

Ethik & Moral im Wundmanagement (in der Klinik & in der ambulanten Versorgung)

Autor: Gerhard Kammerlander, CEO-Akademie-ZWM®/MBA/akad. BO/DGKP/ZWM®

1 Zusammenfassung

Chronische Wunden belasten Betroffene über lange Zeit mit Schmerzen, Geruch, Scham und sozialer Isolation – und verursachen gleichzeitig hohe Kosten. Weil die Finanzierungssysteme in Deutschland, Österreich und der Schweiz vor allem kurze Behandlungen belohnen, geraten gerade diese Langzeitpatienten leicht ins Hintertreffen, was Pflegende und Ärzte in Gewissenskonflikte bringt.



Gerhard Kammerlander

Der Artikel verdeutlicht, wie Ethik (z. B. Patientenwürde, Lebensqualität, Gerechtigkeit) und Ökonomie besser zusammengebracht werden können – etwa durch klares Qualitäts- und Risikomanagement, Ethikberatung im Wundzentrum, gute Teamkommunikation und Fortbildungen, in denen Ethik fester Bestandteil der Wundmanagement-Weiterbildung ist. So entsteht ein Wundmanagement, das sowohl das Patientenwohl als auch eine tragfähige Finanzierung im Blick hat.

2 Einleitung

Zwischen Menschenwürde und Marktlogik: Chronische Wunden im Spannungsfeld von Ethik und Ökonomie

Chronische Wunden gehören zu den häufigsten, kostenintensivsten und gleichzeitig am stärksten unterschätzten Erkrankungsbildern in modernen Gesundheitssystemen. Sie betreffen Menschen über Monate, manchmal über Jahre — sie riechen, schmerzen, schränken die Mobilität ein und isolieren Betroffene sozial. Und dennoch sind sie im öffentlichen Gesundheitsdiskurs weitgehend unsichtbar. Während Herzinfarkt, Krebs oder Schlaganfall breite gesellschaftliche Aufmerksamkeit erhalten, führen chronische Wunden ein Schattendasein — obwohl ihre Auswirkungen auf Lebensqualität und Versorgungssystem erheblich sind.

2.1 Das Ausmaß des Problems

In Deutschland waren im Jahr 2021 schätzungsweise eine Million Menschen ab 40 Jahren zumindest zeitweise wegen einer chronischen Wunde in ärztlicher Behandlung — was einer administrativen Jahresprävalenz von 2,1% in dieser Altersgruppe entspricht. Die Versorgungskosten belaufen sich auf durchschnittlich 2.900 Euro pro Patient und Jahr, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung ergibt das jährliche Kosten von rund 2,9 Milliarden Euro allein im deutschen Gesundheitssystem. Berücksichtigt man weitere, schwerer erfassbare Kostentreiber wie indirekte Behandlungskosten, Arbeitsunfähigkeit und pflegerische Aufwände im häuslichen Bereich, werden Gesamtkosten von bis zu 8 bis 8,1 Milliarden Euro geschätzt. (1)

Die Prävalenz chronischer Wunden steigt mit dem Lebensalter exponentiell an: Bei 70- bis 80-Jährigen liegt sie bei 2,9%, bei über 90-Jährigen bereits bei 11%. Angesichts der demografischen Entwicklung in der DACH-Region — einer zunehmend alternden Bevölkerung mit wachsender Komorbidität aus Diabetes mellitus, peripherer arterieller Verschlusskrankheit und Herzinsuffizienz — ist eine weiter steigende Versorgungslast zu erwarten. Aktuelle Hochrechnungen für Deutschland gehen davon aus, dass bis 2050 rund 1,38 Millionen Menschen von einer chronischen Wunde betroffen sein werden — ein Anstieg von etwa 300.000 im Vergleich zu 2021. (2) (3)

In Österreich leiden schätzungsweise 250.000 Menschen an chronischen Wunden; allein beim Ulcus cruris beläuft sich der direkte Kostenaufwand auf 1.500 bis 2.000 Euro pro Patient und Jahr. Verlässliche, wissenschaftlich valide Prävalenzdaten auf Bundesebene fehlen in Österreich jedoch bis heute — eine Versorgungslücke, die evidenzbasierte Planung erheblich erschwert. In der Schweiz zeigt das Projekt NursingDRG, dass pflegeintensive Wundversorgung bis zu 56% der Gesamtkosten in bestimmten DRG-Gruppen ausmacht — ein Beleg für den unverhältnismäßig hohen Ressourceneinsatz bei dieser Patientengruppe. (4) (5)

Chronische Wunden in der DACH-Region: Prävalenz, Kosten und demografischer Wandel

Datenbasis: Deutschland 2021, Schätzungen für Österreich und Schweiz (NursingDRG)

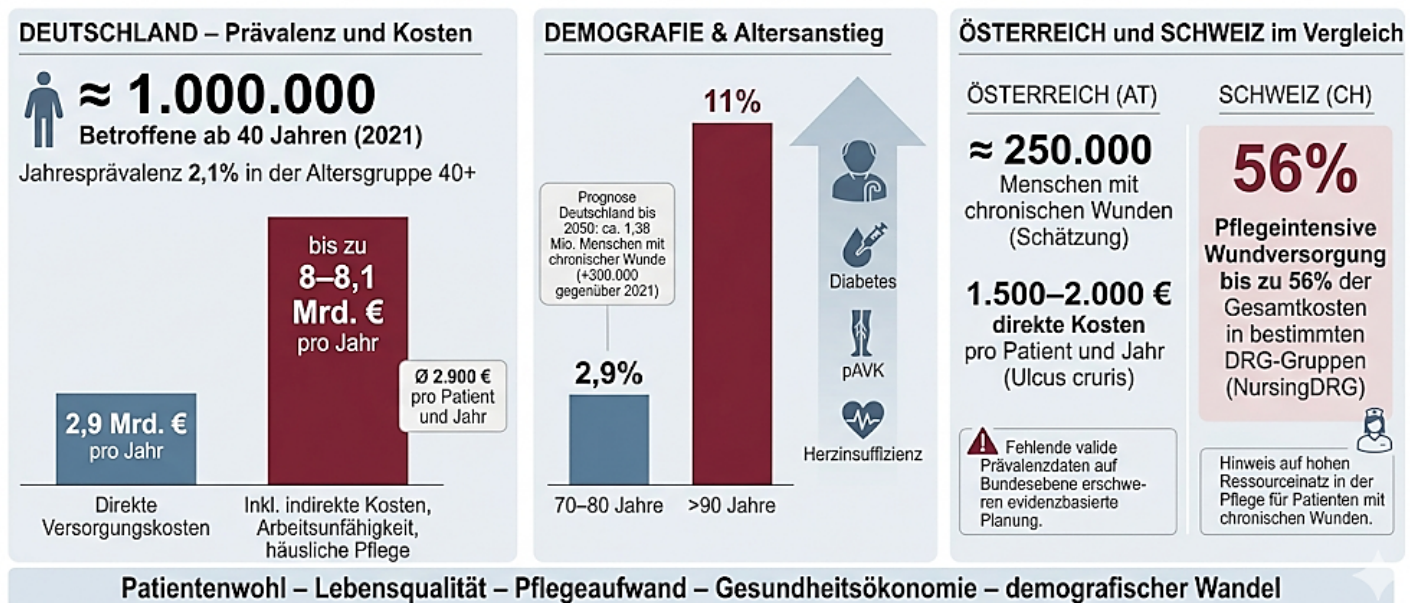


Abbildung 1: Epidemiologie & Kostenlast chronischer Wunden © G.Kammerlander&KI

2.2 Das strukturelle Dilemma

Chronische Wunden sind, per Definition, Langzeitfälle. Ihre Behandlung ist zeitintensiv, materialaufwändig und erfordert kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit. Genau diese Charakteristika stehen im fundamentalen Widerspruch zu den Finanzierungslogiken moderner Gesundheitssysteme:

- Das deutsche G-DRG-System,
- das österreichische LKF-System und
- das Schweizer SwissDRG-Modell

vergüten primär nach Diagnosegruppen und Behandlungsepisoden — nicht nach individuellem Pflegeaufwand und Therapiedauer. Wer lange braucht, kostet mehr — wird aber nicht mehr vergütet. (7) (8)

Die Folge ist ein strukturelles Missverhältnis:

Einrichtungen, die chronische Wundpatienten sorgfältig, leitliniengerecht und patientenzentriert versorgen, geraten wirtschaftlich unter Druck. Die mediane Behandlungsdauer einer chronischen Wunde beträgt 130 Tage — bei 14% der Patienten dauert die Behandlung länger als ein Jahr. In einem System, das auf kurze Liegezeiten und hohen Fallumschlag optimiert ist, wird der Wundpatient unweigerlich zum Kostenfaktor.

2.3 Das ethische Kernproblem

An dieser Schnittstelle entsteht das ethische Dilemma, dem sich Pflegekräfte, Wundtherapeuten und Ärzte im täglichen Versorgungsalltag gegenübersehen: Wie kann man dem Patienten als Mensch gerecht werden — mit seinen Schmerzen, seiner Würde, seinen Therapiezielen — wenn das System ökonomische Effizienz belohnt und Sorgfalt bestraft?

Dies ist keine abstrakte philosophische Frage. Sie manifestiert sich täglich in konkreten Entscheidungssituationen:

- Welches Wundprodukt wird gewählt — das beste oder das günstigste?
- Wie lange dauert der Verbandwechsel — so lange wie nötig oder so kurz wie möglich?
- Wann wird ein Patient entlassen — wenn er versorgt ist oder wenn seine DRG-Pauschale aufgebraucht ist?
- Und wer trägt die Verantwortung, wenn diese Entscheidungen auf Kosten der Versorgungsqualität gehen?

Hinzu kommt die psychische Belastung des Fachpersonals. Der aus der angloamerikanischen Pflegewissenschaft stammende Begriff „Moral Distress“ beschreibt den Zustand, in dem Pflegenden und Ärzte wissen, was ethisch richtig wäre, aber durch institutionelle, wirtschaftliche oder strukturelle Rahmenbedingungen daran gehindert werden, entsprechend zu handeln. Moral Distress ist im Wundmanagement keine seltene Ausnahme — er ist strukturell vorprogrammiert, solange Versorgungsqualität und Vergütungslogik auseinanderfallen.

2.4 Ziel dieses Beitrags

Der vorliegende Beitrag nähert sich diesem Spannungsfeld aus drei Perspektiven:

- der ethisch-theoretischen Grundlage,
- der systemischen Analyse der Gesundheitsversorgung in der DACH-Region und
- der praktischen Konsequenz für den Versorgungsalltag im ambulanten und stationären Wundzentrum.

Ziel ist es nicht, den Widerspruch zwischen Ethik und Ökonomie rhetorisch aufzulösen. Vielmehr sollen konkrete, praxisnahe Handlungsempfehlungen entwickelt werden, die es Einrichtungen und

Fachkräften ermöglichen, im bestehenden System ethisch reflektiert zu handeln — und die strukturellen Rahmenbedingungen langfristig zu verbessern. Dazu gehören Instrumente des Qualitäts- und Risikomanagements ebenso wie die Forderung nach einer systematischen curricularen Verankerung von Berufsethik in der Fachweiterbildung zum Wundmanagement.

Denn letztlich ist die chronische Wunde nicht nur ein medizinisches und pflegerisches Problem. Sie ist ein Spiegel des gesellschaftlichen Umgangs mit Verletzlichkeit, Alter und der Frage, was uns ein Menschenleben wert ist.

3 Grundlagen: Ethik und Moral im Gesundheitswesen

3.1 Ethik und Moral — zwei Begriffe, ein Unterschied

Im allgemeinen Sprachgebrauch werden „Ethik“ und „Moral“ häufig synonym verwendet. Für den wissenschaftlichen Diskurs — und für die praktische Anwendung im Versorgungsalltag — ist eine klare Unterscheidung jedoch unerlässlich.

Moral bezeichnet das tatsächlich gelebte Wertesystem einer Person oder einer Gemeinschaft:

die konkreten Überzeugungen davon, was richtig und falsch ist, was getan oder unterlassen werden soll. Moral ist das, was wir im Alltag tun — oder nicht tun — weil wir es für das Richtige halten. Sie ist kulturell und sozial geprägt, oft intuitiv und selten explizit begründet.

Ethik hingegen ist die philosophische Reflexion über Moral:

die systematische, kritische Auseinandersetzung mit moralischen Normen, Werten und Handlungsprinzipien. Ethik fragt nicht nur „Was tun wir?“, sondern „Warum ist es richtig, so zu handeln, und wie begründen wir das?“ Sie ist damit das Werkzeug, mit dem wir moralische Überzeugungen überprüfen, hinterfragen und im Konfliktfall abwägen.

Für den klinischen Alltag bedeutet das:

Wenn eine Pflegekraft intuitiv spürt, dass die frühe Entlassung eines Wundpatienten „nicht richtig“ ist, handelt sie aus einer moralischen Überzeugung heraus. Wenn sie diese Überzeugung begründet, mit Kollegen diskutiert und strukturiert in eine Entscheidung überführt, betreibt sie angewandte Ethik.

Beides ist wichtig — und beides ergänzt sich.

3.2 Ethiktheorien im Überblick — was zählt im Gesundheitswesen?

Die Geschichte der Ethik kennt drei große Theorietraditionen, die auch im Gesundheitswesen eine Rolle spielen:

"Pflichtethik" (Deontologie, Kant):

Eine Handlung ist moralisch richtig, wenn sie einer allgemein gültigen Pflicht entspricht — unabhängig von den Folgen. Der kategorische Imperativ lautet: Handle nur nach denjenigen Maximen, nach denen

du gleichzeitig wollen kannst, dass sie allgemeines Gesetz werden. Im Versorgungsalltag bedeutet das: Die Würde des Patienten ist unbedingt zu achten — auch wenn es teurer ist.

"Folgeethik" (Konsequentialismus, Utilitarismus, Mill / Bentham):

Eine Handlung ist moralisch richtig, wenn sie den größtmöglichen Nutzen für die größtmögliche Zahl von Menschen erzeugt. Diese Logik liegt vielen gesundheitsökonomischen Entscheidungen zugrunde — und erklärt, warum Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen zu ethischen Spannungen führt: Was für das System optimal ist, muss nicht optimal für den einzelnen Patienten sein.

Tugendethik (Aristoteles):

Nicht die Handlung, sondern der Charakter des Handelnden steht im Mittelpunkt. Eine tugendhaft handelnde Pflegekraft tut nicht nur das Nötigste — sie handelt aus innerer Haltung heraus fürsorglich, aufmerksam und verantwortungsvoll.

Care-Ethik (Gilligan, Noddings, Tronto):

Als eigenständige, aus der Pflegewissenschaft heraus entwickelte Moralkonzeption betont die Care-Ethik die Bedeutung von Beziehung, Fürsorge und gegenseitiger Abhängigkeit. Joan Tronto beschreibt vier ethische Elemente des Sorgens:

- Aufmerksamkeit (caring about),
- Verantwortlichkeit (taking care of),
- Kompetenz (care giving) und
- Reaktionsbereitschaft (care receiving).

Für das Wundmanagement ist die Care-Ethik besonders relevant:

Sie erinnert daran, dass die Wundversorgung nie nur ein technischer Vorgang ist, sondern immer auch eine menschliche Begegnung. (10) (11) (12)

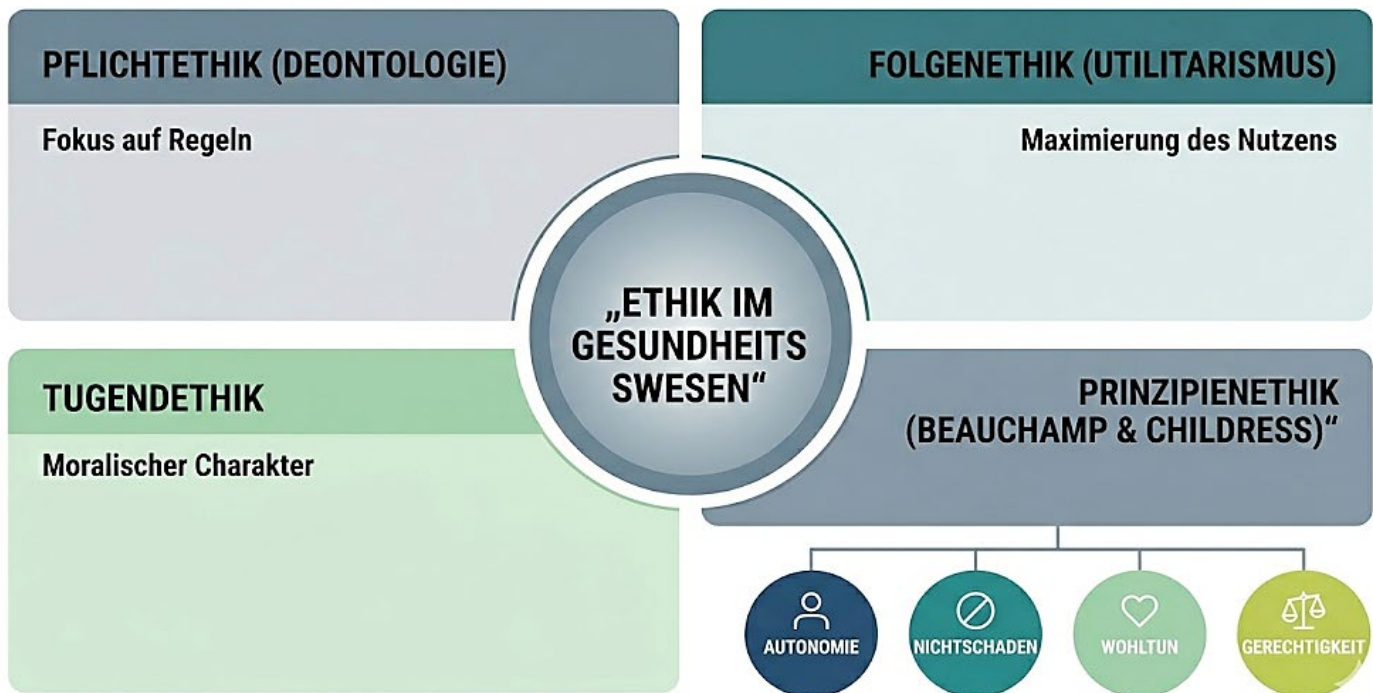


Abbildung 2: Ethiktheorien & Vier-Prinzipien-Modell © G.Kammerlander&KI

3.3 Das Vier-Prinzipien-Modell nach Beauchamp und Childress

Das international meistzitierte ethische Referenzwerk im Gesundheitswesen sind die "Principles of Biomedical Ethics" von Tom L. Beauchamp und James F. Childress, erstmals 1979 veröffentlicht und inzwischen in der achten Auflage vorliegend. Das dort entwickelte Vier-Prinzipien-Modell — auch „Georgetown-Mantra“ genannt — bietet einen praxistauglichen Rahmen für ethische Entscheidungen in der klinischen Medizin und Pflege:

1. Autonomie (Respect for Autonomy):

Der Patient hat das Recht, über seine Behandlung selbst zu entscheiden — frei von Zwang, Manipulation und paternalistischer Bevormundung. Im Wundmanagement bedeutet das:

- Therapieziele werden gemeinsam mit dem Patienten festgelegt.
- Wer Schmerzen beim Verbandwechsel nicht mehr tolerieren möchte, hat das Recht, alternative Versorgungskonzepte einzufordern — auch wenn diese teurer sind.

2. Nicht-Schaden (Nonmaleficence):

Die älteste ärztliche Maxime — „Primum nil nocere“ — gilt unverändert. Im Kontext des Wundmanagements geht es nicht nur um physischen Schaden (falsche Wundauflagen, schmerzhaftes Prozeduren), sondern auch um psychosozialen Schaden:

- Stigmatisierung,
- soziale Isolation,
- Verlust von Würde und Selbstbestimmung.

3. Wohltun (*Beneficence*):

Die aktive Förderung des Patientenwohls geht über die bloße Vermeidung von Schaden hinaus.

- Leitliniengerechte Versorgung,
- regelmäßige Wundbeurteilung und
- eine zeitnahe Therapieanpassung

sind Ausdruck dieses Prinzips — auch wenn sie Zeit und Ressourcen kosten.

4. Gerechtigkeit (*Justice*):

Faire Verteilung von Ressourcen und gleiche Behandlung gleicher Fälle. Dieses Prinzip ist im Wundmanagement besonders herausfordernd: Wer trägt die Kosten für innovative, aber effektivere Wundprodukte? Wie werden Versorgungsressourcen zwischen verschiedenen Patientengruppen verteilt?

Die vier Prinzipien sind nicht absolut und stehen häufig in Spannung zueinander. Eine kostspielige, aber für den Patienten optimale Versorgung kann dem Prinzip Wohltun entsprechen und zugleich das Prinzip Gerechtigkeit herausfordern, wenn Ressourcen begrenzt sind.

Die ethische Kompetenz liegt in der begründeten Abwägung — nicht in der schematischen Anwendung.
(13) (14) (15)

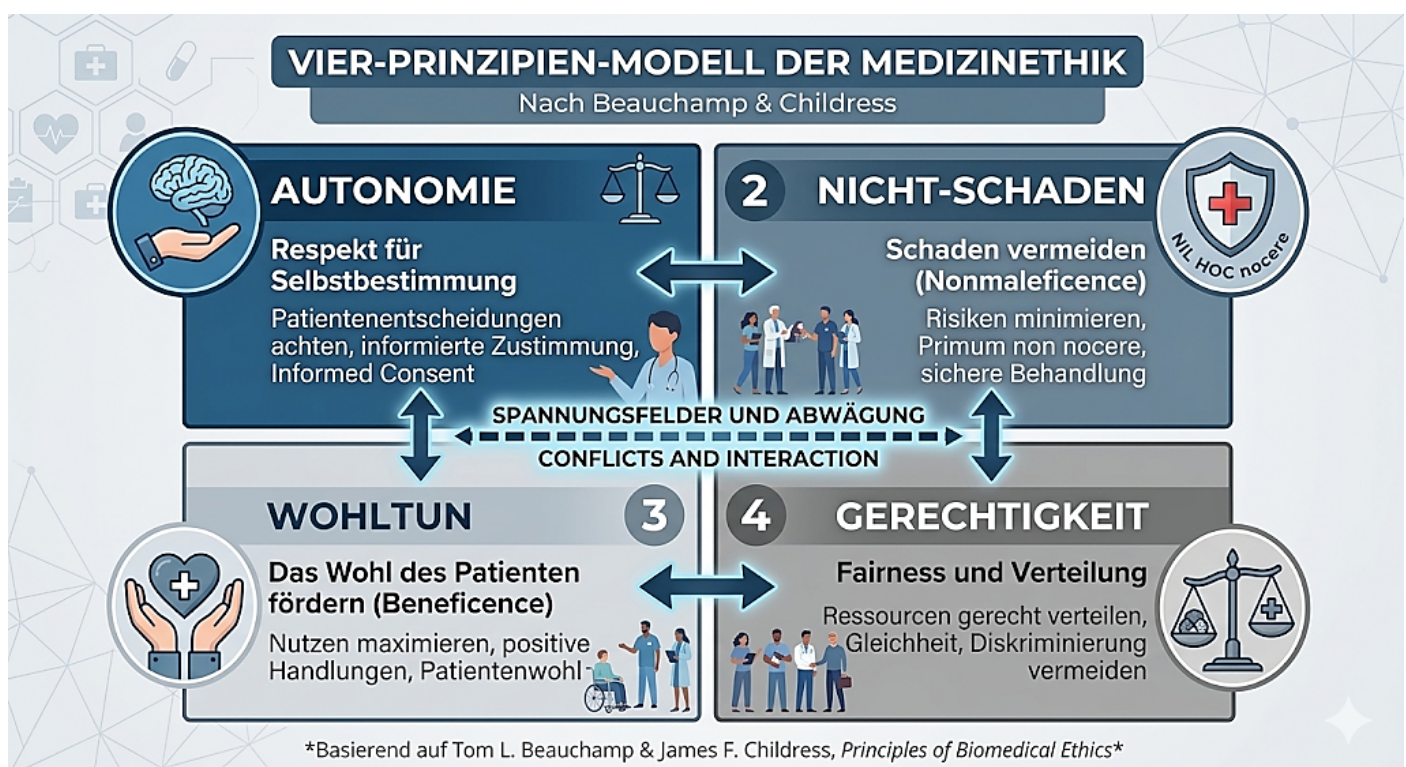


Abbildung 1: Vier-Prinzipien-Modell der Medizinethik © G.Kammerlander&KI

3.4 Pflegeethik und der ICN-Kodex

Während das Vier-Prinzipien-Modell primär aus medizinischer Perspektive entwickelt wurde, hat die Pflegeethik eigene Akzente gesetzt. Das Handbuch Pflegeethik von Settimio Monteverde (2020) — das deutschsprachige Standardwerk — verbindet philosophische Ethik mit den konkreten Praxisfeldern der

Pflege und betont, dass ethisches Handeln in der Pflege nicht delegierbar ist: Jede Pflegekraft trägt persönliche Verantwortung. (16)

Der ICN-Ethikkodex für Pflegende (International Council of Nurses, revidiert 2021) formuliert vier Verantwortungsbereiche, die für das Wundmanagement unmittelbar relevant sind:

- Pflegende und Patienten (Würde, Privatsphäre, Selbstbestimmung)
- Pflegende und Praxis (Kompetenz, Qualität, Sicherheit)
- Pflegende und die Profession (Weiterbildung, Wissensentwicklung)
- Pflegende und globale Gesundheit (Ressourcengerechtigkeit, Nachhaltigkeit)

Entscheidend ist:

Medizin und Pflege haben historisch unterschiedliche Ethiktraditionen entwickelt. Die Medizinethik war lange paternalistisch geprägt — der Arzt weiß, was gut ist. Die Pflegeethik betonte demgegenüber früh die Beziehungs- und Fürsorgedimension.

Im interprofessionellen Alltag eines Wundzentrums treffen diese Traditionen aufeinander — und können zu Reibung, aber auch zu produktiver Ergänzung führen. (10)

3.5 Moral Distress — wenn das Gewissen brennt

Ein Begriff, der in der modernen Pflegeethik zunehmende Bedeutung erlangt hat, ist Moral Distress. Der amerikanische Ethiker Andrew Jameton prägte ihn 1984 mit folgender Definition:

„Moral distress arises when one knows the right thing to do, but institutional constraints make it nearly impossible to pursue the right course of action.“ (17)

Moral Distress entsteht also nicht aus Unwissenheit oder moralischer Gleichgültigkeit— sondern aus dem Wissen um das Richtige bei gleichzeitiger Unfähigkeit, es zu tun. Das Resultat sind emotionale, psychische und körperliche Belastungssymptome: Frustration, Schuld, Hilflosigkeit, im schlimmsten Fall Burnout und der Wunsch, den Beruf zu verlassen. (18) (19)

Im Kontext der Wundversorgung sind typische Auslöser von Moral Distress: (20) (21)

- Verbandwechsel werden aus Zeitgründen zu kurz durchgeführt
- Kostengünstigere, aber weniger geeignete Wundprodukte werden verordnet
- Patienten werden vor abgeschlossener Wundheilung entlassen
- Therapieziele werden ohne ausreichende Einbeziehung des Patienten festgelegt

Moral Distress in Wound Management

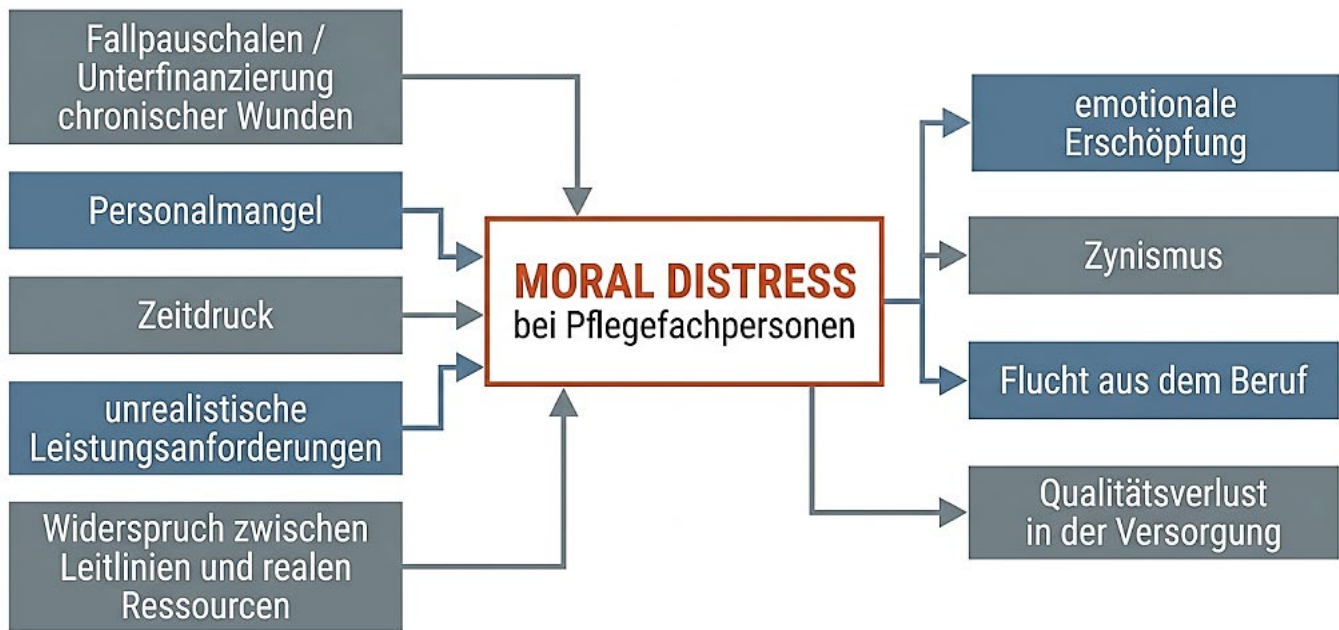


Abbildung 3: Moral Distress im Wundmanagement © G.Kammerlander&KI

Moral Distress ist kein individuelles Versagen — er ist ein systemisches Signal. Er zeigt an, dass die strukturellen Rahmenbedingungen ethisch reflektiertes Handeln erschweren oder verunmöglichen. Damit wird er zur zentralen Brücke zwischen dem theoretischen Ethikverständnis und der ökonomischen Realität im Versorgungsalltag. (13) (14) (22)

4 Ökonomisierung im Gesundheitswesen der DACH-Region

4.1 Was bedeutet Ökonomisierung im Gesundheitswesen?

Unter Ökonomisierung im Gesundheitswesen versteht man die zunehmende Ausrichtung medizinischer und pflegerischer Entscheidungen an betriebswirtschaftlichen Kriterien wie Effizienz, Rentabilität und Fallzahlen — auf Kosten einer primär am Patientenwohl orientierten Versorgungslogik. Dieser Prozess ist kein plötzlicher Bruch, sondern das Ergebnis jahrzehntelanger gesundheitspolitischer Reformen, die das Ziel verfolgten, explodierender Gesundheitsausgaben durch Wettbewerb, Standardisierung und Leistungspauschalen Herr zu werden. (16) (23)

Das Kernproblem formuliert der Gesundheitsökonom Georg Marckmann (2014) präzise: Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ist nicht per se unethisch — sie wird es erst dann, wenn ökonomische Ziele systematisch über das Wohl des einzelnen Patienten gestellt werden. Genau diesen Kipp-Punkt hat das Gesundheitssystem in Teilen der DACH-Region längst überschritten. (23)

4.2 Deutschland — Das G-DRG-System: Fallpauschalen als Kostendrucker

Mit der Einführung des G-DRG-Systems (German Diagnosis Related Groups) im Jahr 2004 vollzog Deutschland einen Paradigmenwechsel in der Krankenhausfinanzierung:

Weg vom Selbstkostendeckungsprinzip, hin zur Vergütung nach Fallpauschalen. Für jede Diagnosegruppe — derzeit rund 1.300 Fallpauschalen — erhält das Krankenhaus einen pauschalen Betrag, unabhängig vom tatsächlichen Behandlungsaufwand im Einzelfall. (24) (7)

Die Logik dahinter war verständlich: Fehlanreize vermeiden, Transparenz schaffen, Überliegerzeiten reduzieren. Was in der Theorie plausibel klang, erzeugte in der Praxis jedoch strukturelle Verzerrungen, die heute gut dokumentiert sind: (25)

Selektion lukrativer Fälle:

Das DRG-System macht es für Krankenhäuser wirtschaftlich reizvoll, Patienten mit planbaren, kurzen, gut vergüteten Diagnosen bevorzugt zu behandeln — und kostenintensive Langzeitpatienten zu vermeiden oder weiterzuleiten. (24)

Personalabbau:

Zwischen 1995 und 2018 stieg die Zahl der im Krankenhaus versorgten Patienten um 4,1 Millionen — während gleichzeitig 22.000 Pflegestellen abgebaut wurden. Eine Pflegekraft versorgt heute im Schnitt 27% mehr Patienten als vor DRG-Einführung (24)

Qualität ohne Kontrolle:

Bei der Kalkulation der Pauschalen werden Qualitätsdaten systematisch nicht berücksichtigt — das DRG-System belohnt Unterbesetzung und bestraft gute Personalausstattung mit wirtschaftlichen Verlusten (25)

Frühentlassung:

Die „blutigen Entlassungen“ — Patienten werden entlassen, bevor die Behandlung wirklich abgeschlossen ist — sind eine direkte Konsequenz des Drucks, die durchschnittliche Verweildauer zu unterschreiten (7)

Für chronische Wunden ist das DRG-System besonders problematisch. Die mediane Behandlungsdauer einer chronischen Wunde beträgt 130 Tage — ein Langzeitfall in einem System, das auf kurze Episoden ausgelegt ist. Wundpatienten mit langen Liegezeiten und hohem Materialverbrauch sind aus DRG-Sicht strukturell defizitär. Das DRG-System setzt damit einen systematischen Anreiz zur Unterversorgung chronischer Wunden.

Ein besonders drastisches Beispiel: Im DRG-System ist die Amputation eines diabetischen Fußes mit 4.500 bis 5.500 Euro vergütet — deutlich höher als die aufwändige Extremitätenerhaltung durch professionelles Wundmanagement. Das Deutsche Ärzteblatt kommentierte: „Die Amputationsrate ist ein Desaster.“. Eine erschreckende Konsequenz: Der ökonomische Anreiz zeigt in die falsche Richtung — weg von der Wundversorgung, hin zur operativen Lösung. (24)

4.3 Österreich — Das LKF-System: Eigenständig, aber mit denselben Problemen

Österreich entwickelte 1997 mit der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) ein eigenes, vom deutschen DRG-System unabhängiges Modell. Die LKF berücksichtigt stärker das individuelle Leistungsgeschehen und weist eine höhere Differenzierung auf als das ursprüngliche DRG-

Modell. Dennoch erzeugt auch das LKF-System Fehlanreize, die der Versorgung chronischer Wunden abträglich sind. (8)

Das zentrale Problem in Österreich ist die fehlende Einheitlichkeit auf Bundesebene: Versorgungsstandards, Tarifsysteme und Kostenübernahmen werden von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich geregelt. Das betrifft insbesondere die extramural tätigen Wundpflegerinnen und -pfleger: Ihre Leistungen werden nicht österreichweit einheitlich vergütet. In einigen Bundesländern wurden Kostenübernahmen für freiberufliche Wundmanagerinnen vollständig gestrichen — ein direkter Eingriff in die Versorgungsqualität aus budgetären Motiven. (26)

Erschwerend kommt hinzu: Verlässliche epidemiologische Daten zur Prävalenz chronischer Wunden fehlen in Österreich bis heute auf nationaler Ebene. Ohne Datenbasis ist evidenzbasierte Versorgungsplanung nicht möglich — ein strukturelles Defizit, das sowohl die gesundheitspolitische Steuerung als auch die gerechte Ressourcenallokation behindert. Eine Studie aus dem Jahr 2024 liefert erstmals populationsbasierte Realwelt-Daten für Österreich und bestätigt die erhebliche Versorgungslast durch chronische Wunden — ohne jedoch eine belastbare Gesamtprävalenz benennen zu können. (4)

4.4 Schweiz — SwissDRG: Pflegefinanzierung als offene Baustelle

Die Schweiz führte mit SwissDRG 2012 ein nationales Fallpauschalensystem ein, das stationäre Krankenhausleistungen einheitlich vergütet. Die Schweizer Besonderheit liegt im dreisäuligen Finanzierungsmodell der Pflegeleistungen: Krankenversicherung (KVG), Patienten-Eigenanteil (max. 20%) und öffentliche Restfinanzierung durch Kanton oder Gemeinde. (27)

Das NursingDRG-Projekt (Abschlussbericht 2021) zeigt, dass Pflegekosten im Schnitt 28,5% der Gesamtbehandlungskosten ausmachen — bei wundintensiven Diagnosegruppen steigt dieser Anteil auf bis zu 56%. Dieser überproportionale Kostenanteil der Pflege wird im SwissDRG-System nicht adäquat abgebildet, was zu einer strukturellen Unterfinanzierung pflegeintensiver Behandlungspfade — darunter das Wundmanagement — führt. (6)

Ein Fortschritt wurde 2021 mit der Übernahme von Wundpflegematerialien durch die obligatorische Krankenversicherung nach der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) erzielt. Dies verbesserte die Versorgungssituation im ambulanten Bereich spürbar — zeigt aber auch, wie stark die Versorgungsqualität von Finanzierungsentscheidungen abhängt, die primär fiskalisch motiviert sind. (27)

4.5 Der gemeinsame Nenner: Chronische Wunden als Systemverlierer

Trotz ihrer strukturellen Unterschiede erzeugen alle drei Finanzierungssysteme der DACH-Region für das Wundmanagement vergleichbare Probleme. Chronische Wunden passen strukturell schlecht in episodensbasierte Vergütungssysteme — sie sind zeitintensiv, ressourcenaufwändig und erfordern Kontinuität. Sie sind, mit anderen Worten, das genaue Gegenteil dessen, was diese Systeme honorieren.

Das Ergebnis ist vorhersehbar:

Unter- und Fehlversorgung, vorzeitige Entlassung, unzureichende Dokumentation und ein wachsender Druck auf das Pflegepersonal, mit weniger mehr zu leisten.

VERGLEICH DER KRANKENHAUSFINANZIERUNGSSYSTEME IN DER DACH-REGION

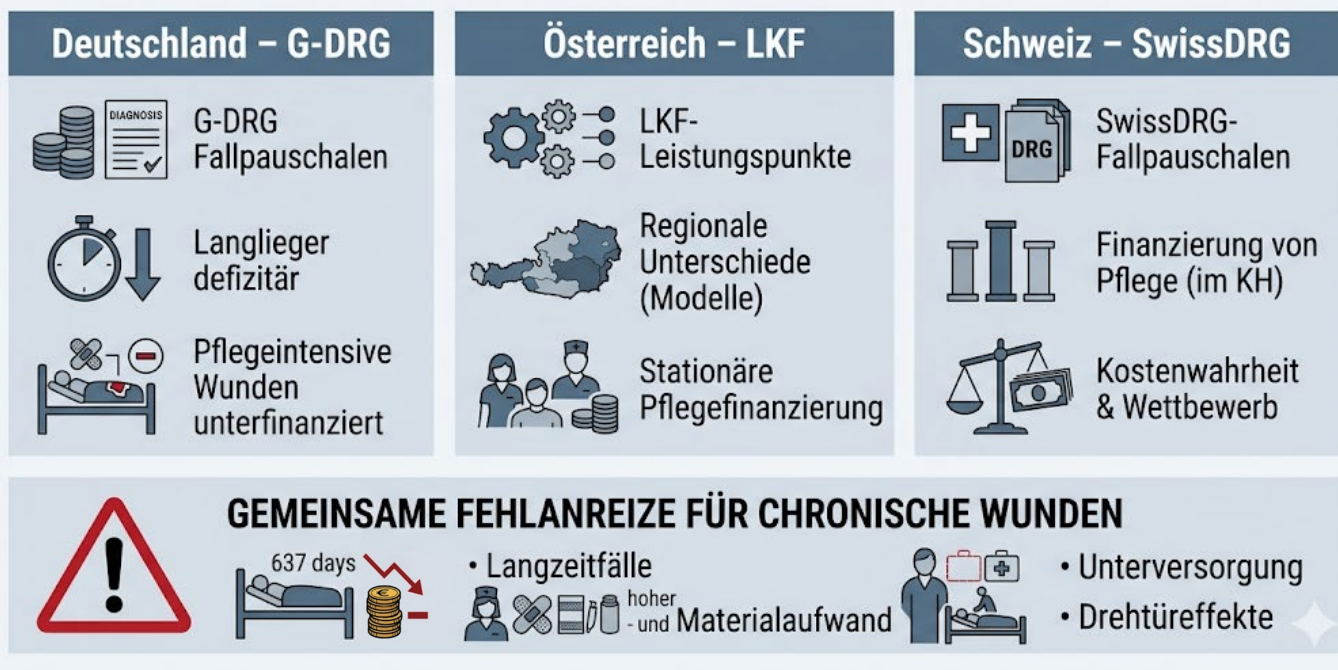


Abbildung 4: Finanzierungssysteme D-A-CH & Fehlanreize © G.Kammerlander&KI

4.6 Moral Distress als systemische Reaktion

Die menschliche Konsequenz dieser Systemlogik ist Moral Distress — das bereits in den vorherigen Kapitel eingeführte Konzept des moralischen Leidensdrucks bei Pflegekräften und Ärzten. Im Kontext der Ökonomisierung erhält Moral Distress eine systemische Dimension: Er ist nicht die Ausnahme, sondern die vorhersehbare Reaktion ethisch reflektierter Fachkräfte auf strukturell erzwungene Kompromisse.

Eine Studie der Hans-Böckler-Stiftung (Schulz 2017) zeigt, dass 80% der Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege angeben, regelmäßig oder sehr häufig unter Zeit- und Termindruck zu stehen. Das DBfK-Positionspapier (2019) identifiziert als häufigste Auslöser: Zeitmangel, Personalknappheit, Arbeitsverdichtung und ökonomischer Druck, die zu einem Wertekonflikt führen, der sich für die Betroffenen unlösbar anfühlt. (28) (16)

Für das Wundmanagement konkret bedeutet das: Eine Wundpflegekraft, die weiß, dass ein Patient noch zwei weitere sorgfältige Verbandwechsel braucht, bevor er sicher entlassen werden kann, aber die Anweisung erhält, ihn morgen zu entlassen, erlebt Moral Distress in Reinform. Sie wird nicht gefragt, ob es richtig ist — sie wird vor eine vollendete Tatsache gestellt.

Unbehandelt führt Moral Distress zu emotionaler Erschöpfung, innerer Kündigung und — als drastischste Konsequenz — zum Verlassen des Pflegeberufs. In einem System, das bereits heute unter Pflegekräftemangel leidet, ist das ein teuflischer Prozess: Weniger Personal → mehr Druck → mehr Moral Distress → noch weniger Personal. (19) (28)

5 Das Spannungsfeld im Wundmanagement: Wenn Theorie auf Praxis trifft

5.1 Die chronische Wunde als Spiegel des ethischen Konflikts

Die vorangegangenen Kapitel haben das Spannungsfeld abstrakt beschrieben: Ethikprinzipien auf der einen, Finanzierungslogiken auf der anderen Seite. Im Versorgungsalltag eines Wundzentrums ist dieses Spannungsfeld jedoch keine Theorie — es ist tägliche Realität. Es zeigt sich im Blick der Pflegekraft auf die Uhr, die weiß, dass fünf Minuten mehr Zeit beim Verbandwechsel einen Unterschied machen würden. Es zeigt sich in der Entscheidung des Arztes, welches Produkt er verordnet. Und es zeigt sich im Leben des Patienten, der nicht mehr schlafen kann, weil der Schmerz nachts nicht nachlässt.

Chronische Wunden sind keine isolierten Hautläsionen. Sie sind einschneidende Lebensereignisse, die Menschen in ihrer körperlichen, psychischen und sozialen Existenz tiefgreifend beeinträchtigen. Das Wundzentrum — ambulant wie stationär — ist der Ort, an dem diese Realität täglich sichtbar wird und an dem ethische Entscheidungen nicht vertagt werden können. (29) (30)

5.2 Was eine chronische Wunde mit einem Menschen macht

Bevor das Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie analysiert werden kann, ist es notwendig, die menschliche Dimension der Erkrankung zu verstehen. Denn nur wer begreift, was chronische Wunden mit Betroffenen machen, kann ermessen, was auf dem Spiel steht, wenn wirtschaftliche Überlegungen die Versorgungsentscheidungen dominieren.

Studien zeigen konsistent: Chronische Wunden beeinträchtigen alle Dimensionen der Lebensqualität gleichzeitig: (31) (32)

Körperlich:

Schmerzen sind das dominierende Symptom. Die meisten Patienten berichten von dauerhaften oder intermittierenden Schmerzen, die von behandelnden Ärzten systematisch unterschätzt werden. Bis zu 57% der Betroffenen sind in ihrer Mobilität stark eingeschränkt. (31)

Psychisch:

Angst, Depression und ein negatives Körperbild sind häufige Begleiterscheinungen. Studien belegen einen signifikanten Zusammenhang zwischen Angstzuständen, Depressionen und verzögerter Wundheilung — ein Teufelskreis, der durch rein somatisch orientierte Versorgung nicht durchbrochen werden kann (29)

Sozial:

Wundgeruch und sichtbares Exsudat führen zu Schamgefühlen und sozialem Rückzug. Jeder vierte Wundpatient fühlt sich einsam, jeder dritte hat nur noch Kontakt zu einer einzigen Person. Die soziale Isolation ist dabei keine Nebenwirkung — sie ist für viele Betroffene die schwerste Last der Erkrankung (30)

Existenziell:

Chronische Wunden können zur Arbeitsunfähigkeit führen, Partnerschaften belasten und das Selbstbild als eigenständige, würdige Person erschüttern. Patienten beschreiben das Gefühl, „um Kontrolle und Selbstständigkeit zu kämpfen“ (29)

Der DNQP-Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ hält dazu fest:

„Nicht immer stehen die Wunde und deren Abheilung im Vordergrund — abhängig von der individuellen Lebenssituation müssen zur Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität andere Prioritäten gesetzt werden.“ (33)

Das ist eine revolutionäre Aussage im Kontext eines Systems, das nach Wundstatus und Heilungsfortschritt dokumentiert und vergütet — nicht nach Lebensqualität und Würde.



Abbildung 5: Ethisches Spannungsfeld im Wundmanagement © G.Kammerlander&KI

5.3 Typische ethische Konfliktsituationen im Wundmanagement

Die drei folgenden Fallvignetten sind anonymisiert und repräsentativ für Situationen, die sich täglich in ambulanten und stationären Wundzentren der DACH-Region ereignen. Sie illustrieren, wie abstrakte ethische Prinzipien in konkrete Handlungskonflikte überführt werden.

FALLVIGNETTE 1 — AMBULANTES WUNDZENTRUM: DAS GÜNSTIGERE PRODUKT

Frau M., 74 Jahre, Ulcus cruris venosum seit 14 Monaten. Bisherige Therapie mit modernen Wundaufgaben zeigt guten Fortschritt. Die Krankenkasse verweigert die weitere Kostenübernahme für das bisherige Produkt und genehmigt nur ein günstigeres Standardprodukt. Die Wundpflegekraft weiß aus Erfahrung, dass das Alternativprodukt bei diesem Exsudationsgrad nicht geeignet ist. Der Verbandwechsel müsste deutlich häufiger erfolgen — was die Pflegezeit erhöht und für die Patientin schmerzhafter ist.

Ethischer Konflikt:

Das Prinzip Nicht-Schaden kollidiert mit dem System der Ressourcenallokation (Gerechtigkeit). Die Entscheidung liegt formal bei der Krankenkasse — die moralische Last trägt die Pflegekraft, die die Folgen täglich erlebt. Moral Distress ist vorprogrammiert.

FALLVIGNETTE 2 — STATIONÄRE VERSORGUNG: DER FEHLENDE DIABETOLOGE

Herr K., 68 Jahre, diabetisches Fußulcus nach Debridement, wird nach stabiler Einstellung und initialer Wundsanierung nach zehn Tagen aus der Klinik entlassen. Die Überleitung ist vorbildlich organisiert: Sozialdienst, häusliche Pflege und Hausarzt sind eingebunden, Verbandwechsel zu Hause ist gesichert.

In der Region gibt es jedoch keinen niedergelassenen Diabetologen mit ausgewiesener Expertise im diabetischen Fuß und spezifischem Wundmanagement. Die Hausärztin fühlt sich bei Druckentlastung, Rezidivprophylaxe und komplexen Entscheidungen (z.B. Offloading, Schuhversorgung, Therapiewechsel) unsicher. Wochenlang findet sich kein zeitnahe Fachtermin; die Wunde verschlechtert sich, eine Re-Hospitalisierung mit drohender Amputation wird notwendig.

Ethischer Konflikt:

Wohltun und Nicht-Schaden verlangen die frühzeitige Anbindung an einen erfahrenen Diabetologen mit Fuß- und Wundkompetenz; formal ist „alles richtig“ übergeleitet, aber strukturell fehlt genau diese Schlüsselressource. Ärztin, Pflegedienst und Klinikteam erleben Moral Distress: Sie haben organisatorisch korrekt gehandelt, wissen aber, dass ohne spezialisierte diabetologische Anbindung das Risiko für Verschlechterung und Amputation hoch bleibt.

FALLVIGNETTE 3 — SONDERSTUATION: PATIENT ALS NICHT-HEILUNGSFALL

Frau B., 82 Jahre, maligne Wunde bei exulzierendem Mammakarzinom, palliative Situation. Das Pflorgeteam ist uneins: Soll der Fokus auf Wundheilung oder auf Lebensqualität und Schmerzfreiheit liegen? Die onkologische Abteilung verordnet weiterhin wundheilungsfördernde Maßnahmen. Die Pflegekräfte erleben, dass Frau B. die täglichen Verbandwechsel als quälend empfindet und mehrfach geäußert hat, „in Ruhe gelassen werden zu wollen“.

Ethischer Konflikt:

Autonomie des Patienten versus medizinisches Wohltun-Verständnis der behandelnden Ärzte. Die S3-Leitlinie Palliativmedizin hält klar fest: Bei nicht-heilbaren Wunden kann das allgemeine Wohlbefinden genauso wichtig sein wie die Wundheilung selbst. Dennoch fehlt in der Praxis oft die strukturierte Plattform, um diesen Zielkonflikt interprofessionell zu klären. (34)

5.4 Wann wird Wirtschaftlichkeit zum ethischen Problem?

Wirtschaftliches Handeln im Gesundheitswesen ist nicht per se unmoralisch. Ressourcen sind begrenzt, Effizienz ist legitim, Kostenbewusstsein ist verantwortungsvoll.

DIE ETHISCHE GRENZE WIRD ÜBERSCHRITTEN, WENN: (23) (36)

- Wirtschaftliche Ziele als primäres Entscheidungskriterium medizinische und pflegerische Fachkompetenz ersetzen
- Strukturelle Anreize dazu führen, dass die schlechtere Versorgungsoption die wirtschaftlich rationalere ist
- Dokumentations- und Zeitdruck die Qualität des therapeutischen Kontakts systematisch untergräbt
- Patienten nach Profitabilität kategorisiert werden — bewusst oder unbewusst

Der Soziologe Uwe Bauer beschreibt dies als „**Entsolidarisierung durch Ökonomisierung**“:

Das Gesundheitssystem verschiebt sich von einer Solidargemeinschaft hin zu einem Markt, auf dem der Patient nicht mehr Mitglied, sondern Konsument ist.

Im Wundmanagement bedeutet das:

Der Patient mit einem profitablen DRG-Code wird anders behandelt als der Langzeitpatient mit chronischem Ulkus — nicht weil das medizinisch geboten ist, sondern weil das System es so incentiviert. (37)

5.5 Menschenwürde als nicht verhandelbare Grenze

Alle ethischen Abwägungen — Autonomie gegen Wohltun, Effizienz gegen Fürsorge — haben eine absolute Grenze: die Menschenwürde. In der deutschsprachigen Rechtstradition ist sie in Art. 1 GG (Deutschland), Art. 1 B-VG (Österreich) und Art. 7 BV (Schweiz) als unantastbar verankert. Sie ist nicht Ergebnis einer Abwägung — sie ist deren Voraussetzung.

Im Kontext des Wundmanagements bedeutet die Wahrung der Menschenwürde konkret: (33) (29)

- Den Patienten über seine Erkrankung, seine Therapieoptionen und deren Konsequenzen informieren — auch wenn das Zeit kostet
- Schmerzen ernst nehmen und konsequent behandeln — auch wenn das aufwändiger ist
- Den Wundgeruch als Quelle von Scham und Würdeverlust wahrnehmen und gezielt adressieren
- Den Patienten als Partner in der Therapieplanung einbeziehen — nicht als Objekt der Behandlung
- In palliativen Situationen Lebensqualität über Heilungsoptimismus stellen

Hans Jonas, der Philosoph des „Prinzips Verantwortung“, formuliert es grundlegend:

„Handle so, dass die Wirkungen deiner Handlung verträglich sind mit der Permanenz echten menschlichen Lebens auf Erden.“ (37)

Für das Wundmanagement übersetzt:

Wer heute aus Kostengründen eine Versorgung verweigert, trägt Mitverantwortung für die Amputationen, die Hospitalisierungen und die sozialen Zusammenbrüche von morgen.

6 Risikomanagement als ethisches Instrument

6.1 Vom Appell zur Struktur: Warum Ethik ein System braucht

Die zurückliegenden Kapitel haben das ethische Spannungsfeld im Wundmanagement analysiert und an konkreten Fallbeispielen sichtbar gemacht. Eine wiederkehrende Erkenntnis dabei: Individuelle moralische Überzeugungen allein reichen nicht aus, um ethisch korrektes Handeln in einer Einrichtung dauerhaft sicherzustellen. Wer darauf setzt, dass jede Pflegekraft und jeder Arzt aus persönlicher Haltung heraus stets das Richtige tut, übersieht die strukturellen Zwänge, denen diese Fachkräfte täglich ausgesetzt sind.

Der Unternehmensethiker Georg Marckmann formuliert es präzise:

„Moral kann im Alltag nur dann systematisch praktiziert werden, wenn die Handlungsbedingungen so gestaltet sind, dass ethisches Handeln im Wettbewerb nicht systematisch ausgebeutet werden kann.“ (23)

Diese Erkenntnis ist der Schlüssel für das dieses Kapitel: Ethik braucht Struktur. Und diese Struktur existiert bereits — in Form von Qualitäts- und Risikomanagementsystemen, die in Einrichtungen des Gesundheitswesens gesetzlich verankert oder freiwillig zertifizierbar sind.

6.2 ISO 9001:2015 — Die Basis: Schreib auf, was du tust

Die ISO 9001:2015 ist die international meistverbreitete Norm für Qualitätsmanagementsysteme — die „Mutter aller Normen“, gültig für jede Branche und jede Organisationsgröße. Ihre Kernforderung lässt sich auf eine prägnante Formel bringen: „Schreib auf, was ihr tut — und tut, was ihr aufgeschrieben habt.“ Was banal klingt, hat weitreichende ethische Konsequenzen für das Wundzentrum. (38) (39)

Die sieben Grundsätze der ISO 9001 sind: (37)

- **Kundenorientierung** — im Wundzentrum: Patientenorientierung
- **Führung** — Qualitätsziele werden von der Leitung verantwortet
- **Engagement von Personen** — alle Mitarbeitenden sind eingebunden
- **Prozessorientierter Ansatz** — Versorgungsabläufe werden standardisiert
- **Verbesserung** — kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)
- **Faktengestützte Entscheidungsfindung** — Daten statt Bauchgefühl
- **Beziehungsmanagement** — Kooperationen mit Partnern und Kostenträgern

Für das Wundmanagement bedeutet die Umsetzung von ISO 9001 konkret:

- Verbandwechsel-Protokolle sind standardisiert und dokumentiert.
- Zuständigkeiten sind klar geregelt.
- Abweichungen von Standards werden erfasst, analysiert und korrigiert.
- Patientenbeschwerden werden systematisch ausgewertet.

Wer diese Anforderungen ernst nimmt, schafft automatisch einen Rahmen, in dem ethisch fragwürdige Ad-hoc-Entscheidungen — etwa der Griff zum günstigeren, aber ungeeigneten Produkt aus Kostendruck — sichtbar und damit hinterfragbar werden. (39)

6.3 EN 15224 — Der Sicherheitsgurt für Patienten

Die DIN EN 15224 ist die gesundheitsspezifische Erweiterung der ISO 9001 — entwickelt auf europäischer Ebene, erstmals 2012 verabschiedet und zuletzt 2017 aktualisiert. Sie überträgt die allgemeinen QM-Anforderungen der ISO 9001 in die Sprache der Gesundheitsversorgung und ergänzt sie um elf konkrete Qualitätsmerkmale, die für alle klinischen Prozesse verpflichtend gelten: (40) (41) (42)

#	Qualitätsmerkmal	Ethische Relevanz im Wundmanagement
1	Angemessene, richtige Versorgung	Leitliniengerechte Wundtherapie als Mindeststandard
2	Verfügbarkeit	Zugänglichkeit zur Wundversorgung unabhängig von Wohnort und Versicherungsstatus
3	Kontinuität der Versorgung	Nahtlose Übergaben zwischen ambulant und stationär
4	Wirksamkeit	Messbare Therapieergebnisse, nicht nur Kostenkontrolle
5	Effizienz	Wirtschaftlichkeit ohne Qualitätsverzicht
6	Gleichheit	Gleiche Versorgung unabhängig von Diagnose-Profitabilität
7	Evidenzbasierte Versorgung	Aktuelle Leitlinien als Basis jeder Entscheidung
8	Patientenausgerichtete Versorgung	Würde, körperliche und psychische Unversehrtheit
9	Einbeziehung des Patienten	Shared Decision-Making als Norm, nicht als Option
10	Patientensicherheit	Proaktive Fehlervermeidung statt reaktive Schadensbegrenzung
11	Rechtzeitigkeit und Zugänglichkeit	Keine Versorgungsverzögerung durch administrative Hürden

Entscheidend für die ethische Dimension:

Die Norm versteht ein klinisches Risiko als jede Gefährdung, die zu negativen Auswirkungen auf mindestens eines dieser elf Qualitätsmerkmale führen kann. Das bedeutet: Auch ein Versorgungsdefizit aus wirtschaftlichen Gründen — etwa die Ablehnung einer notwendigen Wundauflage — ist ein dokumentierungspflichtiges klinisches Risiko. Damit wird die EN 15224 zum Instrument, das ethische Gefährdungen in den Prozess des Risikomanagements einbettet.

Der entscheidende Paradigmenwechsel gegenüber ISO 9001: vom reaktiven Fehlermanagement zum proaktiven klinischen Risikomanagement. Statt erst zu handeln, wenn ein Schaden eingetreten ist,

werden potenzielle Gefahren für Patienten systematisch identifiziert und präventiv beseitigt — bevor sie zu ethischen Konflikten oder Versorgungsschäden werden.

Ein reales Praxisbeispiel: Das Wundzentrum Langenselbold in Deutschland ist nach beiden Normen — ISO 9001:2015 und DIN EN 15224:2017 — zertifiziert und orientiert seine Prozesse zusätzlich am DNQP-Expertenstandard für chronische Wunden. Es zeigt damit, dass die Kombination beider Normen im ambulanten Wundzentrum praktikabel und umsetzbar ist — auch ohne die Ressourcen einer großen Klinik.

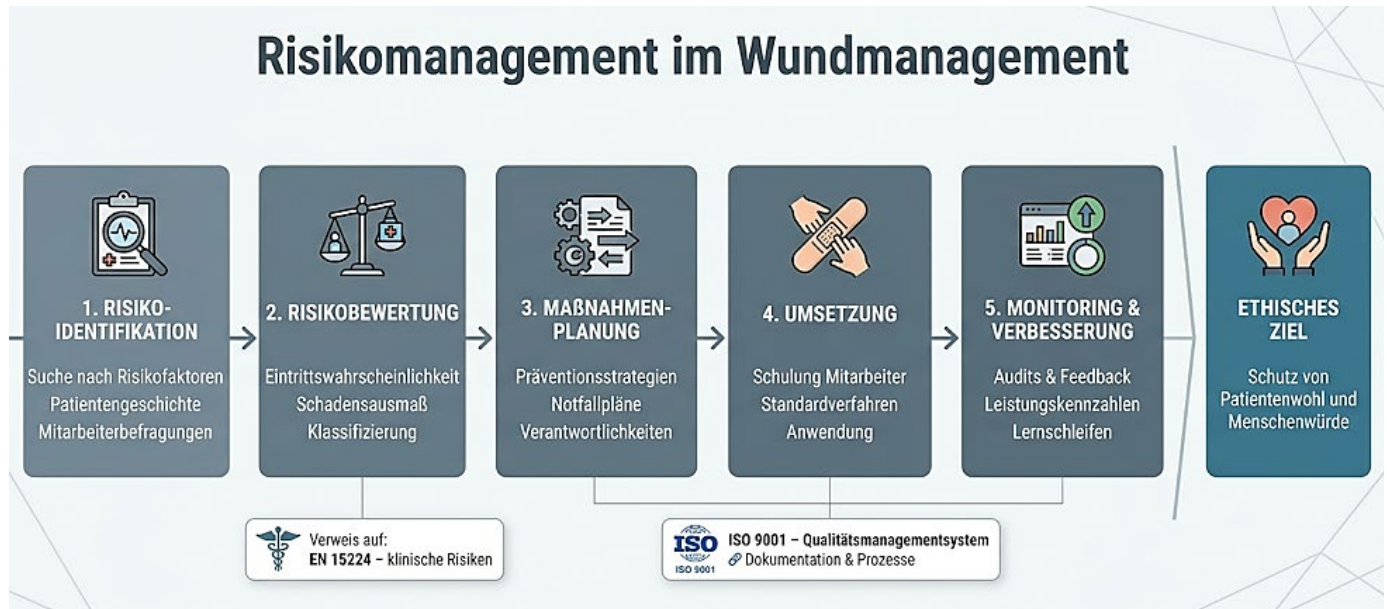


Abbildung 6: Risikomanagement, ISO 9001 & EN 15224 © G.Kammerlander&KI

Risikomanagement als ethische Rechenschaftspflicht

Der Kern des Risikomanagements im Gesundheitswesen ist die Identifikation, Bewertung und Steuerung von Risiken, die Patienten oder die Organisation gefährden können. Im ethischen Kontext des Wundmanagements bedeutet das: (43) (44)

Risiken, die systematisch erfasst werden sollten:

- Unterversorgung durch Produktwechsel aus Kostengründen (→ Nicht-Schaden-Prinzip gefährdet)
- Vorzeitige Entlassung trotz unzureichendem Wundzustand (→ Wohltun-Prinzip verletzt)
- Unzureichende Schmerzdokumentation (→ Patientenautonomie missachtet)
- Fehlende Übergabedokumentation bei Sektorwechsel (→ Kontinuität und Sicherheit gefährdet)
- Informationsdefizite bei Patienten (→ Informed Consent nicht sichergestellt)

Wer diese Risiken systematisch dokumentiert und bewertet, schafft zweierlei: Er schützt den Patienten — und er schützt die Einrichtung vor haftungsrechtlichen Konsequenzen. Gutes Risikomanagement ist damit zugleich ethische Pflicht und wirtschaftliche Klugheit. (45)

Der PDCA-Zyklus der ISO 9001 — Plan, Do, Check, Act — wird so zum ethischen Regelkreis. Ethische Standards werden geplant, in Prozessen umgesetzt, auf ihre Wirksamkeit überprüft und kontinuierlich verbessert. (37)

6.4 Die ethische Dimension von Dokumentation

Ein oft unterschätztes Instrument ist die Dokumentation. Im Wundmanagement ist sie doppelt relevant — als medizinisch-pflegerische Notwendigkeit und als ethische Rechenschaftspflicht.

Wer dokumentiert, was er tut, macht sein Handeln transparent und nachvollziehbar. Wer dokumentiert, was er nicht tun konnte und warum, macht strukturelle Mängel sichtbar. Das schafft Evidenz — für Verbesserungen im internen QM-Prozess, für Gespräche mit Kostenträgern und als Grundlage für rechtliche Absicherung.

ISO 9001:2015 fordert explizit die Dokumentation von Abweichungen und Korrekturmaßnahmen. Aus ethischer Sicht bedeutet das:

Eine Pflegekraft, die dokumentiert, dass sie einen Verbandwechsel abrechnen musste, weil die genehmigte Produktmenge erschöpft war, liefert nicht nur einen Qualitätsnachweis — sie dokumentiert einen ethischen Konflikt, der strukturell lösbar ist.

7 Lösungsansätze: Vom Spannungsfeld zur Handlungsfähigkeit

7.1 Einleitung

Das Problem wurde bereits umfassend beschrieben:

- Chronische Wunden in einem ökonomisierten Gesundheitssystem,
- ethische Prinzipien unter strukturellem Druck,
- Moral Distress als systemische Reaktion.

Es wäre jedoch verfehlt, bei dieser Diagnose stehenzubleiben. Ethische Analyse ohne Handlungskonsequenz bleibt wirkungslos.

Dieses Kapitel entwickelt vier konkrete Lösungsansätze, die aufeinander aufbauen und miteinander verzahnt sind. Sie sind nicht utopisch, sondern im bestehenden System realisierbar — teils durch einfache organisatorische Entscheidungen, teils durch mittelfristige strukturelle Entwicklungen.

7.2 Ethikberatung im Wundzentrum — skalierbar und praxistauglich

Das klassische klinische Ethikkomitee ist ein etabliertes Instrument großer Krankenhäuser und Kliniken. Es besteht aus einem interdisziplinären Gremium — Ärzte, Pflegende, Seelsorger, Juristen, Patientenvertreter — das sich regelmäßig trifft, Ethik-Leitlinien erarbeitet und in schwierigen Einzelfällen berät. Die Standards der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) beschreiben klar, welche Qualitätskriterien eine solche Beratungsstruktur erfüllen soll. (46) (47)

Für ambulante und kleinere stationäre Wundzentren ist das klassische Ethikkomitee jedoch strukturell nicht praktikabel:

Die Personalstärke reicht nicht aus, die Ressourcen fehlen, und die Fallfrequenz rechtfertigt kein dauerhaftes Gremium. Damit würde ein wichtiges Instrument an der Praxis vorbeigehen — wenn man es nicht klug adaptiert.

Das Modell des Ethikbeauftragten im Wundzentrum

Die Lösung liegt in einer pragmatischen Übertragung des bewährten Beauftragten-Modells, das im Gesundheitswesen bereits vielfach etabliert ist: der Hygienebeauftragte, der Qualitätsbeauftragte, der Datenschutzbeauftragte. Analog dazu wird der Vorschlag eines Ethikbeauftragten für das Wundzentrum entwickelt — eine qualifizierte Fachkraft mit spezifischer Weiterbildung, die als interne Anlaufstelle für ethische Fragestellungen fungiert.

- Die AEM-Standards erlauben ausdrücklich unterschiedliche Organisationsformen der Ethikberatung auch die Einzelperson als Ethikberater ist legitim, sofern sie kompetenzbasiert ausgebildet ist. Die Studie zur ambulanten Ethikberatung in Deutschland bestätigt, dass das stationäre Ethikkomitee-Modell sich nicht eins zu eins auf den ambulanten Bereich übertragen lässt, und plädiert ausdrücklich für angepasste Strukturen. (48) (49)

Aufgaben des Ethikbeauftragten im Wundzentrum:

- Ansprechpartner für Pflegende und Ärzte bei ethischen Konfliktsituationen
- Moderation strukturierter Fallreflexionen (z.B. nach der Vier-Boxen-Methode nach Jonsen/Siegler)
- Erarbeitung einrichtungsinterner Ethik-Leitlinien (z.B. zur Produktwahl, Entlassung, palliativer Versorgung)
- Sensibilisierung des Teams durch interne Fortbildungen — Ethik-Café, Fallvignetten-Diskussionen
- Schnittstelle zum QM: Dokumentation ethischer Konflikte als Teil des Risikomanagements
- Bei komplexen Fällen: Einbindung externer Ethikberatungsangebote oder regionaler Netzwerke

Qualifikationsanforderungen:

Das AEM-Curriculum Ethikberatung im Gesundheitswesen definiert drei Kompetenzbereiche für Ethikberater: (51)

1. **Ethisches Wissen** (Grundbegriffe, Theorien, Prinzipien)
2. **Methodenkompetenz** (Moderation, Fallbesprechung, ethische Entscheidungsmodelle)
3. **Organisationskompetenz** (Einrichtungsstruktur, Konflikterkennung, interprofessionelle Dynamiken)

Diese Kompetenzen sind in einer spezifischen Weiterbildung vermittelbar — analog zur Weiterbildung zum Wundexperten oder Qualitätsbeauftragten. Der Umfang einer solchen Qualifikation ist im Rahmen bestehender Weiterbildungsstrukturen im Wundmanagement integrierbar.

Integration ins QM-System:

Der Ethikbeauftragte wird als Unterstützungsprozess in das QM-System der Einrichtung integriert (ISO 9001:2015, Abschnitt 8 — Unterstützung). Eine eigene Prozessbeschreibung regelt:

- Auslösekriterien (wann wird der Ethikbeauftragte eingeschaltet?)
- Vorgehen bei der Fallreflexion
- Dokumentation und Ergebnissicherung
- Eskalationsweg bei nicht lösbaren Konflikten
- Jährliche Evaluation der Tätigkeit

7.3 Interprofessionelle Kommunikation als Schutzfaktor

Ein wesentlicher Verstärker von Moral Distress ist das Kommunikationsversagen zwischen Berufsgruppen. Ärzte und Pflegekräfte haben — wie in Kapiteln zu Beginn dargelegt — historisch unterschiedliche Ethiktraditionen. Wenn diese Traditionslinien im Alltag nicht explizit gemacht und vermittelt werden, entstehen Konflikte, die auf dem Rücken der Patienten ausgetragen werden.

Studien zeigen: Einrichtungen mit strukturierter interprofessioneller Kommunikation haben weniger Moral Distress-Episoden, geringere Mitarbeiterfluktuation und bessere Versorgungsqualität. Konkrete Instrumente, die im Wundzentrum implementiert werden können: (20) (49)

- **Interprofessionelle Fallbesprechungen** — regelmäßige, strukturierte Besprechungen mit Pflegenden, Ärzten und ggf. Wundtherapeuten, in denen nicht nur Wundzustand, sondern auch Patientenziele und -wünsche besprochen werden
- **Shared Decision-Making** — systematische Einbeziehung des Patienten in Therapieentscheidungen als Standard, nicht als Ausnahme (verankert in EN 15224, Merkmal i)
- **Ethisches Debriefing** nach belastenden Situationen — kurze, strukturierte Nachbesprechung, die Moral Distress präventiv abbaut, bevor er sich chronifiziert
- **Einrichtungsinternes Leitbild** mit explizitem Bekenntnis zu ethischen Grundwerten — als Orientierungsrahmen für Entscheidungssituationen

7.4 Curriculare Verankerung von Ethik in der Wundmanagement-Weiterbildung

Dies ist der innovativste und langfristig wirksamste Lösungsansatz dieses Beitrags.

Die Ist-Situation

Im deutschsprachigen Raum existieren verschiedene Weiterbildungsformate zum Wundmanagement chronischer Wunden — von eintägigen Zertifikatskursen bis zu mehrwöchigen Intensivprogrammen. Eine Analyse der verfügbaren Curricula zeigt: Ethische Inhalte werden, wenn überhaupt, marginal und unsystematisch behandelt. Das Thema Moral Distress, das Vier-Prinzipien-Modell, praktische Ethikberatung oder das Spannungsfeld Ökonomie und Patientenwohl fehlen in den meisten Programmen vollständig.

Diese Lücke ist kein Versehen — sie spiegelt eine strukturelle Unterschätzung des Themas wider, die angesichts der in diesem Beitrag dargestellten Realität nicht mehr vertretbar ist.

Was die Wissenschaft fordert

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat Empfehlungen für die Ethikausbildung von Gesundheitsfachpersonen veröffentlicht, die auch für Weiterbildungsprogramme richtungsweisend sind. Die zentralen Forderungen: (50) (57)

- Ethik als **Pflichtbestandteil**, nicht als Wahloption
- **Stufenweiser Aufbau**: von Grundlagenwissen über Analysekompetenz bis zur interprofessionellen Entscheidungsfähigkeit
- **Fallbeispiele aus dem beruflichen Alltag** als didaktisches Kernelement
- **Interprofessionelle Durchführung**: Pflege und Medizin lernen gemeinsam
- Explizite Verbindung von **Ethik und Kommunikationskompetenz**
- **Praxistransfer**: Inhalte müssen auch in klinische Aus- und Weiterbildung integriert werden

Vorschlag: Ethik-Modul in der Wundmanagement-Weiterbildung

Auf Basis dieser Empfehlungen und der in diesem Beitrag entwickelten Inhalte wird folgendes Mindest-Modul vorgeschlagen — als Ergänzung für alle anerkannten Weiterbildungsprogramme zum Wundmanagement im DACH-Raum:

Lerneinheit	Inhalt	Methode	Stunden
LE 1	Ethik und Moral — Grundbegriffe, Vier-Prinzipien-Modell, Care-Ethik	Vortrag + Diskussion	2 h
LE 2	Ökonomisierung im Gesundheitswesen — DACH-Systeme, DRG, LKF, SwissDRG	Vortrag + Fallbeispiel	2 h
LE 3	Moral Distress erkennen und bewältigen	Gruppenarbeit, Reflexion	2 h
LE 4	Ethische Fallreflexion — Vier-Boxen-Methode praktisch anwenden	Fallvignetten, Rollenspiel	3 h
LE 5	Risikomanagement und Ethik — ISO 9001, EN 15224, Ethikbeauftragter	Seminar, QM-Integration	2 h
LE 6	Patientenrechte, Shared Decision-Making, Autonomie	Fallstudien	1 h
Gesamt			12 h

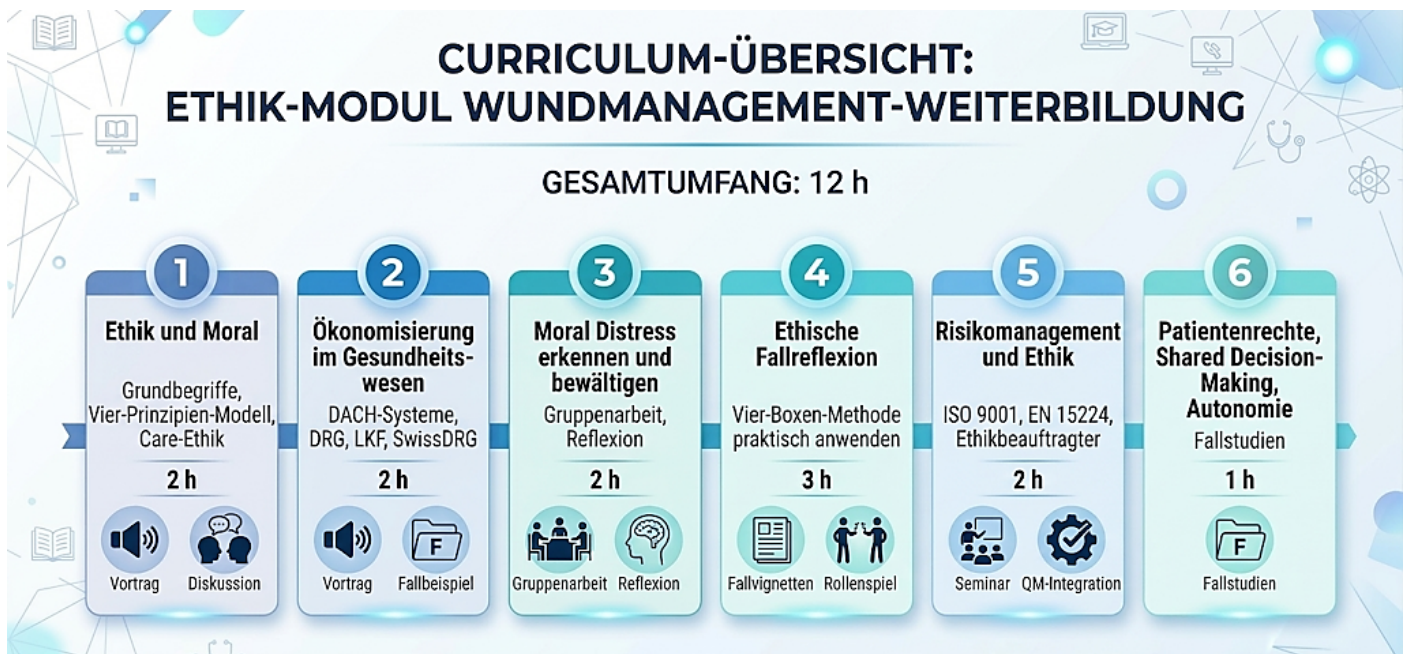


Abb. 2: Mögliche Curriculare Verankerung in der Wundmanagement - Weiterbildung © G.Kammerlander&KI

Ein Umfang von 12 Unterrichtsstunden ist in jedem mehrwöchigen Weiterbildungsprogramm integrierbar — ohne bestehende klinische Inhalte zu verdrängen. Die Einheit kann interprofessionell durchgeführt werden und stärkt damit gleichzeitig die Teamkommunikation.

Der langfristige Effekt: Wundmanagerinnen und Wundmanager, die diese Ausbildung absolviert haben, können ethische Konflikte früher erkennen, strukturiert ansprechen und konstruktiv lösen. Sie leiden weniger unter Moral Distress — und sie sind besser in der Lage, als Ethikbeauftragte ihrer Einrichtung zu fungieren. Hier schließt sich der Kreis zwischen den Lösungsansätzen 6.1 und 6.3.

7.5 Patientenzentrierte Therapiekonzepte als ethische Praxis — am Beispiel des Wund-Balance-Kontinuums

Ethik im Wundmanagement ist nicht nur eine Frage der Haltung und der Struktur — sie ist auch eine Frage des therapeutischen Konzepts. Ein Therapieansatz, der konsequent patientenzentriert ist, der Lebensqualität als Therapieziel gleichwertig neben der Wundheilung anerkennt, ist per se eine ethische Entscheidung.

Das 2023 von einem internationalen Expertengremium (WUWHS / Wounds International) entwickelte Wund-Balance-Kontinuum bietet hierfür einen zeitgemäßen Referenzrahmen. Sein Kerngedanke: Weg vom reaktiven „Wundmanagement“ hin zum proaktiven, früh ansetzenden „Wundheilen“ — mit drei gleichgewichtigen Säulen: (51)

1. **Wund-Balance** — frühzeitige Identifikation und Behandlung heilungshemmender Faktoren (Biomarker, MMP-Aktivität, Exsudat-Management)
2. **Patientenversorgung** — Lebensqualität, Schmerzkontrolle, Adhärenz, psychosoziale Dimension
3. **Klinische Praxis** — kontinuierliche, evidenzbasierte Therapieentscheidungen im interprofessionellen Team

„Wund-Balance-Kontinuums“

Patientenzentriertes Konzept zur frühen, aktiven Wundheilung – verbindet Wundbiologie, Lebensqualität und klinische Praxis.

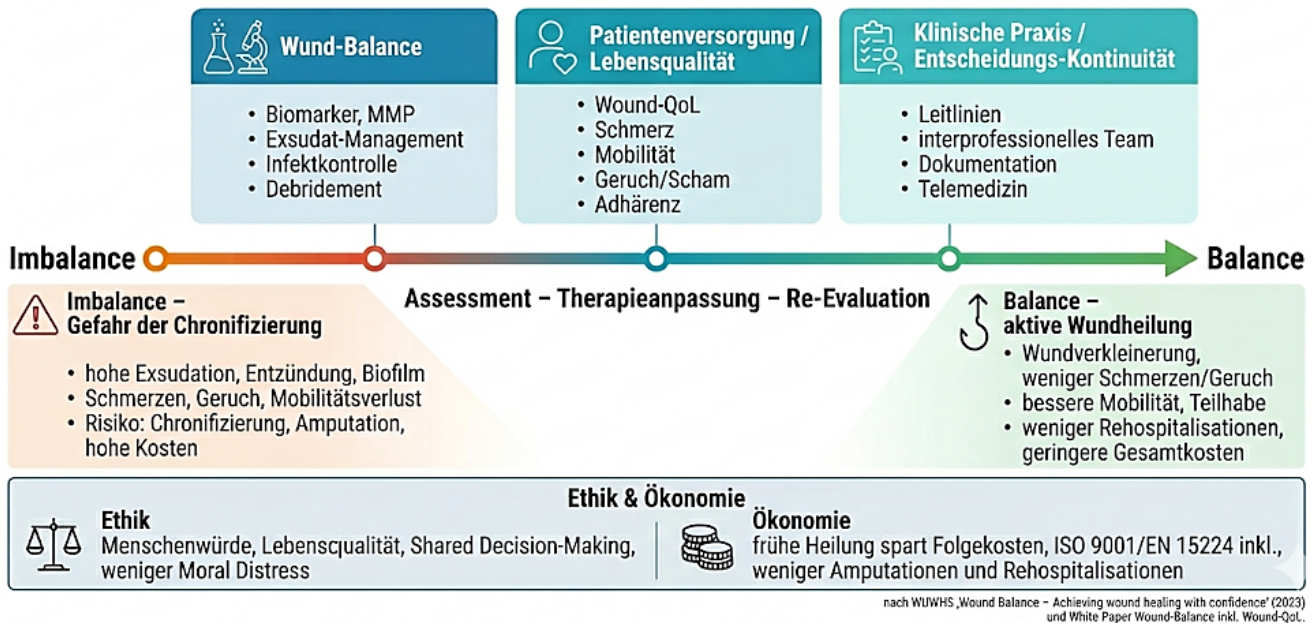


Abbildung 7: Patientenzentrierte Therapiekonzepte – Wund-Balance-Kontinuum © G.Kammerlander&KI

Die ethische Relevanz dieses Konzepts liegt in seiner Grundlogik: Frühzeitiges Heilen schützt den Patienten vor Chronifizierung — und reduziert damit gleichzeitig langfristige Versorgungskosten. Das ist der Punkt, an dem ethische Fürsorge und wirtschaftliche Vernunft keine Gegensätze mehr sind, sondern konvergieren.

„Aktuelle Therapiekonzepte wie das Wund-Balance-Kontinuum zeigen, dass patientenzentrierte Versorgung und wirtschaftliches Handeln keine Gegensätze sind. Das frühzeitige Erkennen und Behandeln heilungshemmender Faktoren verbessert die Lebensqualität der Betroffenen und reduziert gleichzeitig Folgekosten durch Chronifizierung — ein Modell, das ethische Fürsorge und ökonomische Vernunft vereint.“ (51) (52)

8 Fazit

8.1 Die zentrale Erkenntnis: Das Problem ist strukturell, nicht moralisch-individuell

Die Analyse hat gezeigt, dass die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden im DACH-Raum nicht primär an fehlender Fachkompetenz oder mangelnder persönlicher Moral scheitert, sondern an systemischen Rahmenbedingungen. Die Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung durch DRG-, LKF- und SwissDRG-Systeme erzeugt Fehlanreize, die gerade für Langzeitpatienten mit hohem Pflegeaufwand strukturelle Benachteiligungen bewirken. (36) (53) (7) (8) (6)

Pflegende und Ärzte erleben diese Spannungen unmittelbar: Sie wissen, was fachlich und ethisch geboten wäre, stoßen aber an institutionelle Grenzen. Das daraus entstehende moralische

Belastungserleben ist kein persönliches Versagen, sondern Ausdruck einer Organisationspathologie, wie sie die neuere Organisationsethik beschreibt. (54)

Konsequenz:

Wer das Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie im Wundmanagement ernsthaft angehen will, muss an Strukturen, Prozessen und Anreizsystemen arbeiten – nicht nur an Appellen an das Gewissen einzelner Berufsgruppen.

8.2 Ethik als Qualitäts- und Effizienzfaktor

Ein zentrales Ergebnis der Literaturanalyse und der Praxisbeispiele ist die Einsicht, dass ethisch hochwertige Wundversorgung langfristig auch ökonomisch sinnvoll ist. Frühzeitige Intervention, leitliniengerechte Therapie, Vermeidung von Chronifizierung und Amputationen sowie die Reduktion von Rehospitalisierungen sparen Kosten in Milliardenhöhe. (55) (53) (2)

Konzepte wie das Wund-Balance-Kontinuum, die evidenzbasierte S3-Leitlinie zu chronischen Wunden und internationale Konsensdokumente zur Kosteneffizienz im Wundmanagement zeigen übereinstimmend: Dort, wo standardisierte, patientenzentrierte und interdisziplinäre Versorgung umgesetzt wird, steigen Heilungsraten und sinken Gesamtkosten. (56) (51) (55)

Konsequenz:

Ethik ist kein Kostenfaktor, sondern ein Qualitäts- und Effizienzfaktor. Einrichtungen, die ethische Prinzipien systematisch in ihr Qualitäts- und Risikomanagement integrieren, schützen nicht nur Patienten, sondern auch ihre wirtschaftliche Basis.

8.3 Der doppelte Perspektivwechsel: Vom Individuum zur Organisation – von der Wunde zum Menschen

Zwei Perspektivwechsel sind leitend für die in diesem Beitrag entwickelten Lösungsansätze:

1. Vom Individuum zur Organisation:

Verantwortung für ethisch angemessenes Handeln wird nicht nur beim einzelnen Arzt oder der einzelnen Pflegekraft verortet, sondern auf die Organisation als Ganzes ausgeweitet. QM-Systeme nach ISO 9001 und EN 15224, der Ethikbeauftragte, strukturierte Fallreflexion und klinisches Risikomanagement sind Instrumente einer solchen Organisationsethik. (23) (54)

2. Von der Wunde zum Menschen:

Leitlinien, Qualitätsstandards und Therapiekonzepte richten den Blick zunehmend nicht nur auf die lokale Wundsituation, sondern auf Lebensqualität, psychosoziale Belastungen und patientendefinierte Ziele. Das Prinzip „Lebensqualität als Prüfstein des Behandlungsaufwands“ gewinnt an Akzeptanz – insbesondere in Palliativsituationen und bei langdauernden Wundverläufen. (35) (53) (29) (33)

3. Konsequenz:

Das Wundzentrum der Zukunft ist nicht nur ein Ort technisch perfekter Verbandwechsel, sondern ein Kompetenzzentrum für ganzheitliche, patientenzentrierte Versorgung im Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie.

8.4 Handlungsempfehlungen auf drei Ebenen

Aus den letzten Kapiteln lassen sich klare Empfehlungen für drei Verantwortungsebenen ableiten:

Mikroebene – Praxis im Wundzentrum:

- Einführung eines **Ethikbeauftragten** mit spezifischer Weiterbildung und klar definierter Rolle im QM-System
- Regelmäßige **interprofessionelle Fallbesprechungen** mit strukturierter ethischer Reflexion
- Systematische **Dokumentation ethischer Konflikte** als Teil des Risikomanagements
- Konsequente Anwendung aktueller **S3-Leitlinien und Konsensdokumente** als fachliche Untergrenze der Versorgung.

Mesoebene – Träger, Netzwerke, Weiterbildungseinrichtungen:

- Curriculare Verankerung eines Ethik- und Risikomanagement-Moduls (mindestens 12 Stunden) in allen anerkannten Weiterbildungen zum Wundmanagement im DACH-Raum (50) (57)
- Aufbau regionaler Versorgungsnetzwerke und Wundzentren, wie von Fachgesellschaften empfohlen, zur Sicherstellung frühzeitiger Intervention und strukturierter Versorgung. (58) (59)
- Förderung von digitalen Dokumentations- und Telemedizinlösungen, die Qualität und Kontinuität der Versorgung verbessern.

Makroebene – Gesundheitspolitik und Kostenträger:

- Reform der Vergütungssysteme, um nicht nur Prozeduren, sondern **Heilungserfolge und Lebensqualität** abzubilden. (63) (56)
- Entwicklung spezifischer **Disease-Management-Programme (DMP)** oder Selektivverträge für chronische Wunden, wie von Experten gefordert. (64)
- Verbindliche Berücksichtigung von **ethischen Qualitätsindikatoren** (z.B. Patientenzufriedenheit, Moral Distress, Lebensqualität) in der Versorgungsforschung und Qualitätsberichterstattung. (65) (46)

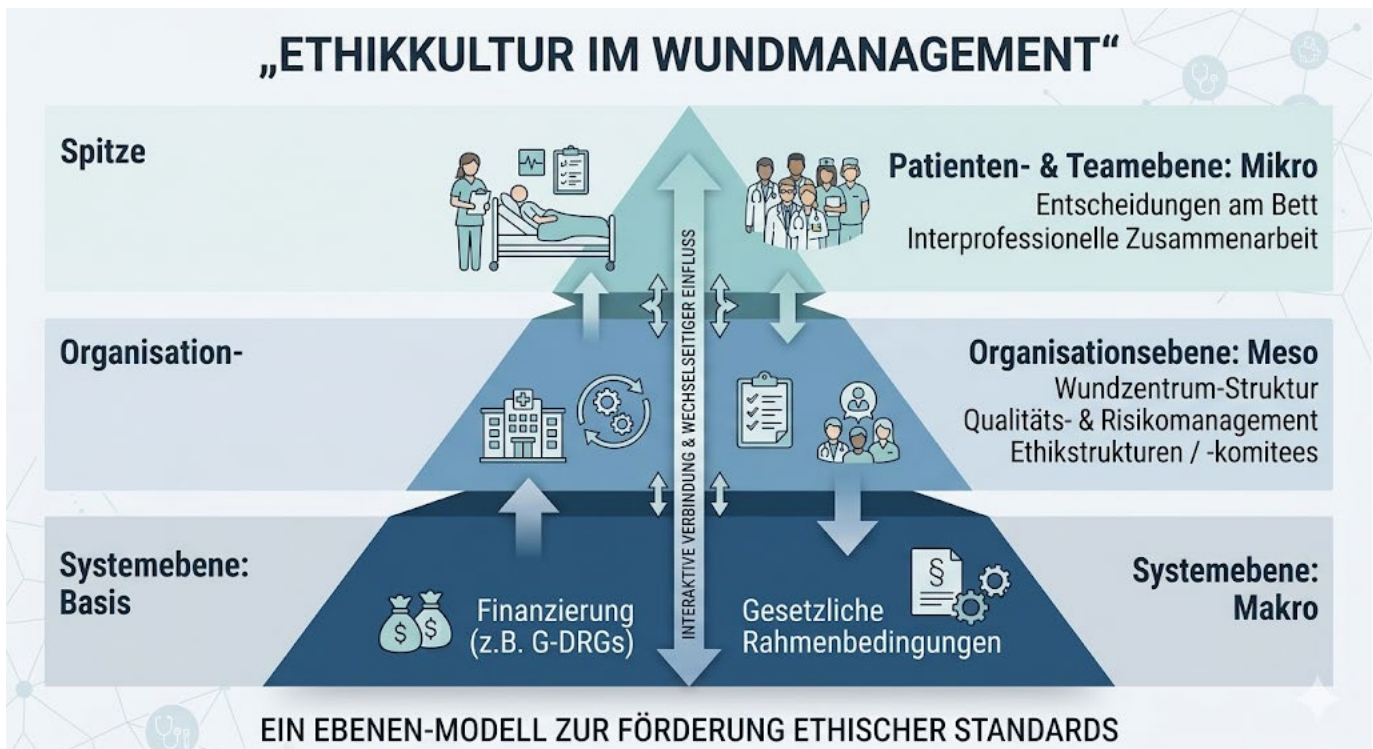


Abbildung 8: Handlungsebenen & Ethikkultur © G.Kammerlander&KI

8.5 Ausblick: Ethikkultur als Zukunftsaufgabe

Die künftige Versorgung chronischer Wunden wird von folgenden Entwicklungslinien geprägt sein:

- Digitalisierung (Telemedizin,
- KI-gestützte Wundanalyse),
- regenerative Therapieverfahren und
- eine weiter voranschreitende Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung. (60) (61) (56)

Damit diese Entwicklungen nicht zu weiterer Entfremdung zwischen Patientenwohl und Systemlogik führen, braucht es eine bewusste, gestaltete Ethikkultur in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Organisationsethik versteht Krankenhäuser, Pflegeheime und Wundzentren als „moralische Akteure“, die einen eigenen Charakter entwickeln. Dieser Charakter entscheidet mit darüber, ob wirtschaftliche Zwänge zu Entsolidarisierung oder zu verantworteter Ressourcennutzung führen. (54)

Für das Wundmanagement bedeutet das:

- Ethik darf kein „zusätzliches“ Thema am Rand sein, sondern muss integraler Bestandteil von Qualitätsmanagement, Weiterbildung und Versorgungsplanung werden.
- Wundzentren, die diese Rolle annehmen, können zu **Leuchttürmen** einer neuen Versorgungsqualität werden – in der die Balance zwischen Effizienz und Fürsorge nicht nur gefordert, sondern gelebt wird. (55)

Oder zugespitzt formuliert:

Moderne Wundzentren sind dann erfolgreich, wenn sie nicht trotz, sondern dank ihrer Ethik wirtschaftlich bestehen können.

Damit wäre das eigentliche Ziel dieses Beitrags erreicht: nicht die moralische Anklage des Systems, sondern der Entwurf einer realistischen, praxisnahen Entwicklungsrichtung, in der Ethik, Ökonomie

9 Literaturverzeichnis

1. Kammerlander, G. Akademie-ZWM.ch. Analyse aktueller Artikel zum Thema Kosten im Wundmanagement (Deutschland, 2009-2024): Analyse, Literatur & Grafiken. [Online] 04. 08 2025. [Zitat vom: 23. 03 2026.] https://www.akademie-zwm.ch/uploads/tx_scpublications/Fachartikel_Wundkosten_Deutschland_G.Kammerlander_2025-08-04.pdf.
2. Tisch und Nolte. DAK-Gesundheit. Versorgungsreport 2024. Chronische Wunden - Versorgungssituation und Optimierungsziele. [Online] 2024.
3. HARTMANN Online-Redaktion. Wundbehandlung. Chronische Wunden: neue Statistik zeigt aktuelle Zahlen. [Online] [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://www.hartmann.info/de-de/wissen/2/9/statistik-chronische-wunden>.
4. Himmelsbach, Raffael PhD und Morasek, Kathrin BA MA. Prävalenz- und Inzidenzerhebung chronischer Wunden in Österreich. [Online] [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://show.lbg.ac.at/praevalenzerhebung/>.
5. Payr, E. Dr., Stieger, Martin Prof. Dr. Dr. und Votava, Georg Dr. Die Wunde und das liebe Geld. [Online] [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://ogb.co.at/wp-content/uploads/2021/01/Die-Wunde-und-das-liebe-Geld.pdf>.
6. NursingDRG. NursingDRG. Abschlussbericht zum Projekt NursingDRG (2008 - 2021). [Online] https://swissnurseleaders.ch/wp-content/uploads/2024/09/Abschlussbericht_NursingDRG_final_2021_12_16.pdf.
7. Bündnis Krankenhaus statt Fabrik. Krankenhaus statt Fabrik - bedarfsgerecht - gemeinwohlorientiert. [Online] 04 2020. [Zitat vom: 23. 03 2026.] https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/wp-content/uploads/2024/03/KHstatt_Fabrik_Broschuere_2020.pdf.
8. Sozialministerium AT. Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF). [Online] 01. 10 2025. [Zitat vom: 23. 03 2026.] [https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Leistungsorientierte-Krankenanstaltenfinanzierung-\(LKF\).html](https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Leistungsorientierte-Krankenanstaltenfinanzierung-(LKF).html).
9. Monteverde, S., [Hrsg.]. Handbuch Pflegeethik. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 2020.
10. Kohlen, H. und Kumbrock, C. Care-(Ethik) und das Ethos fürsorglicher Praxis (Literaturstudie). (artecpaper, 151). SSOAR Open Access Repository www.ssoar.info. [Online] 2008. [Zitat vom: 23. 3 2026.] <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-219593>.
11. Chilian, L. Art. "Care-Ethik / Care-Ethics" (Version 1.0 vom 11.10.2018). Ethik-Lexikon. [Online] 11. 10 2018. [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://www.ethik-lexikon.de/lexikon/care-ethikcare-ethics>.
12. Gröne, Johanne M. Masterthesis: Deutschsprachige Care-Ethik: Conradis und Schnabls Verständnis von Care Ethik und dessen Bedeutung für die gesellschaftliche Praxis. [Online] 08. 08 2013. [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=130845>.
13. Beauchamp, TL und Childress, JF. Principles of Biomedical Ethics. 8. Auflage. New York: Oxford University Press, 2019.
14. International Council of Nurses. ICN Code of Ethics for Nurses. Revised 2021. Genf: ICN, 2021.
15. Wiesing, U., [Hrsg.]. Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. 5. Auflage. Stuttgart: Reclam, 2020.
16. Schulz, Susanne Eva. Forschung Aktuell WSI Mitteilungen. Arbeiten im Krankenhaus: der Umgang von Beschäftigten mit der Ökonomisierung. [Online] 03 2017. [Zitat vom: 23. 03 2026.] https://www.wsi.de/data/wsimit_2017_03_schulz.pdf.
17. Wild, Verina, Pfister, E. und Biller-Andorno, N. DRG und Ethik: ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen. [Online] 2011. [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://www.semanticscholar.org/paper/DRG-und-Ethik%3A-ethische-Auswirkungen-von-im-Wild-Pfister/c5d8b5f6100857ea8626ea429c6b714e0ac4234a>.
18. Simon, Alfred. Carina Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim. Moralischer Stress im pflegerischen Alltag. [Online] [Zitat vom: 23. 03 2026.] https://pflegenetzwerk-deutschland.de/fileadmin/files/SeLeP_Seminar/Texte/moralischer_stress.pdf.
19. Leonhard, Jasmina und Binder, Theresa Maria. Publikationsdatenbank. Moral Distress und seine Auswirkungen auf Intensivpflegepersonen. [Online] 05 2025. [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://pub.hcw.ac.at/obvfcwhs/content/titleinfo/12050501>.
20. Klotz, Karen und al., et. National Library of Medicine. Wenn Berufsethik zu moralischer Belastung führt. [Online] 15. 09 2022. [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9473735/>.
21. Kühlmeyer, Katja. Was löst moralischen Stress aus? [Online] https://www.egt.med.uni-muenchen.de/forschung/publikationen/publikationen-2023/ih030_007-017_kuehlmeier.pdf.
22. Jameton, A. Nursing Practice: The Ethical Issues. Prentice-Hall: Englewood Cliffs, 1984.
23. Marckmann, Georg Prof. Dr. Ethik in der Medizin. Ökonomisierung im Gesundheitswesen als organisationsethische Herausforderung. [Online] 02 2021. [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://www.springermedizin.de/oekonomisierung-im-gesundheitswesen-als-organisationsethische-he/19293412>.
24. Böhm, Thomas. Rosa Luxemburg Stiftung. Das kranke System der Fallpauschalen. [Online] [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://www.rosalux.de/news/id/52554/das-kranken-system-der-fallpauschalen>.
25. Hans Böckler Stiftung. Hans Böckler Stiftung. Reformbedarf bei Krankenhausfinanzierung - Personallücken, Pflegeengpässe, Privatisierungsdruck: Studie empfiehlt Abschaffung der DRG-Fallpauschalen. [Online] 12. 11 2020. [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://www.boeckler.de/de/pressemitteilungen-2675-personallucken-pflegeengpasse-privatisierungsdruck-28345.htm>.
26. Schneider, Cornelia, et al. Ludwig Boltzmann Forschungsgruppe - Alterung und Wundheilung. Die Versorgung chronischer Wunden durch das österreichische Gesundheitssystem -- eine Übersicht. [Online] 2022. [Zitat vom: 23. 03 2026.] https://www.akademie-zwm.ch/uploads/tx_scpublications/LBG_SHoW_Wundbericht_v3_01.pdf.
27. ARTISET Zürich. Grundlagen Umsetzung Pflegefinanzierung im Jahr 2024 in Zürcher Alters- und Pflegeheimen. [Online] 28. 08 2023. https://artiset-zh.ch/assets/Uploads/Pflegefinanzierung/Grundlagen-Umsetzung-Pflegefinanzierung-2024_20230828.pdf.
28. DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. Ethische Konflikte - Lösungsvorschläge aus der Praxis für die Praxis. [Online] [Zitat vom: 12. 03 2026.] https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/BAG_Broschuere_Ethische-Konflikte_2019.pdf.
29. Wounds International. Optimierung des Wohlbefindens von Menschen mit Wunden. [Online] 2012. [Zitat vom: 23. 03 2026.] https://www.akademie-zwm.ch/uploads/tx_scpublications/wuwhs_2.pdf.
30. Gehoff, Maria. Menschen mit chronischen Wunden häufig sozial isoliert -- die Art der Wunde spielt dabei keine Rolle. [Online] 03 2022. [Zitat vom: 23. 03 2026.] https://shop.mhp-verlag.de/media/pdf/41/56/5e/wm202203_184_185_Gehoff_Versorgungsforschung.pdf.

31. Köhler, Ulrike Dr. med. und al., et. Lebensqualität bei Patienten mit chronischen Wunden. [Online] [Zitat vom: 23. 03 2026.] https://www.akademie-zwm.ch/uploads/tx_scpublications/Lebensqualitaet_Wundpatienten_2001.pdf.
32. Protz, Kerstin. Pflegelexikon - Die Serie zum Sammeln. Lebensqualität -- Wohlbefinden bei Patienten mit chronischen Wunden. [Online] 06 2012. [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://www.werner-sellmer.de/files/Protz-Lebensqualitaet-bei-Patienten-mit-chronischen-Wunden-Wundmanagement-06.2012.pdf>.
33. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Expertenstandard. Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (2. Aktualisierung). [Online] 2025. [Zitat vom: 23. 03 2026.] https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Chronische_Wunden/cWunden_2Akt_Auszug.pdf.
34. Uebach, Barbara und al., et. HNO. Leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit malignen Wunden. [Online] 03 2022. https://www.akademie-zwm.ch/uploads/tx_scpublications/Palliative_Versorgung_maligner_Wunden_S3_Leitlinie_2022_01.pdf.
35. Kapitzka, Thomas. Gesundheitswesen. Hospital Profits: Ethical Aspects at the Interface Between Medicine and Economics. [Online] 08 2022. [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11248897/>.
36. Bauer, Ulrich. Jahrbuch für kritische Medizin. Gesundheit im ökonomisch-ethischen Spannungsfeld. [Online] 2013. [Zitat vom: 23. 03 2026.] https://www.med.ovgu.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKM_Band44_Kapitel07_Bauer.pdf.
37. Jonas, Hans. Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung. Frankfurt am Main: Insel Verlag, 1985.
38. Vorest AG. Was ist Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen nach ISO 9001? [Online] [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://qualitaetsmanagement.me/qualitaetsmanagement-iso-9001/qualitaetsmanagement-gesundheitswesen/>.
39. Kuntsche, Peter und Böchers, Kirstin. Qualitäts- und Risikomanagement im Gesundheitswesen. Heidelberg: Springer Gabler, 2017.
40. Vorest AG. Qualitätsmanagement in der Pflege und im Gesundheitswesen. [Online] [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://www.vorest-ag.com/qualitaetsmanagement-pflege-gesundheitswesen>.
41. senetics. DIN EN ISO 9001 im Gesundheitswesen. [Online] [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://senetics.de/2023/09/din-en-iso-9001-im-gesundheitswesen-qualitaetsmanagement-fuer-medizinische-einrichtungen/>.
42. TÜV Thüringen. DIN EN 15224 - Qualitätsmanagement für das Gesundheitswesen. [Online] [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://tuev-thueringen.de/umwelt-nachhaltigkeit/managementsysteme/gesundheitswesen/din-en-15224/>.
43. Wikipedia. EN 15224. [Online] 03. 05 2024. [Zitat vom: 23. 03 2026.] https://de.wikipedia.org/wiki/EN_15224.
44. Wundzentrum Langenselbold. Qualität. [Online] [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://www.wundzentrum-langenselbold.de/qualitaet.html>.
45. Sens, Brigitte Dr. phil. Microsoft PowerPoint - Sens_DIN15224.ppt. Qualitätsmanagement. [Online] 28. 08 2012. [Zitat vom: 23. 03 2026.] https://www.gmqm.de/media/redaktion/Veranstaltungen/Summercamp/SC_2012/GQMG-SC-2012-Sens_DIN15224.pdf.
46. Härter, Martin. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. [Online] 03 2022. [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8886559/>.
47. Bergmann, Karl Otto. Risiko- und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen - Entwicklung und Tendenzen 2020 / 2021. [Online] 12 2021. [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8650728/>.
48. Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. Standards für Ethikberatung im Gesundheitswesen. [Online] [Zitat vom: 23. 03 2026.] https://aem-online.de/fileadmin/user_upload/Ethikberatung/Standards_Ethikberatung_2022-12-21_Verlag_final_PrePrint.pdf.
49. Ethikkomitee.de. Standard für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. [Online] 12 2025. [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://ethikkomitee.de/ethikberatung/standards/index.html>.
50. Akademie für Ethik in der Medizin. Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. [Online] 02 2010. [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://www.springermedizin.de/standards-fuer-ethikberatung-in-einrichtungen-des-gesundheitswesens/8559322>.
51. Akademie für Ethik in der Medizin. Curriculum Ethikberatung im Gesundheitswesen. [Online] 21. 12 2022. [Zitat vom: 23. 03 2026.] https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/Ethikberatung/Curriculum_Ethikberatung_im_Gesundheitswesen_2019-06-24_geaendert_am_21.12.22_.pdf.
52. Gattermann, J. Urologe A. Ethics, communication and interdisciplinary collaboration---by law?! [Online] 02 2021. [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7875159/>.
53. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Ethikausbildung für Gesundheitsberufe. Bern, 2019.
54. Garten, A und al., et. WOUNDS International. White Paper - Wound balance: Achieving wound healing with confidence. [Online] 25. 04 2023. [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://woundsinternational.com/best-practice-statements/white-paper-wound-balance-achieving-wound-healing-with-confidence/>.
55. Der Privatarzt digital. Versorgung chronischer Wunden - Konzept des Wund-Balance-Kontinuums. [Online] 08. 2024. [Zitat vom: 03. 2026 09.] <https://www.der-privatarzt.de/artikel/kongress-ticker-wuko--versorgung-chronischer-wunden-pad-03-24>.
56. Riedl, S. und Storck, M. Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden und Wundheilungsstörungen -- eine Aufgabe für die Chirurgie. [Online] 25. 01 2021. [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://www.bdc.de/versorgung-von-patienten-mit-chronischen-wunden-und-wundheilungsstoerungen-eine-aufgabe-fuer-die-chirurgie/page/3/>.
57. Burmeister, Christiane und al., et. Ethik in der Medizin. Organisationsethik in Einrichtungen des Gesundheitswesens. [Online] 02 2021. [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://www.springermedizin.de/organisationsethik-in-einrichtungen-des-gesundheitswesens/19319706>.
58. WOUNDS international. Begründung für ein Kosteneffizientes Wundmanagement. [Online] 2013. [Zitat vom: 23. 03 2026.] https://www.akademie-zwm.ch/uploads/media/konsensusdokumente/Kosteneffizienz_im_Wundmanagement_WUWHS_2013.pdf.
59. Slucik, Lara Sophie und al., et. universimed. S3-Leitlinie „Chronische Wunden“. [Online] 02. 12 2025. [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://www.universimed.com/at/article/dermatologie/s3-leitlinie-chronische-wunden-531201>.
60. Ludwig Boltzmann Forschungsgruppe - Alterung und Wundheilung. Die Versorgung chronischer Wunden durch das österreichische Gesundheitssystem -- eine Übersicht. [Online] 2022. [Zitat vom: 23. 03 2026.] https://www.akademie-zwm.ch/uploads/tx_scpublications/LBG_SHoW_Wundbericht_v3_01.pdf.
61. Storck, M. und et al. Gefäßchirurgie. Kompetenzlevel in der Wundbehandlung. [Online] <https://www.icwunden.de/wp-content/uploads/2023/09/s00772-019-0550-9.pdf>.
62. Minz, Rainer und al., et. Hospital 2030---What must change. [Online] 03 2023. [Zitat vom: 23. 03 2026.] <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9999309/>.
63. URGO Medical Healing People. Erstattungspraxis Wundprodukte -- Auswirkungen auf die klinische Wundbehandlung. [Online] 31. 01 2025. [Zitat vom: 24. 03 2026.] <https://www.urgo.de/news/prof-dr-m-augustin-auswirkungen-der-geanderten-erstattungspraxis/>.

64. Neugebauer, Edmund und et al. Necessity and Ways to Develop Care Goals for the Health System in Germany -- a Position Paper of the DNVF. [Online] 09 2022. [Zitat vom: 24. 03 2026.] <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9525141/>.