

VERGÜTUNG 01.10.2026

Leserbrief: 12,92 Euro für mich – Gedanken einer Wundpatientin



Literarisch verdichtete und anonymisierte Patientenperspektive; kein wörtliches Patientenzitat.

Ich bin 88 Jahre alt. Ich liege im Bett. Meine Arme und Beine sind kontrakt und lassen sich kaum noch bewegen. Jede Berührung kann wehtun – auch die Berührung von Menschen, die mir helfen wollen. Ich kann mich nicht selbst drehen oder lagern. Mein Gesicht und mein Körper müssen erklären, was ich nicht mehr in Worte fassen kann.

Ich habe eine Demenz. Für rechtliche Entscheidungen gibt es einen gesetzlichen Betreuer. Meinen Stuhl kann ich nicht halten. Ein Blasenkatheter soll den Urin ableiten, ist aber immer wieder undicht. Meine Haut ist dadurch ständig Feuchtigkeit, Druck und Reibung ausgesetzt. An der Ferse habe ich ein Ulkus, am Kreuzbein einen Dekubitus. In meiner Akte stehen außerdem chronisch-venöse Insuffizienz, Diabetes und Adipositas. Jedes dieser Wörter erhöht das Risiko, dass meine Wunden nicht heilen. Ich kenne diese Begriffe nicht. Ich weiß auch nicht, was eine Richtgrößenprüfung ist.

Aber meine Wunden wissen es offenbar ebenfalls nicht. Sie halten sich nicht an Budgets. Sie fragen nicht, ob der Monatsanfang günstiger wäre. Sie nässen, schmerzen und verschlechtern sich unabhängig davon, ob die behandelnde Praxis ihre Richtgröße bereits überschritten hat.

Rechnen kann ich nicht mehr gut. Andere rechnen dafür umso genauer mit mir: In einem realen Prüfverfahren wurden für 5.340 Patientinnen und Patienten insgesamt 69.015,33 Euro für Arznei- und Verbandmittel angesetzt. Das sind 12,92 Euro pro Patient und Jahr.

12,92 Euro. Für ein ganzes Jahr. Für meine Ferse, meinen Dekubitus und die gefährdete Haut. Für Wundauflagen, Saugmaterialien, Hautschutz und Fixierung. Für alles, was verhindern soll, dass Druck, Stuhl und Urin meine Haut weiter zerstören. Vielleicht soll man mir einmal im Jahr ein Pflaster aufkleben und etwas Aufmunterndes sagen.

Meine Wunden benötigen allerdings mehr als gute Gedanken. Sie brauchen Druckentlastung, Lagerung, Wundreinigung, Infektionskontrolle, Exsudatmanagement und Verbandmittel, die zu meiner Situation passen. Jede unnötige Manipulation bedeutet Schmerzen. Jeder zusätzliche Verbandwechsel kann für mich Angst und Qual bedeuten. Wenn ich mich wehre, das Gesicht verziehe oder schreie, gelte ich vielleicht als unruhig oder schwierig. Dabei ist mein Körper nur die letzte Sprache, die mir geblieben ist.

Die Kosten meiner Versorgung sind leicht zu erfassen. Die Wundauflage steht auf der Verordnung. Der Superabsorber erscheint in der Statistik. Das Fixiermaterial wird gezählt. Nicht gezählt wird, wenn ich weniger Schmerzen habe. Nicht gezählt wird die verhinderte Infektion oder der vermiedene Transport in die Notaufnahme. Und nicht gezählt wird meine Würde.

Das System sieht zuverlässig, was meine Versorgung kostet. Es sieht deutlich schlechter, was sie mir erspart. Nach Abzügen lagen die Verordnungskosten in dem geprüften Fall bei 62,02 Euro pro Patienten und Jahr. Daraus wurde eine Überschreitung von 379,9 Prozent. Was statistisch nach Unwirtschaftlichkeit aussieht, kann an meinem Bett schlicht bedeuten, dass mich jemand medizinisch angemessen versorgt.

Besonders beruhigend ist die Geschwindigkeit des Systems: Behandelt wurde 2021. Eine „Beratung vor Regress“ wurde 2023 empfohlen. Im Jahr 2026 wurde entschieden, dass diese Beratung stattfinden soll. Wenn fünf Jahre später über meine Verbandmittel beraten wird, ist meine Wunde vielleicht längst geheilt, chronifiziert oder eskaliert. Vielleicht wurde mein Bein amputiert. Vielleicht lebe ich nicht mehr.

Aber die Akte ist noch da. Und die Akte ist geduldig. Niemand verlangt unbegrenzt teure Verbandsmittel. Ich brauche keinen Freibrief, sondern eine Behandlung, die meinen Wundzustand, meine Schmerzen, meine Grunderkrankungen und mein Therapieziel berücksichtigt. Eine Wundpraxis darf deshalb nicht allein daran gemessen werden, wie viel sie im Vergleich zum Durchschnitt verordnet. Man muss auch fragen, welche Patienten sie behandelt, welche Komplikationen sie verhindert und welche Lebensqualität sie erhält.

Ich bin keine statistische Überschreitung. Ich bin eine 88-jährige Frau: dement, immobil und vollständig auf andere angewiesen. Ich kann mich nicht selbst gegen Unterversorgung wehren. Deshalb brauche ich Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte, die es für mich tun, auch wenn sie dadurch auffallen.

Andernfalls kann man am Ende zufrieden feststellen:

Die Patientin hat gelitten.
Die Wunde ist eskaliert.
Das Bein ist weg – aber das Budget ist gerettet.

Erika Wundfall, 88 Jahre
(selbstverständlich ein Pseudonym)

P.S.: Mein Chirurg ist Dennis BORCES, Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie, 2. stellvertretender Vorsitzender des BDC-Landesverbands Saarland, Chirurgisches MVZ St. Ingbert GmbH und Chirurgischer Wundzirkel Saarland. Er kennt meine Wunden – die Richtgröße kennt sie nicht.

Hier klicken und eine ausführliche Darstellung des Beitrags „Chronische Wunden: Die Kunst, mit 12,92 Euro ein Jahr lang zu heilen“ lesen...

BDC KOMMENTAR

Die Richtgrößen-Prüfung ist kein Niederlassungs-Hindernis!

Da ist es wieder: Das Regress-Ungeheuer. Eigentlich hatten wir gehofft, es sei endgültig besiegt und würde keine jungen Chirurg:innen von ihren Plänen für eine Niederlassung abschrecken.

Die im Fallbeispiel drastisch geschilderten Einschränkungen der Versorgung von PatientInnen mit chronischen Wunden durch das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 des 5. Sozialgesetzbuches (die so genannten „WANZ“-Kriterien) können im Einzelfall bittere und sogar beschämende Konsequenzen haben. Aber auch für die betroffenen Chirurginnen und Chirurgen ist eine Richtgrößenprüfung und eine Regressandrohung eine extrem lästige und im Einzelfall finanziell existenzbedrohende Belastung. Die in den meisten Fällen erfolgreiche Abwehr des angedrohten Regresses kostet Zeit und Nerven, auch wenn die zuständige Kassenärztliche Vereinigung als auch der Berufsverband dabei unterstützend zur Seite stehen.

Es darf aus Einzelfällen aber nicht geschlossen werden, dass eine leitliniengerechte Versorgung von chronischen Wunden – auch im Rahmen der Richtgrößen – nicht möglich sei, solange Wundpatienten nur eine durchschnittliche „Beimischung“ im Patientenkontext einer chirurgischen Praxis oder einer Krankenhausarzt-Ermächtigung bedeuten. Kritisch wird es dann, wenn die Behandlung chronischer Wunden einen oder den Schwerpunkt der chirurgischen Tätigkeit darstellt. Dann kann nur die Feststellung einer anerkannten Praxis-Besonderheit oder der Eintritt in einen [Selektivvertrag](#) helfen, wie ihn auch der BDC vermittelt, leider nur für einige wenige Krankenkassen. Und man muss als Rezeptaussteller und Verordner kritisch bleiben und die Verordnungswünsche von Pflegediensten und Wundmanager:innen anhand der aktuellen Leitlinien prüfen und nötigenfalls korrigieren. Auch die stetigen Weiterentwicklungen der Hersteller von Wundauflagen sind anhand dieser Kriterien auf Pseudoinnovationen kritisch zu prüfen.

Insgesamt können wir als BDC aktuell keine Häufung von Regressverfahren feststellen und wir begrüßen die im Leserbrief geschilderte und gesetzlich festgelegte „Beratung vor Regress“ ausdrücklich. Darüber hinaus stehen unsere Regionalvertreter in den Landesverbänden für Beratung und Unterstützung zur Verfügung. Insgesamt sollte diese Problematik also kein relevantes Niederlassungshindernis darstellen.

Dr. Peter Kalbe, BDC-Vizepräsident

Borces D: Leserbrief: 12,92 Euro für mich – Gedanken einer Wundpatientin. Passion Chirurgie. 2026 Oktober; 16(10): Artikel 04_07.

Autor:in des Artikels



Dennis Borces

2. Stellv. Vorsitzender BDC|Landesverband Saarland
Chirurgisches MVZ St. Ingbert GmbH
Chirurgischer Wundzirkel Saarland