche Hilfestellungen benötigt er zur Bewältigung von Alltagsbelastungen?
- Welches System benötigt ein Patient, damit er eigenverantwortlich agieren und sich notwendige Informationen selbst bei den entsprechenden Berufsgruppen besorgen kann?

k. Produktive Tätigkeiten

- Welche Hilfestellungen benötigt der Patient, um die notwendigen Selbstpflegehandlungen eigenverantwortlich durchführen zu können?
 - Welche Vorbereitungen muss er dazu treffen?
 - Welche Kriterien benötigt er, um den Erfolg seiner Handlungen zu überwachen und zu überprüfen (hinsichtlich Art, Frequenz, Dauer der Anwendung)?

- Wie kann er die Handlungen bei ausbleibendem Erfolg selbstständig korrigieren?
- Welche Fertigkeiten muss er zur Regulierung seiner Erkrankung erlernen (z.B. bedienen von med. Geräten, Autoinjektion von Medikamenten...)

Die oben genannten Fragen stellen ein hohes Maß an kognitiven und produktiven Anforderungen an die Patienten und deren Angehörigen dar³³.

E.5 Die Rolle der Angehörigen

Ca. 5 Millionen Menschen³⁴ sind als pflegebedürftig anerkannt (Ende 2021) – sehr viel mehr Hilfsbedürftige erhalten Unterstützung durch Angehörige. Die Zahl der Pflegebedürftigen ist zwischen 1999 und 2013 um 30 Prozent gestiegen. Fast drei Viertel der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt. Nicht alle Unterstützungsbedürftigen beziehen Leistungen aus der Pflegeversicherung. Schätzungen gehen von insgesamt 4 bis 5 Millionen Personen aus, die informelle Unterstützung und Pflege erhalten.

Es gibt zwischen 3 und 5 Millionen private Pflegepersonen. Die Pflege von Angehörigen verteilt sich oft auf mehrere Schultern, die Hauptlast tragen meist weibliche Familienmitglieder³⁵.

Pflegende Angehörige sind der größte „Pflege- und Betreuungsdienst“ und stellen somit ein unschätzbares Potenzial dar. Für pflegende Angehörige gibt es zu wenig Angebote in Form von Beratung und Unterstützung, notwendige Verbesserungsvorschläge von Seiten der pflegenden Angehörigen waren hier mehr Information über pflegerische und medizinische Angelegenheiten.

Es ist von großer Wichtigkeit, pflegende Angehörige von Beginn der Behandlung an mit Information und Beratung zu unterstützen. Primäres Ziel im Umgang mit der chronischen Wunde sollte sein, dass die betreuende Person den Patienten umfassend pflegen kann und über entsprechendes Wissen verfügt. Insbesondere Kenntnisse über die Wundreinigung, das Anlegen des Wundverbandes, Kompressionstherapie oder auch spezielle Maßnahmen wie Lagerungstechniken müssen vermittelt werden. Hier können Pflegepersonen mit ihrem professionellen Wissen den Angehörigen zur Seite stehen. Im internationalen Vergleich nimmt Angehörigen- und Patientenedukation noch eher eine vergleichsweise unwichtige Rolle ein. In Ländern wie beispielsweise den USA oder Großbritannien hat Edukation einen weitaus höheren Stellenwert. Angehörigenedukation mehr in die Pflege zu integrieren, ist eine Herausforderung für alle in der Pflege tätigen [vgl. Gudrun Adler, Das Patienteninformationszentrum - Pflegebezogene Patienten-Angehörigenedukation, 2012]³⁶

³³ Panfil, Schröder, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Huber Verlag, ISBN 10: 3456851944

³⁴ Anzahl der Pflegebedürftige, 2022, DESTATIS, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html, entnommen am 14.01.2023

³⁵ Nowossadeck, S., Engstler, H., & Klaus, D. (2016). Pflege und Unterstützung durch Angehörige. Report Altersdaten 1/2016. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen

³⁶ Adler, Gudrun, Das Patienteninformationszentrum – Pflegebezogene Patienten- und Angehörigenedukation, in Pflege im Wandel gestalten, Eine Führungsaufgabe (pp.223-230), Springer Verlag, 2012

E.6 Die Rolle des Informierenden / Anleitenden / Schulenden / Moderierenden

Die Aufgabe der Pflegefachkraft im Rahmen der Edukation ist, den Patienten zu ermöglichen, erlernte Inhalte in seine Alltagshandlungen zu integrieren. Hierfür werden folgende Voraussetzungen benötigt:

- Soziale, fachliche, kommunikative und pädagogische Kompetenzen
- Methodenkenntnisse und aktuelles Fachwissen
- Befähigung zur Beratung bei Produkt- und Hilfsmittelauswahl und deren Nutzung
- Verständliche Vermittlung von Informationen: Fremdworte vermeiden, Anschauungsmaterial verwenden
- Berücksichtigung von Lerntyp, Lernform und angepasster Gebrauch von Begrifflichkeiten
- Schaffen adäquater Rahmenbedingungen: ruhige, entspannte Atmosphäre, Stressfaktoren ausschalten
- Probleme frühzeitig erkennen, definieren und einschätzen
- Fähigkeit der Ressourcennutzung
- Tragfähige Beziehungen zu professionellen Akteuren aufbauen und aufrechterhalten
- Eigene Handlungen planen und zielkonform einsetzen

E.7 Leistung wird transparent

Pflegefachpersonen sind als Berufsgruppe mehr denn je gefordert, Information, Beratung, und Schulung von Patienten durchzuführen. Im pflegerischen Alltag von Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten ist die Pflegefachkraft jene Berufsgruppe, die am besten geeignet ist, diese Aufgabe zu übernehmen. Pflegefachkräfte haben den häufigsten Patientenkontakt und sie sind es, die den Patienten am besten kennen. Patienten haben gegenüber Pflegefachkräfte weniger Scheu, Probleme anzusprechen oder nachzufragen, wenn etwas nicht verstanden wurde.

Somit ist die Beziehung zwischen Patienten und Pflegepersonal aber auch Angehörigen ein wichtiger Faktor, damit Patientenedukation gelingen kann. Besonders in Hinsicht auf die Versorgung chronischer Wunden gibt es eine Fülle von Ansätzen in Bezug auf Information, Beratung und Schulung, etliche Fragen ergeben sich für den Patienten:

- Was ist die Ursache meiner Wunde?
- Was bedeutet die Therapie für mich im Alltag?
- Wie und womit wird die Wunde verbunden?
- Wie ist die Versorgung zu Hause nach dem stationären Aufenthalt?
- Wer verordnet den Verbandstoff etc. weiter?
- Wie bandagiert man?

Dies ist nur ein kleiner Teil jener Fragen, die sich im Alltag ergeben. Das Aufzeigen dieser und anderer Fragen macht Leistungen der Pflege im Bereich der Edukation transparent und unterstreicht die Wichtigkeit derselben³⁷.

³⁷ Angelika Abt-Zegelin, Die Sprachen der Pflege: interdisziplinäre Beiträge aus Pflegewissenschaft, Medizin, Linguistik und Philosophie, Schlütersche, Hannover 2006, ISBN-10: 3899931688

E.8 Methodisches Vorgehen – Der Patientenedukationsprozess

Die Wirksamkeit von Maßnahmen im Rahmen der Patientenedukation kann auf unterschiedliche Art überprüft werden:

- Der geschulte Patient oder Angehörige erklärt eine gelernte pflegebezogene Tätigkeit einer anderen ihm bekannten Person, z. B. der Ehefrau oder einem guten Freund (etwa das Anziehen von Kompressionsstrümpfen u.v.m.).
- Der Patient macht eine gelernte pflegebezogene Tätigkeit vor, z.B. das Wechseln des Wundverbandes
- Es kann ein spielerischer Lerntest mit dem Patienten durchgeführt werden, z. B. ein Wissensquiz.

Dabei sollten folgende Schritte in der Kommunikation mit dem Patienten eingehalten werden:

- Es sollte ein fürsorglicher Ton der Stimme und eine fürsorgliche Haltung verwendet werden
- Es sollte komfortable Körpersprache und Blickkontakt gezeigt werden
- es sollte Klartext verwendet werden
- Der Patient sollte mit seinen eigenen Worten zurückerklären
- Es sollte eine offene Frage verwendet werden
- Fragen, die mit einem einfachen Ja oder Nein beantwortet werden können, sollten vermieden werden
- Es sollte betont werden, dass die Verantwortung bei dem Patienten liegt
- Ist der Patient nicht in der Lage das Gelernte zu wiederholen, sollten die Inhalte erneut erklärt werden und es sollte eine erneute Überprüfung erfolgen
- Es sollten lesefreundliche Print-Materialien zum Lesen und Lernen verwendet werden

a. Abschluss der Edukation

Die Maßnahmen sind entsprechend der vorhandenen Ressourcen mit dem Patienten besprochen. Optimalerweise ist das Vertrauen des Patienten in seine Fähigkeiten zu einer zweckmäßigen Umsetzung der Pflege und Therapie gestärkt, Vertrauen entsprechend aufgebaut und somit ein Gefühl von Machtlosigkeit und Hilflosigkeit verhindert. Am Ende sind noch eventuelle Fragen zu klären und das weitere Vorgehen, d. h. bei Bedarf weitere Termine oder auch Lernziele zu vereinbaren. Zudem wird der Patient gebeten, in der Zwischenzeit bis zum Folgetermin, spezielle Beobachtungen oder mögliche Fragen aufzuschreiben.

Die Pflegefachkraft evaluiert im Anschluss unter nachfolgenden Aspekten ihr eigenes Verhalten und leitet daraus weiterführende Erkenntnisse sowie Strategien ab:

- Was habe ich dem Patienten erläutert, was kann er beim nächsten Mal ggf. noch lernen?
- Worauf sollte wiederholt eingegangen werden?
- Besteht ein empathischer Zugang?
- Sind Menge und Inhalte ausgewogen (Unter-/Überforderung)?

Partner die die Patientenedukation unterstützen sollten:

- Ärztliche Dienste
- Physiotherapie
- Sozialdienst
- Seelsorge
- Ergotherapie
- Podologen
- uvm.

Die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen hat einen hohen ökonomischen Nutzen. Sie können unterstützend tätig werden in der Entwicklung von strukturierten Informations- und Anschauungsmaterialien, von Schulungsprogrammen und Gestaltung der Fortbildungsangeboten. Das all dient unter den oben genannten positiven Effekten auch zur Anerkennung der Edukation als pflegerischen Auftrag, d.h. das Fachwissen und Kompetenzen der Pflegefachkraft werden von außen stärker wahrgenommen.

Schritt 1 - Lernbedürfnisse, Lernstil und Lernbereitschaft ermitteln

Schritt 2 - Ziele entwickeln

Schritt 3 - Planen und durchführen

Schritt 4 - Evaluieren

Schritt 5 - Dokumentieren

E.9 Zusammenfassung

E – Präventionsansätze

Die Rezidivprophylaxe erfolgt im tertiärpräventiven Modul (Nachsorgemodul). Nach erfolgreichem Wundverschluss müssen bestimmte prophylaktische Maßnahmen fortgesetzt werden um eine erneute Läsion der Haut zu vermeiden. Hierzu berät der Versorgungsmanager den Patienten in definierten Abständen und kontrolliert die Einhaltung vereinbarter Maßnahmen.

Das tertiärpräventive Modul beginnt nach dem vollständigen Durchlaufen des Start- und Routinemoduls nach 6 Monaten oder mit dem Wundverschluss. Es dauert 25 Wochen und beinhaltet 4 Hausbesuche und 3 Kontaktaufnahmen per Telefon.

Die festgelegten Ziele und Maßnahmen werden hierbei regelmäßig überprüft und ggf. angepasst. Der Fallmanager ist darüber hinaus weiterhin Ansprechpartner für den Betroffenen und kann von ihm kontaktiert werden.

F – Operatives Vorgehen

Nach der Randomisierung erfolgt die Information der mamedicon GmbH durch das faxen des Teilnahmedatenblattes von der Studieneinrichtung (*siehe Anlagenspiegel der Hochschule*).

Wenn es sich um einen Patienten mit Fallmanagement handelt wird anhand der Postleitzahlen-Zuordnung geprüft, welcher Fallmanager den Patienten übernehmen kann. Dieser wird telefonisch angefragt und erhält eine Beauftragungsmail, die er innerhalb von 48 Stunden schriftlich bestätigen muss. Das Formular „Beauftragung FM-Schweigepflicht-Info“ (2023-01-31-01NVF01748_VeMaWuRLP_Anlage_5_Beauftragung_FM) wird zusammen mit dem Teilnahmedatenblatt personalisiert auf der OwnCloud im entsprechenden Ordner des Fallmanagers abgelegt. Der Fallmanager wird innerhalb von 7 Tagen aktiv.

Assessment

Der Begriff „Assessment“ steht hier für ein ganzheitliches und systematisches Verfahren zur Ermittlung und Berücksichtigung aller für die Hilfebedarfsfeststellung entscheidenden Informationen. Im Teilschritt Assessment beginnt der Fallmanager mit der Ermittlung, Prüfung und Bewertung aller für die Leistungsgewährung relevanten Informationen.

Die individuelle Bedarfsermittlung mündet in einen Gesamtplan. Der Begriff „Bedarf“ ist nicht gesetzlich definiert. Die Begriffe Bedarf und Bedürfnis werden häufig synonym verwendet, obwohl das Bedürfnis einen subjektiven Mangel beschreibt, während der Bedarf eine beschaffungsbezogene, objektivierte Konkretisierung des Bedürfnisses darstellt. Die Bedarfsermittlung beschreibt ein prozesshaftes Verfahren zur Erhebung welche Unterstützungsleistungen ein Mensch mit seiner Erkrankung in seiner jeweiligen Lebenssituation unter Berücksichtigung seiner individuellen Teilhabeziele braucht und in Anspruch nehmen will.

Der Bedarf wird auf Grund von Diagnosen und Pflegemodellen ermittelt.

Hilfe- und Gesamtplanung muss sich auf die Mobilisierung der Ressourcen des Menschen mit seiner Erkrankung fokussieren und nicht an seinen Defiziten orientieren. Dies bedeutet, dass sie zum Ziel haben muss, eigene Ressourcen des Menschen und/oder seines sozialen Umfelds wahrzunehmen und nach Möglichkeit in die Hilfestaltung einzubeziehen.³⁸

Dazu ist es notwendig gemeinsam mit dem Patienten und seinen Angehörigen Ziele zu vereinbaren die in den Gesamtplan mit einfließen. Ziele beschreiben eine Veränderung, die der Patient erreichen will, etwa eine erwünschte Verbesserung seiner Lebensumstände, die Stabilisierung eines vorhandenen Zustandes oder das Verlangsamen einer Verschlechterung.

Ziele sollen positiv formuliert werden. Der Fallmanager hat die Aufgabe, Hilfen/Ziele/Maßnahmen auf diese auszurichten. Er muss sich gleichzeitig bewusst darüber sein, dass die Zielerreichung wesentlich von den persönlichen Möglichkeiten und der Bereitschaft zur Mitwirkung seitens des Patienten bestimmt ist.

Die Formulierung angestrebter Ziele ist das wesentliche Element für die Planung individuell benötigter Maßnahmen. Mitunter können hierbei der Patient, der Angehörige, der behandelnde Arzt oder der Fallmanager unterschiedliche Interessen verfolgen.

Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, dass alle Beteiligten strukturiert und konstruktiv an der Zielbildung mitwirken. Zur Unterstützung empfiehlt sich diesbezüglich ein personenbezogenes Vorgehen analog der nachfolgend dargestellten Zielpyramide.

Die Darstellung beschreibt beispielhaft an einem möglichen Einzelfall wie die Ziele von der obersten Zielebene (strategische Ziele) zu den messbaren operativen Unterzielen entwickelt werden können. Sie ist personenzentriert aufgebaut und wird auf der Ebene der operativen Unterziele individuell ausgestaltet.

Für den Fallmanager basiert die Entwicklung der individuellen Ziele auf dem Abgleich der gewonnenen Ergebnisse aus dem Assessment und folgenden Fragen:

- Was soll in Zukunft anders sein?
- Wie soll etwas in Zukunft gestaltet werden?
- Welche Aushandlungsmöglichkeiten bestehen?
- Sind die angestrebten Ziele für alle beteiligten Akteure transparent?
- Sind die Rahmenbedingungen festgelegt und erläutert?
- Lässt sich die Zielerreichung messen und darstellen?

³⁸ Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., Eigenverlag, 2009

So gelangt der Fallmanager mit Hilfe der Zielpyramide zur Entwicklung der auf den Patienten individuell ausgerichteten Ziele. Die Formulierung von Unterzielen hat eine große praktische Bedeutung. Im Gegensatz zu den Oberzielen (strategische Ziele) sind Unterziele operational.

Ziele sind dann wirksam aufgestellt, wenn sie folgenden fünf Kriterien (SMART) entsprechen.

S	Spezifisch (konkret, klar, präzise)
M	Messbar (anhand von festgelegten Kriterien überprüfbar)
A	Attraktiv (akzeptabel, motivierend, anspruchsvoll)
R	Realistisch (widerspruchsfrei, erreichbar)
T	Termingebunden (zeitlich eingegrenzt)

Die durchdachte Auswahl und sorgfältige Formulierung der operationalen Ziele hat auch deshalb einen sehr hohen Stellenwert, weil sie Bestandteil der Absprachen mit dem Patienten die Grundlage für die Feststellung der Zielerreichung nach Ablauf der einzelnen Module 1-3 sind.

Wichtig ist hierbei auch, deutlich Ziele von Maßnahmen zu unterscheiden. Die Zielabstimmung ist Aufgabe des Fallmanagers. Die geplanten Ziele und entsprechenden Maßnahmen sind zwischen den Beteiligten abzustimmen.

Der Unterschied verdeutlicht sich am besten in folgender Formulierung: Der Patient will erreichen „SMARTES Ziel“, mit Hilfe „folgender Maßnahme“.

Beispiel: Herr S. will innerhalb der nächsten 2 Monate erreichen, sein Beinödem um die Hälfte zu reduzieren (Ziel). Um dieses zu erreichen, lernt er die Anwendung der Muskelpumpe und die Wichtigkeit des Tragens der Kompressionsstrümpfe (Physiologie des venösen Rückflusses).

Ein für den Fallmanager hilfreiches und unterstützendes Instrument bei der Zielbildung ist die Jalomed®-Software um die Ziele zu dokumentieren.

Neben der Erfassung standardisierter Ziele, sieht die IT- gestützte Dokumentation die Möglichkeit vor, Kurzzeitziele frei zu formulieren. Diese dienen insbesondere der Evaluierung der Maßnahmen innerhalb des Studienzeitraumes.

Nachfolgend werden als Anregung beispielhaft mögliche Zielfelder benannt, für die, auf den einzelnen Menschen mit seiner Erkrankung zugeschnitten, operative Förderziele entwickelt und konkret formuliert werden könnten:

- Gestaltung einer an der Normalität orientierten Alltagssituation
- Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden (Bedürfnisse, Neigungen, Lebensstil, persönliche Identität, usw.)
- Selbstbestimmung und Entwicklung einer persönlichen Lebensperspektive
- Erhalt und Erweiterung persönlicher Handlungskompetenzen und Eigenständigkeit in der Alltagsbewältigung
- Ermöglichung von selbständigeren Lebensformen
- Erhalt und Erweiterung der Kommunikationsfähigkeit
- Soziale Integration
- Teilnahme am gemeinschaftlichen Leben und an sozialen Beziehungen, Freizeitgestaltung
- sinnvolle Gestaltung des Tages- und Wochenablaufs
- Kontakte zu Angehörigen, sonstigen Bezugspersonen und sozialem Umfeld
- Wahrnehmung einer angemessenen Tätigkeit
- Entwicklung einer beruflichen Perspektive
- Vermeidung von Isolation
- Umgang mit den eigenen Emotionen
- bewusster Umgang mit krankheitsbedingten Beeinträchtigungen
- Krankheitseinsicht und -verarbeitung

Die Zielplanung wird abschließend, da wo notwendig, mit dem behandelnden Arzt abgestimmt.

Bedarf- und Leistungsbestimmung

Nachdem der Patient seine Bedürfnisse und Wünsche dem Fallmanager mitgeteilt hat, klärt dieser den sich daraus ableitenden, individuellen Hilfebedarf und stimmt ihn mit dem Betroffenen und ggf. dem Arzt ab.

Im Abstimmungsprozess legt der Fallmanager unter Einbeziehung des Patienten den tatsächlichen Bedarf fest. An dieser Stelle reflektiert der Fallmanager noch einmal seine aus dem Assessment gewonnenen Annahmen bezüglich des Hilfebedarfes und die angestrebten Ziele. Bei Unstimmigkeiten muss der Fallmanager eine Anpassung der Ziele vornehmen.

Evaluation

- Die Verlaufskontrolle (Einhaltung bzw. Anpassung des Gesamtplans) obliegt dem Fallmanager. Wünschenswert ist es, dass alle Beteiligten sich bei Änderungen des Bedarfes gegenseitig zeitnah informieren um die vereinbarten Ziele entsprechend abzustimmen und anzupassen.
- Die im Rahmen der Evaluation (Module) durchgeführten Arbeitsschritte zielen auf eine Fortschreibung der Gesamtplanung ab.
- Die im Gesamtplan festgelegten Ziele, Zielerreichungsgrade, Maßnahmendauer und überprüfbaren Indikatoren sind die Arbeitsgrundlage für die Bewertung der vorangegangenen Maßnahmen und weitere Bearbeitung und Planung. Damit erhält der Gesamtplan an dieser Stelle eine wesentliche Funktion für den Evaluationsprozess.
- Im Rahmen der Prüfung und Auswertung des vorangegangenen Studienzeitraumes wird festgestellt, ob und in welchem Umfang die im Gesamtplan vereinbarten Ziele mit Hilfe der eingesetzten Leistungen und Maßnahmen erreicht wurden.
- Die Überprüfung der Ziele orientiert sich an den erarbeiteten und im Gesamtplan festgelegten operativen (konkreten und messbaren) Zielen. Sie findet in einem gemeinsamen Gespräch zwischen dem Patienten und dem Fallmanager statt. Ein gewachsenes Vertrauensverhältnis erleichtert die gemeinsame Abstimmung, die zunächst einmal so weit wie möglich unbeeinflusst durch andere Beteiligte erfolgen sollte. Die Bedürfnisse des Menschen mit seiner Erkrankung sollen hierbei hohe Beachtung finden.
- In gemeinsamen Fallkonferenzen findet eine Zielüberprüfung der Studienpatienten statt.
- Bei der Überprüfung der Ziele geht es ausdrücklich nicht um die Feststellung, ob oder warum hier ein „Versagen“ im Zusammenhang mit der ursprünglichen Zielsetzung vorliegt. Der Patient darf durch die Überprüfung der Zielerreichung nicht entmutigt werden. Es geht hier vielmehr um die Identifizierung von Chancen, den eingeschlagenen Weg unter realisierbaren Erwägungen zu überdenken und gemeinsam mit den Kooperationspartnern neu zu gestalten sowie verabredete Ziele anzupassen. Die Evaluation übernimmt damit eine korrigierende Funktion mit dem Ziel, ein geplantes Verfahren zu überprüfen, neue Erkenntnisse zu berücksichtigen und somit das individuelle Maßnahmen zu verbessern. Der Gesamtplan kann hierfür ein wirksames Instrument sein.

Anschließend werden die Ziele für den weiteren Planungszeitraum neu festgelegt und die Leistungen neu ausgerichtet. Wenn möglich sollten sich die „neu“ formulierten konkreten Ziele innerhalb der einzelnen Leistungsgruppen an denen aus dem vorangegangenen Leistungszeitraum orientieren, sie ggf. fortentwickeln, damit die erreichten Veränderungen bei der Einzelperson durch einen direkten Vergleich deutlich werden.

Netzwerk

Ein funktionierendes Netzwerk und Kenntnisse über Netzwerkarbeit sind Grundvoraussetzungen für das Fallmanagement.

Ein zentraler Ansatz für die Gesamtplanung im Fallmanagement ist, dass der Fallmanager nicht nur die möglichen zur Verfügung stehenden professionellen Hilfen für den Patienten allein in den Vordergrund stellt, sondern das Netzwerk einer Vielzahl von Helfern, insbesondere der Person des Vertrauens, Familie, Freunde, Nachbarschaft, soziale Dienste etc. betrachtet und koordiniert. So stellt der Fallmanager über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg einen Versorgungszusammenhang her. Das Erkennen, Nutzen und der Ausbau der Netzwerke sind Aufgaben des Fallmanagements.

Anlagen

1) Anlagenverzeichnis – kumuliert geführt unter 2023-01-31-01NVF01748_VeMaWuRLP_Anlagen_Spiegel

Anlage 2: 2023-01-31-01NVF01748_VeMaWuRLP_Anlage_2_Screenshots_Jalomed

Anlage 3: 2023-01-31-01NVF01748_VeMaWuRLP_Anlage_3_Screenshots_OwnCloud

Anlage 4: 2023-01-31-01NVF01748_VeMaWuRLP_Anlage_4_Techn._Beschreibung_Jalomed

Anlage 5: 2023-01-31-01NVF01748_VeMaWuRLP_Anlage_5_Beauftragung_FM

2) Literaturverzeichnis

Adler, Gudrun, Das Patienteninformationszentrum – Pflegebezogene Patienten- und Angehörigenedukation, in Pflege im Wandel gestalten, Eine Führungsaufgabe (pp.223-230), Springer Verlag – 2012

Angelika Abt-Zegelin, Die Sprachen der Pflege: interdisziplinäre Beiträge aus Pflegewissenschaft, Medizin, Linguistik und Philosophie, Schlütersche, Hannover 2006, ISBN-10: 3899931688

AWMF online - Portal der wissenschaftlichen Medizin - <https://www.awmf.org/leitlinien>

BMV-Ä, Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder in hausärztlichen Praxen, vom 17. März 2009 in der Fassung vom 6. Januar 2022, https://www.kbv.de/media/sp/08_Delegation.pdf

Deutscher Wundrat, „Expertenrat Strukturentwicklung Wundmanagement“, 2019, Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur für Menschen mit chronischen Wunden in Deutschland, <https://www.wundrat.de/downloads/>

Hochschule Osnabrück - DNQP - <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/>

Initiative Chronische Wunden e. V. – Standards/Definitionen - <https://www.icwunden.de/wundwissen/standardsdefinitionen/>

KBV, Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013 Stand: 1. Januar 2015; abgerufen am 14.01.2019 unter:
https://www.kbv.de/media/sp/24_Delegation.pdf

Leenerts, Mary Hobbs, Cynthia S. Teel, and Mary K. Pendleton. "Building a model of self-care for health promotion in aging." *Journal of Nursing Scholarship* 34.4 (2002): 355-361.

Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz;
<https://sd52d226e4403c15a.jimcontent.com/download/version/1671113837/module/7775446063/name/Nationaler%20Aktionsplan%20Gesundheitskompetenz.pdf> – entnommen am 14.01.2023

Menche, Nicole, Lehrbuch Pflege heute, Elsevier Verlag, 7. Auflage 2019, ISBN 10: 3437267787

Neuffer, Manfred: Case Management Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien, Buch 264 Seiten ISBN:978-3-7799-1962-9 Erschienen: 04.03.2013

Nowossadeck, S., Engstler, H., & Klaus, D. (2016), Pflege und Unterstützung durch Angehörige, Report Altersdaten 1/2016. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen

Panfil, Schröder, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Huber Verlag, ISBN 10: 3456851944

Protz, Kerstin, gesundheitsbezogenen Selbstmanagement des Patienten, Kolumne aus der Wundversorgung - <https://www.molnlycke.de/unsere-expertise/expertenwissen-moderne-wundversorgung/moglichkeiten-der-patientenedukation-beim-verbandwechsel/>

Sailer, Marcel, Patientenedukation als integraler Bestandteil des Wundmanagements!? In der Wund Management 01/2014, MHP Verlag, 01/2014

Schieron, Martin, Büker, Christa, Zegelin, Angelika, Patientenedukation und Familienedukation in der Pflege, Praxishandbuch zur Information, Schulung und Beratung, Hogrefe Verlag, 1. Aufl. 2021, 336 Seiten ISBN: 9783456860411,

Schmid, Elmar; Weatherly John N.; Meyer-Lutterloh, Klaus; Seiler, Reiner; Lägél, Ralph: Patientencoaching, Gesundheitscoaching, Casemanagement - Methoden im Gesundheitsmanagement von morgen 1. Auflage, MWV Berlin, 2008 ISBN 978-3-939069-29-4

Wundzentrum Hamburg e. V., Erarbeitete Standards, <https://www.wundzentrum-hamburg.de/standards/>