

K. Oestreich, A. Jester, G. Germann, C. Heitmann, Klinik für Hand-, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie – Schwerbrandverletztenzentrum – Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Ludwigshafen, Plastische und Handchirurgie der Universität Heidelberg

Aktuelle Erlössituation bei der Behandlung chronischer Wunden in Deutschland



Für die Autoren:

Dr. med. Kerstin Oestreich, Klinik für Hand-, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie – Schwerbrandverletztenzentrum – Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Ludwigshafen, Plastische und Handchirurgie der Universität Heidelberg, Ludwig-Guttman-Straße 13, 67071 Ludwigshafen, E-Mail: kerstin.oestreich@urz.uni-heidelberg.de

Einleitung

Die Einführung der G-DRGs (Diagnosis Related Groups) und die Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser 2002 (KFPV) für die stationäre Vergütung in Deutschland hat zu einschneidenden Veränderungen in der Erlössituation bei der Behandlung chronisch erkrankter Patienten geführt. Insbesondere betroffen ist u. a. die Therapie von Patienten mit chronischen Wunden. Die oft langwierige, zeitaufwendige Behandlung wurde im Rahmen der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) noch mit den Tagessätzen (Basis- und Abteilungspflegesatz) vergütet. Hier konnte eine Behandlung in den Kliniken weitestgehend kostendeckend erfolgen. Es bestand in der Regel kein Druck auf den Liegezeiten, sodass die stationäre Therapie durchgeführt wurde, solange es medizinisch sinnvoll war, ohne dabei finanzielle Einbußen befürchten zu müssen. Unter den Rahmenbedingungen der Fallpauschalen ist die Verweildauer eines Patienten ein stetes Thema der Diskussion geworden, weiterhin haben viele der Patienten eine so genannte „Patientenkarriere“ mit Verlegungen aus anderen Kliniken hinter sich gebracht. Es gilt wachsam zu sein, damit nicht Verlegungsabschläge in der Vergütung einer DRG den schmalen Erlös weiter beeinträchtigen.

Nicht zuletzt wegen der schlechten Vergütung für die Behandlung chronischer Wunden scheint sich ein Trend abzuzeichnen, Patienten zunehmend in spezia-

lisierte Zentren zu überweisen. Einerseits ist dies eine willkommene Entwicklung, andererseits entstehen so Kapazitätsengpässe mit Wartelisten (hier sind insbesondere Patienten mit einem hochresistenten Keimspektrum wie MRSA betroffen), sodass letztlich der Patient der Leidtragende unter dem neuen System ist.

Der Druck auf das Gesundheitssystem und die Kapazität für die Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden wird voraussichtlich noch steigen. In den USA wird für 2010 prognostiziert, dass ca. 40 % der Bevölkerung an einer chronischen Erkrankung wie Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus, Asthma, Hypertonie, chronischen Wunden und peripherer AVK leiden wird. Aktuell werden die Kosten der Wundversorgung in den USA mit ca. 8 Milliarden US-\$ pro Jahr kalkuliert.

Derzeit gibt es ca. vier Millionen Betroffene in Deutschland. Die Behandlungsdauer liegt meist bei über zwei Jahren. Unter den Top Ten der Todesfälle nimmt die chronische Wunde indirekt mit den übergeordneten Diagnosen Sepsis und Zuckerkrankheit bereits Platz 3 und 10 in der Statistik ein (Bezugsjahr 2003).

Gesundheitsökonomische Vorschläge zur Kostenreduktion gibt es viele und sie können in zwei Ebenen untergliedert werden: die Makroebene und die Mikroebene. Auf der Makroebene wurden diverse Strukturreformen der gesetzlichen Krankenversicherungen (Politik, Wirtschaft, konzertierte Aktion etc.) eingeleitet. In den letzten vier Jahren wurden acht Gesetze verabschiedet, um dem Strukturwandel in der Gesundheitsversorgung einen adäquaten Rahmen zu geben. Die Umsetzung der Reformen ist oft nicht oder nur partiell erfolgt, damit stiegen die Kosten und Beiträge der gesetzlich Krankenversicherten weiter.

Auf der Mikroebene wurden ebenso Maßnahmen zur Kostenreduktion ergriffen: Es werden z. B. neue innovative Produkte für die Behandlung chronischer Wunden vermarktet. Das Ziel lautet hier „substitution savings“, d. h. neue Produkte sollen veraltete ablösen und gleichzeitig einen Spareffekt bewirken. Die Umsetzung ist hier häufig erfolgt, allerdings nicht mit dem Ergebnis der Kostensenkung, da es zu so genannten „add-on costs“ gekommen ist und die neuen Produkte zusätzlich auf den Markt kamen, ohne alte Verfahren zu ersetzen.

Prozesskostenrechnung

Tab. 1

Beispiel Verbandwechsel	Mull-kompressen	Hydrogel-Verband
Anzahl der Verbandwechsel pro Woche	14	4
Sachkosten pro Verbandwechsel (Material) in €	4,40	12,74
Personalkosten pro Verbandwechsel in €	10,58	10,58
Sachkosten pro Woche in €	61,60	50,96
Personalkosten pro Woche in €	148,12	42,32
Gesamtkosten pro Woche (variable Kosten) in €	209,72	93,28
Gesamtkosten pro Verbandwechsel in €	14,98	23,32
plus Overhead-Kosten	X	X

Die zugrunde liegende Kosten-Nutzen-Analyse hat den Effizienzzuwachs über die Substitution von Produkten ermittelt. Diese Substitution ist häufig nicht kurzfristig zu erzielen. In der Kosten-Nutzen-Analyse wird daher ein längerer Zeithorizont zugrunde gelegt, sodass eine Kostenersparnis oft erst nach Jahren sichtbar wird.

Für eine Kostenkalkulation können Kosten in direkte Kosten (Sachkosten, Personalkosten, Verwaltung etc.), indirekte Kosten (verlorene Arbeitstage, Gehalt, Sozialversicherungsbeiträge etc.) und intangible Kosten (Verlust der sozialen Integration, Primärprobleme der chronischen Wunde etc.) unterschieden werden. Letztere sind nicht quantifizierbar. Für die Klinik oder den niedergelassenen Kollegen sind die direkten Kosten vorrangig von Interesse.

Betriebswirtschaftliche Orientierung der direkten Kosten

Anhand einer Prozesskostenrechnung können die Gesamtkosten einer Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ermittelt werden. Hierzu werden die Kosten der Einzelmaßnahme (Verbandwechsel, Arztbesuch etc.) ermittelt. Die Summe der Einzelmaßnahmen ergibt schließlich über die gesamte Behandlungsdauer die Gesamtkosten der Behandlung. Tab. 1 stellt eine beispielhafte Prozesskostenrechnung für die ambulante Behandlung einer chronischen Wunde mit Mullkompressen oder einem Hydrogel-Verband dar.

Prinzipiell gilt, dass sich Kosten analog für ambulante und stationäre Behandlung mit einer Prozesskostenrechnung ermitteln lassen.

Eine stationäre Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden hat immer den Nachteil, dass die Kosten für den so genannten „Overhead“ (Verwaltung, Gebäudenebenkosten etc.) und die Personalkosten in der Regel teurer sind als im ambulanten Sektor. Sachkosten können unter Umständen durch die Auswirkung von Mengenrabatten im stationären Bereich günstiger sein. Am Gesamtkostenanteil sind jedoch meist die Personalkosten entscheidend für die Kosten einer Behandlung.

Ambulante versus stationäre Therapie

Unter der Zielrichtung „Sicherung der Beitragsstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung“ ist im Gesamtkontext ersichtlich, dass den Kostenträgern daran gelegen ist, die Kosten möglichst gering zu halten. Dieses Ziel wird einerseits über die Einführung des neuen EBM 2000plus verfolgt. Andererseits wird über die Förderung des ambulanten Sektors versucht, ambulantes Operieren auszuweiten. So können z. B. auch Kliniken nach § 115b SGB V ambulante Operationen anbieten.

Abrechnungsbeispiel

Tab. 2

Leistungsziffer	Punkte	Leistungsbeschreibung
07212	325	Ordinationskomplex (Obligat: persönl. Arzt-Patienten-Kontakt) Alter > 60 Jahre Datum 10.05.2005
07215	45 (x4)	Konsultationskomplex (Obligat: persönl. Arzt-Patienten-Kontakt) Datum: 15.05.2005,-x...,-x...,-x...
07340	710	Behandlung sek. heilende Wunde, Verbrennung 2. Grades, septische Wundheilungsstörung, Abszesse, septische Knochenprozesse, Dekubitalulzera Obligat ■ Abtragung von Nekrosen ■ und/oder Wunddébridement ■ und/oder Anlage/Wechsel Kompressionsverband ■ und/oder Einbringen/Wechsel einer Wundtamponade ■ Mindestens 5 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall Fakultativ ■ Einbringen ... Antibiotikaketten ■ Anlage ... Schienenverbände
07220	225	Beratung 10 Minuten
Gesamt-Punktzahl	1440	
Punktwert	0,0409	
Gesamterlöse	€ 58,90	(zzgl. Betrag für Sprechstundenbedarf und etwaige andere Leistungen, z. B. Röntgen, Bericht an anderen Arzt etc.)

Im stationären Bereich wurde über die Einführung der Fallpauschalen versucht, die Kosten für die Behandlung möglichst zu minimieren.

Flankierende Maßnahmen der DRG-Einführung sind primäre und sekundäre Fehlbelegungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), der sicherstellen soll, dass eine stationäre Therapie überhaupt indiziert ist und dass diese so kurz wie medizinisch notwendig stattfindet. Hier sind Konflikte vorgegeben, da es sich bei vielen Patienten mit chronischen Wunden nur zu oft um ältere Menschen handelt, deren ambulante Versorgung nach einem Klinikaufenthalt häufig nicht gewährleistet ist.

Erlöse in der ambulanten Behandlung

Seit dem 1.4.2005 wird die Vergütung für Vertragsärzte und das ambulante Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V mit dem neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab EBM 2000plus geregelt. Wie bereits im stationären Bereich werden nun in der ambulanten Abrechnung zunehmend Leistungen pauschaliert zu so genannten „Leistungskomplexen“. Diese Leistungskomplexe beinhalten obligate und fakultative Leistungen und werden mit einer festen Punktsomme vergütet.

Betrachten wir einen Beispielfall: Ein 70-jähriger Patient mit einer chronischen, sekundär heilenden Wunde am Unterschenkel. Tab. 2 zeigt die Leistungsanforderung im EBM 2000plus und beispielhaft die Abrechnung für die Behandlung einer chronischen

Fallbeispiel:
70-jähriger Mann,
chronische Wunde Unterschenkel links.
Nebendiagnosen:
- Diabetes mellitus mit peripherer Angiopathie
- Herzinsuffizienz
- Nikotinabhängigkeit
- Hypertonie
Stationär: 14 Tage
- Wundkontamination

Kosten und Erlöse einer ambulanten Behandlung

Tab. 3

Erlöse nach EBM 2000 plus: Behandlungskomplex: 07340 Behandlung eine chronischen Wunde 5 x VW mit Mullkompressen, 1 x Débridement (Arzt)	€ 58,90	siehe Tabelle 2 + Sprechstundenbedarf
Kosten nach Prozesskostenrechnung: Verbandwechsel mit Mullkompressen (Pflegekraft, 5 VW, Kosten pro Verbandwechsel € 14,98, siehe Tabelle 1)	€ 74,90	+ Arztminuten
Deckungsbeitrag („Verlust“)	€ -16,00	

Baserate = Basisfallwert mit einem Relativgewicht von 1,0, entspricht praktisch der krankenhausesindividuell oder landesweit vereinbarten Vergütung für einen Durchschnittsfall.

Wunde im Vertragsarztbereich (Leistungsziffer 07340). Der Erlös beläuft sich auf € 58,90. Um diesen Betrag abrechnen zu können, ist es erforderlich, den Patienten 5-mal ambulant zu behandeln. Vergleicht man nun die Kosten und Erlöse für die ambulante Behandlung einer chronischen Unterschenkelwunde, so ergibt sich bereits bei den variablen Kosten eine Unterdeckung von € 16,00 (Tab. 3).

Wird der Beispielpatient nun nach § 115b SGB V im Bereich „Ambulantes Operieren“ operiert, so wird ebenfalls mit dem EBM 2000plus abgerechnet. Für eine temporäre Deckung mit alloplastischem Material (Kunsthaut) in Spinalanästhesie erwirtschaftet die Klinik einen Deckungsbeitrag von € 27,97, wird die Wunde mit Spalthaut gedeckt, so verbleibt ein Deckungsbeitrag von € 51,16.

Stationäre Therapie

Wird der Beispielpatient aufgrund seiner sekundär heilenden, chronischen Unterschenkelwunde stationär behandelt, ergibt sich folgende Situation: Je nach ope-

rativer Therapie erlöst die Klinik mit alleinigem Débridement eine DRG J03Z mit einem Relativgewicht von 2,263 (€ 6.336 bei einer Baserate von € 2.800). Bei Defektdeckung (VAC, Kunsthaut, Spalthaut) wird die DRG J02Z mit einem Relativgewicht von 4,195 (€ 11.746 bei einer Baserate von € 2.800) abgerechnet (Tab. 4).

Die Kosten-Erlös-Kalkulation ergibt im stationären Bereich für alleiniges Débridement einen Deckungsbeitrag von € 94 und für Débridement und Deckung (VAC, Kunsthaut, Spalthaut) von € 5.504 bei einem fiktiven stationären Aufenthalt von zwei Wochen (Kostenkalkulation anhand der Erlöse nach der Bundespflegesatzverordnung über die Berechnungstage). In der Regel beträgt jedoch die stationäre Therapie für Wundkonditionierung und Deckungsverfahren (Spalthaut) ca. 4 Wochen. Dann ergibt sich eine Unterdeckung von € 738,00.

Wird die gleiche Therapie stationär bei einem Patienten durchführt, der weniger Komorbiditäten aufweist (70-jähriger Mann, chronische Unterschenkelwunde, Nikotinabusus, Hypertonie, stationäre Behandlung 14 Tage, Wundkontamination), so werden die Erlöse wie folgt reduziert: Für das alleinige Débridement erhält man weiterhin die DRG J03Z. Für Débridement und Deckung des Defekts erzielt man die DRG J19Z mit einem Relativgewicht von 2,304 (€ 6.451 bei einer Baserate von € 2.800). Der Deckungsbeitrag reduziert sich nach Berücksichtigung der Grenzkosten auf € 209,00 (Tab. 4). Daraus ist ersichtlich, dass die Nebendiagnosen Diabetes mellitus und Herzinsuffizienz im stationären Bereich eine höhere Vergütung erzielen, da davon ausgegangen werden muss, dass auch ein höherer Ressourcenverbrauch vorliegt.

Die stationäre Behandlung unseres Beispielfalles deckt im G-DRG System 2005 noch die variablen

Kosten- und Erlössituation bei Nebendiagnosen

Tab. 4

	Therapie		Relativgewicht	DRG-Erlös*	Kosten**	Deckungsbeitrag
Stationäre Behandlung des Beispielpatienten, Abrechnung nach G-DRG 2005 (vgl. Angaben Seite 11)	Débridement	DRG J03Z	RG 2,263	6.336 €	6.242 €	94 €
	Débridement und Deckung alloplastisches Material	DRG J02 Z	RG 4,195	11.746 €	6.242 €	5.504 €
	Débridement und VAC-Therapie	DRG J02 Z	RG 4,195	11.746 €	6.242 €	5.504 €
	Débridement und Spalthaut	DRG J02 Z	RG 4,195	11.746 €	6.242 €	5.504 €
Stationäre Behandlung des Beispielpatienten mit geringeren Komorbiditäten (Nikotinabhängigkeit, Hypertonus), Abrechnung nach G-DRG 2005	Débridement	DRG J03Z	RG 2,263	6.336 €	6.242 €	94 €
	Débridement und Deckung alloplastisches Material	DRG J19 Z	RG 2,304	6.451 €	6.242 €	209 €
	Débridement und VAC-Therapie	DRG J19 Z	RG 2,304	6.451 €	6.242 €	209 €
	Débridement und Spalthaut	DRG J19 Z	RG 2,304	6.451 €	6.242 €	209 €

* bei einer Baserate von € 2.800 ** bei 14 Tagen stationärer Behandlung BG Klinik Ludwigshafen

Kosten. Der Deckungsbeitrag ist aber sehr gering, so dass bei Berücksichtigung der fixen und Gemeinkosten (Verwaltung, Gebäudenebenkosten usw.) oder auch bei längeren Liegezeiten in der Gesamtbetrachtung ein Verlust entstehen kann.

Vergütungsbeispiele der stationären Behandlung chronischer Wunden

Beispielhaft listet die Tab. 5 Unterschiede der Vergütung im stationären Bereich auf, sobald verschiedene operative Verfahren eingesetzt werden. So wird die Therapie des Ulcus cruris bei Deckung mit Spalthaut mit € 12.972 vergütet, bei Deckung mit einem lokalen Muskellappen mit € 4.415 und bei Deckung mit einer freien myocutanen Lappenplastik mit mikrovascularer Anastomose (Abb. 3/4) mit € 14.714 (Baserate jeweils 2.800 €). Die periphere AVK-Stadium IV erlöst bei einem femurocruralen Bypass € 6.395, bei der alleinigen Oberschenkel-Amputation € 8.005 und bei Bypass mit anschließender Amputation € 14.271. Das Missverhältnis zeigt sich besonders in der geringen Vergütung von hochkomplexen Eingriffen.

Fazit

Inwiefern das lernende System in den nächsten Jahren mit den neuen DRG-Katalogen und überarbeiteten Versionen des EBM 2000plus die dargestellten Diskrepanzen tatsächlich auszugleichen vermag, darauf



Abb. 1
Chronische sekundär heilende Wunde nach traumatischer Achillessehnenruptur

Abb. 2
Defektdeckung Unterschenkel mit einem freien Paraskapularlappen mit mikrochirurgischer Anastomosierung



Abb. 3
Chronisch sekundär heilende Wunde nach offener Unterschenkelfraktur

Abb. 4
Defektdeckung Unterschenkel mit freier Lattissimus-dorsi-Lappenplastik und mikrochirurgischer Anastomose

dürfen wir gespannt sein. Im Sinne der optimalen Patientenversorgung und der Fortführung qualitativ hochwertiger Medizin in Deutschland sind hier auf jeden Fall noch gewaltige Nachbesserungen erforderlich. ■

Vergütungsbeispiele für die Behandlung chronischer Wunden				Tab. 5
Diagnose	Operation	DRG G-DRG 2005	Relativgewicht	Erlös Baserate 2.800
Chronische Wunde Hand	Deckung mit freiem Fasziennappen (Sarratusfasziennappen)	X 01Z Gewebetransplantation mit mikrovascularer Anastomosierung zur Hand	2,046	5.728 €
Chronische Wunde Hand	Deckung mit gestieltem Radialislappen zur Hand	X 06C Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne schwere CC	0,842	2.357 €
Chronische Wunde Hand	Spalthautdeckung zur Hand	X 01Z Gewebetransplantation mit mikrovascularer Anastomosierung zur Hand	2,046	5.728 €
Offene Wunde Schädel	Deckung mit freiem Radialisfasziennappen zum Kopf (inkl. mikrovascularer Anastomosierung)	X 01Z Gewebetransplantation mit mikrovascularer Anastomosierung zur Hand	2,046	5.728 €
Offene Wunde Schädel	Deckung mit Spalthaut zum Kopf	J 08Z Andere Hauttransplantation mit komplexer Diagnose ohne CC	1,815	5.082 €
Ulcus cruris	Spalthautdeckung zum Unterschenkel	I 02Z Gewebetransplantation mit mikrovascularer Anastomose außer Hand	4,633	12.972 €
Ulcus cruris	Lokaler Muskellappen zum Unterschenkel	I 27Z Eingriffe am Weichgewebe ohne CC	1,577	4.415 €
Ulcus cruris	Deckung mit freiem myocutanem Lappen (inkl. mikrovascularer Anastomosierung)	J 01Z Gewebetransplantation mit mikrovascularer Anastomose	5,255	14.714 €
Periphere AVK Stadium IV	Femurocruraler Bypass	F 36Z Andere große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne schwere CC	2,284	6.395 €
Periphere AVK Stadium IV	Oberschenkelamputation	F 28Z Amputation bei Kreislaufkrankungen ... ohne CC	2,859	8.005 €
Periphere AVK Stadium IV	Femurocruraler Bypass und Oberschenkelamputation	F 07Z Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff bei Kreislaufkrankungen ... ohne CC	5,097	14.271 €