

Chronische Wunden: Die Kunst, mit 12,92 Euro ein Jahr lang zu heilen

Version 1.3 - Entwurf für Passion Chirurgie

Es gibt in der ambulanten Chirurgie viele anspruchsvolle Aufgaben. Blutungen stillen. Abszesse eröffnen. Patienten erklären, dass früher Google und heute KI zwar viel weiß, aber weiterhin keine Approbation besitzt. Die wirkliche Königsdisziplin beginnt jedoch dort, wo Chirurgen und Chirurgen chronische Wunden versorgen sollen: leitliniengerecht, wirtschaftlich, menschlich, kausal, interprofessionell, bürokratiearm, digital dokumentiert, pflegeheimtauglich, regresssicher - und bitte ohne aufzufallen.

Auffallen ist im System der vertragsärztlichen Wundversorgung nämlich gefährlich. Wer auffällt, bekommt Post. Nicht unbedingt Dankespost. Eher jene besondere Form verwaltungstechnischer Prosa, bei der man nach wenigen Zeilen weiß: Es wird entweder teuer oder sehr arbeitsreich. Meist beides.

Nehmen wir ein reales Beispiel aus einer Richtgrößenprüfung Arznei- und Verbandmittel 2021. Für 5.340 Patienten wurde ein Richtgrößenvolumen von 69.015,33 Euro angesetzt. Das entspricht exakt 12,92 Euro pro Patient und Jahr. Die von den Krankenkassen festgestellten Verordnungskosten beliefen sich auf 335.711,45 Euro, also 62,87 Euro pro Patient und Jahr vor Abzügen. Nach Abzügen blieb ein prüfrelevantes Verordnungsvolumen von 331.192,32 Euro, entsprechend 62,02 Euro pro Patient und Jahr. Daraus wurde eine Überschreitung von 379,9 Prozent.

Anhörung
Richtgrößenprüfung 2021

Guten Tag,

die Gemeinsame Prüfungsstelle des Saarlandes führt aktuell die Richtgrößenprüfung Arzneimittel 2021 durch.

Diese von Amts wegen durchzuführende Prüfung bezieht sich grundsätzlich auf die in einem Kalenderjahr getätigten Verordnungen. Grundlage sind die arztbezogenen Richtgrößermessungen, die mithilfe der von den Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelten Fallzahlen und den von den Krankenkassen übermittelten Verordnungsdaten von der Prüfungsstelle erstellt werden.

Wenn die Gesamtkosten der in einem Kalenderjahr von einem Arzt verordneten Arznei- und Verbandmittel das Richtgrößervolumen um mehr als 25 Prozent überschreiten, ist die Gemeinsame Prüfungsstelle nach der Prüfvereinbarung Saarland zu einer Richtgrößenprüfung verpflichtet. Die einzelnen Ärzte, die sich der Richtgrößenprüfung unterziehen müssen, werden von der Beratungskommission, die aus Vertretern der Kassen und der Ärzte zusammensetzt, bestimmt.

Da Sie Ihr Richtgrößervolumen von 69.015,33 Euro um mehr als 25% überschreiten, hat die Beratungskommission Sie ausgewählt.

Ihr Richtgrößenbetrag für das Kalenderjahr 2021 setzt sich wie folgt zusammen:

Richtgrößenwert	multipliziert	Anzahl Patienten Altersgruppen	Produkt
1,76 €	x	168	293,28 €
8,33 €	x	1.835	15.285,55 €
11,96 €	x	1.755	20.989,80 €
20,51 €	x	1.582	32.446,82 €
Richtgrößervolumen		5.340	Summe= 69.015,33 €

Ihre Verordnungskosten belaufen sich nach den Feststellungen der Krankenkassen auf 335.711,45 Euro. Die Prüfungsstelle hat hiervon vorab folgende Abzüge vorgenommen:

Abbildung 1: Auszug aus dem Anhörungsschreiben zur Richtgrößenprüfung 2021 mit Richtgrößervolumen, Patientenzahl und Verordnungskosten.

An dieser Stelle darf man kurz innehalten. 12,92 Euro. Für ein Jahr. Für Arznei- und Verbandmittel. Bei Patienten, unter denen sich chronische Wunden, Ulcus cruris, diabetische Wunden, Dekubitus, postoperative Wundheilungsstörungen, palliative Wunden, infizierte Wunden, stark exsudierende Wunden und Pflegeheimpatienten befinden können.

Das ist der Moment, in dem man als Chirurg überlegt, ob man die Wunde versorgen oder ihr lieber eine warme Decke und gute Gedanken verordnen soll.

Natürlich sagt niemand offiziell: "Bitte versorgen Sie schlechter." Das wäre zu direkt. Man sagt: "Bitte wirtschaftlich verordnen." Das klingt vernünftig. Verantwortungsbewusst. Nach Solidargemeinschaft. Nach Beitragsstabilität.

Das Problem ist nur: Bei chronischen Wunden bedeutet "wirtschaftlich" im Richtgrößensystem nicht automatisch medizinisch sinnvoll. Wenn der Maßstab so niedrig ist, dass er bei echten chronischen Wunden gar nicht eingehalten werden kann, dann wird aus Wirtschaftlichkeit in der Praxis etwas anderes: weniger Material, einfachere Versorgung, längere Wechselintervalle, mehr Rechtfertigung - und am Ende schlechtere Versorgung.

Wenn der Richtwert medizinisch nicht reicht, wird Sparsamkeit zur Unterversorgung.

Denn eine chronische Wunde benötigt nicht einmal im Quartal ein Pflaster und eine aufmunternde Bemerkung. Sie benötigt Diagnostik, Kausaltherapie, Debridement, Infektkontrolle, Exsudatmanagement, Kompression, geeignete Verbandmittel, Verlaufskontrolle, Pflegekoordination, Patientenschulung und gelegentlich auch die nüchterne Erkenntnis, dass nicht jede Wunde heilen wird. Dann geht es um Stabilisierung, Schmerzreduktion, Geruchskontrolle, Exsudatkontrolle, Pflegefähigkeit, Würde und Lebensqualität. Man nennt das dann nicht Scheitern, sondern Best Supportive Care.

Kurz: Es geht um Medizin.

Das Richtgrößensystem sieht aber zunächst keine Wunde. Es sieht Zahlen. Durchschnittswerte. Vergleichsgruppen. Überschreitungen. Prozentwerte. Und wenn eine Praxis besonders viele Wunden behandelt, sieht das System vor allem eines: Auffälligkeit.

Hier beginnt die Absurdität. Eine Praxis, die chronische Wundpatienten konsequent ambulant versorgt, wird nicht zwingend deshalb auffällig, weil sie unwirtschaftlich arbeitet. Sie wird auffällig, weil sie genau das tut, was versorgungspolitisch eigentlich gewünscht wird: komplexe Patienten ambulant behandeln, Pflegeheime unterstützen, stationäre Eskalationen vermeiden, Komplikationen früh erkennen und Versorgung strukturieren.

Die Materialkosten sind sichtbar. Der Nutzen ist es oft nicht. Der Superabsorber steht im Budget. Die vermiedene Sepsis nicht. Die Schaumauflage erscheint in der Statistik. Der verhinderte Transport in die Notaufnahme nicht. Das Distanzgitter wird gezählt. Der Patient, der wegen Geruchskontrolle wieder am Mittagessen teilnimmt, eher nicht.

Das System misst also zuverlässig den Teil der Versorgung, der Geld kostet, und übersieht jenen Teil, der Nutzen erzeugt.

Noch eleganter wird es mit der sogenannten "Beratung vor Regress". Das klingt zunächst fürsorglich. Fast pädagogisch. Als würde jemand sagen: "Kommen Sie, wir erklären Ihnen das noch einmal in Ruhe." Tatsächlich bedeutet es in der Praxis: Ab jetzt ist scharfgeschaltet. Wer künftig wieder auffällt, muss mit Regress rechnen.

Und nun kommt die bürokratische Anekdote, ohne die man dieses System eigentlich nicht vollständig verstehen kann: Es geht um eine Versorgung aus dem Jahr 2021. Die Patienten wurden damals behandelt, die Verbandmittel wurden damals verordnet, die Wunden wurden damals versorgt.

Im Jahr 2023 sprach der Gemeinsame Prüfungsausschuss die Empfehlung aus, eine „Beratung vor Regress“ durchzuführen. Im Jahr 2026 entschied nun die KV, dass diese Beratung tatsächlich stattfinden muss.

Die Zeitleiste lautet also:

2021: Therapie.

2023: Empfehlung des Gemeinsamen Prüfungsausschusses zur Beratung vor Regress.

2026: Entscheidung der KV, dass die Beratung vor Regress durchgeführt wird.

Oder, etwas weniger trocken formuliert: Die Wunde ist längst geheilt, chronifiziert, eskaliert, amputiert, palliativ stabilisiert oder der Patient ist in einem ganz anderen Versorgungskapitel angekommen - und dann kommt die Selbstverwaltung mit der freundlichen Mitteilung, man möge daraus bitte für die Zukunft lernen.

Das ist keine Steuerung in Echtzeit. Das ist medizinische Archäologie mit Regressandrohung.

Man soll aus einer fünf Jahre alten Versorgung lernen, wie man morgen anders verordnet. Nur weiß man morgen immer noch nicht, ob es dann in fünf Jahren wieder falsch gewesen sein wird. Für die ambulante Wundversorgung wäre das der perfekte Stoff für „Zurück in die Zukunft Teil 4“: Der Chirurg reist ins Jahr 2031, um herauszufinden, ob seine Verordnung von 2026 im Jahr 2028 auffällig, im Jahr 2030 beraten und im Jahr 2031 regressreif gewesen sein wird.

Für diese Form der retrospektiven Zukunftsmedizin gibt es im EBM allerdings bislang keine eigene Abrechnungsziffer.

Und nun steht der Chirurg vor einer bemerkenswerten Aufgabe: Er soll weiterhin das medizinisch Notwendige verordnen, aber bitte so, dass es statistisch unauffällig bleibt. Er darf selbstverständlich alles verordnen, was notwendig ist. Er muss nur dokumentieren, warum es notwendig war. Für jeden Patienten. Mit Diagnose, Wundzustand, Exsudatmenge, Verbandmittelwahl, Wechselintervall, Therapieziel, Kausaltherapie, Adhärenz, Pflegekontext, Verlauf und am besten einer schriftlichen Bestätigung der Wunde, dass sie sich den Verbrauch redlich verdient hat.

Das alles wird dann gerne Jahre später geprüft. Zu einem Zeitpunkt, an dem der Patient vielleicht geheilt, verstorben, verzogen oder in einem anderen Versorgungssystem verschwunden ist. Steuerung in Echtzeit? Eher nicht. Retrospektive Sanktionierung? Durchaus.

Man behandelt dann nicht mehr nur den Patienten. Man behandelt den zukünftigen Prüfer gleich mit.

Der eigentliche Fehler liegt tiefer: Das System verwechselt Durchschnitt mit Wirtschaftlichkeit. Wenn aber viele aus Angst vor Regress bereits zurückhaltend verordnen, wird dieses zurückhaltende Verhalten zum Durchschnitt. Dieser Durchschnitt wird dann zum Maßstab. Und wer medizinisch adäquat versorgt, gilt plötzlich als Ausreißer.

So entsteht ein Zirkulus vitiosus: Regressangst senkt das Verordnungsniveau. Das abgesenkte Verordnungsniveau wird zum Durchschnitt. Der Durchschnitt wird zur Richtgröße. Und wer besser versorgt, wird regressverdächtig.

Oder in angemessener Dosis schwarzen Humors:

“The leg is gone, but the budget is safe.”



Abbildung 2: Satirische Zuspitzung der Fehlanreize in der chronischen Wundversorgung.

Das ist überspitzt. Aber genau darin liegt der Punkt. Wenn das System bei chronischen Wunden nur die Verbandmittelkosten sieht, aber nicht den Patienten, nicht die Wunde, nicht das

Therapieziel, nicht die Lebensqualität und nicht die vermiedene Eskalation, dann ist die Statistik sauber - und die Versorgung krank.

Niemand fordert einen Freibrief für beliebige Verordnungen. Wirtschaftlichkeitsprüfung ist notwendig. Aber chronische Wundversorgung ist keine Bagatellochirurgie mit gelegentlichem Pflasterbedarf. Sie ist eine komplexe, wiederholte, ärztlich gesteuerte Langzeitversorgung. Wer sie mit pauschalen Richtgrößen einer heterogenen Fachgruppe prüft, prüft nicht Wirtschaftlichkeit. Er prüft Abweichung von einem ungeeigneten Mittelwert.

Die ambulante Chirurgie braucht deshalb eine berufspolitische Debatte. Chronische Wundversorgung muss aus der pauschalen Richtgrößenlogik herausgelöst oder zumindest gesondert bewertet werden. Es braucht eigene Maßstäbe für Wundpatienten, anerkannte Praxisbesonderheiten für Wundschwerpunktpraxen, zeitnahe Daten, realistische Verbandmittelkorridore und eine Prüfung, die Indikation, Therapieziel und Versorgungsnutzen berücksichtigt.

Denn die entscheidende Frage lautet nicht: Warum verordnet eine Wundpraxis mehr Verbandmittel als der Durchschnitt?

Die entscheidende Frage lautet: Was sagt es über den Durchschnitt aus, wenn gute Wundversorgung darin nicht mehr abgebildet werden kann?

Wenn wir chronische Wunden ambulant, fachärztlich und menschlich versorgen wollen, dürfen wir Chirurginnen und Chirurgen nicht dafür bestrafen, dass sie genau das tun. Denn ein sechsstelliger Regressbetrag ist keine pädagogische Beratung mehr. Er kann eine Praxis wirtschaftlich ruinieren.

Dann lautet die Botschaft an die ambulante Chirurgie nicht: „Versorgen Sie besser.“

Sie lautet: „Versorgen Sie so, dass Sie nicht auffallen.“

Und das ist der eigentliche Skandal.

Die Wunde war komplex.

Die Versorgung war notwendig.

Der Patient war schwierig.

Der Regress war sechsstellig.

Die Praxis ist insolvent.

Man hätte nur schlechter behandeln müssen.

Dennis Borces

Facharzt für Chirurgie

Facharzt für Viszeralchirurgie

2. Stellv. Vorsitzender BDC Saarland

Chirurgisches MVZ St. Ingbert GmbH

Chirurgischer Wundzirkel Saarland