



Verband Forschender  
Arzneimittelhersteller e.V.

## **Stellungnahme**

**zum Referentenentwurf einer Verordnung  
zum Fallpauschalensystem für  
Krankenhäuser für das Jahr 2004 (KFPV  
2004) vom 2. September 2003**

Hausvogteiplatz 13  
10117 Berlin  
Telefon 030 20604-0  
Telefax 030 20604-222  
[www.vfa.de](http://www.vfa.de)

Hauptgeschäftsführerin  
Cornelia Yzer

## **Einleitung**

Der Referentenentwurf zielt u. a. darauf ab, die weitere Ausgestaltung des pauschalierenden Vergütungssystems nach G-DRGs im Krankenhaus weiterzuentwickeln und den deutschen Verhältnissen und Finanzierungsrahmenbedingungen anzupassen. Der VFA begrüßt diesen Schritt, vor allem vor dem Hintergrund, dass die von uns geäußerten Bedenken einer adäquaten Berücksichtigung kostenintensiver und innovativer Arzneimittel in den DRGs jetzt aufgegriffen wurden. Leider liegen derzeit quantitative Studien noch nicht vor und können deshalb erst zu einem späteren Zeitpunkt für differenzierte Stellungnahmen herangezogen werden. Im Folgenden möchten wir deshalb mit einer kurzen qualitativen Stellungnahme auf auch weiterhin erkennbare Lücken bzw. Unschärfen im Fallpauschalensystem in Bezug auf die Kostendifferenzen bei der Therapie ähnlicher Krankheiten mit ähnlich wirksamen und kostenintensiven und/oder innovativen Arzneimitteln hinweisen.

**Seite 2/3**

## **Berücksichtigung von Arzneimitteln im DRG-System**

Im Referentenentwurf werden z. B. die onkologischen Fallgruppen erheblich umgestaltet und auch Tagesfälle definiert, was der VFA begrüßt. Während im Ergebnis die Strahlentherapie nun abgebildet und mit bedarfsgerechten Relativgewichten bewertet ist, wird das Problem der Kostendifferenzen bei der medikamentösen Therapie nur ansatzweise gelöst.

Zur Darstellung der Problematik kann beispielhaft die DRG J62 (Bösartige Neubildungen der Mamma) dienen. Bisher waren die hierfür zur Verfügung stehenden DRGs mit einem Alterssplitt katalogisiert, der die Unterschiede im Ressourcenverbrauch nicht adäquat abbildete. Gerade die Behandlung junger Patientinnen, die mit innovativen und daher häufig kostenintensiven Medikamenten therapiert werden müssen, wurde über diesen DRG-Alterssplitt nicht sachgerecht bewertet, da die Logik im bestehenden Fallpauschalensystem gerade die älteren Patientinnen in eine grundsätzlich höher vergütete DRG führte. Die für 2004 neu konstruierten DRGs (J62 A, B, C, D) berücksichtigen diesen Sachverhalt und definieren sich nun nicht mehr über das Alter, sondern legen adäquatere Differenzierungsmerkmale zur Ressourcengewichtung zu Grunde.

Das bereits im Hinblick auf den bestehenden Fallpauschalenkatalog angesprochene Problem des differentiellen Einsatzes von innovativen und kostenintensiven Arzneimitteln in Häusern der Maximalversorgung und in spezialisierten Einrichtungen besteht fortwährend, weil Spezialpräparate deutlich häufiger eingesetzt werden müssen, da hier die komplexeren sowie die bereits andernorts vorbehandelten Fälle in spezialisierten Fachabteilungen behandelt werden. Bisher wurde diesem Umstand durch entsprechende Budgets Rechnung getragen. Die DRG-Systematik kann diesen Sachverhalt noch nicht ausreichend differenzieren; in Folge werden indiziert unterschiedlich behandelte Fälle unabhängig von der Versorgungsstufe gleich finanziert. Den

spezialisierten Einrichtungen stehen damit nur dieselben Ressourcen für Therapieoptionen zur Verfügung wie den Grundversorgern.

Der deutlichen Kostenvarianz der medikamentösen Therapieoptionen innerhalb einer Tumorentität wird mit dem vorliegenden Entwurf nicht adäquat Rechnung getragen. Dies ist auch eine Folge der Kalkulationsmethodik (Einhauskalkulation ohne Berücksichtigung der Versorgungsstufen) und der noch nicht ausreichenden Zuordnung der Arzneimittelkosten zu den einzelnen Fällen in den kalkulierenden Krankenhäusern. Daher hat auch die Teilnahme von Universitätskliniken an der aktuellen Rohfallkostenerhebung keine gravierenden Änderungen nach sich gezogen.

Die Auflösung der bisherigen DRGs für die Eintagesfälle der Chemo- und Strahlentherapie und die Etablierung tumorbezogener „Tagesfall-DRGs“ ist ein wesentlicher Fortschritt. Dies trifft auch für nichtonkologische DRGs zu (Beispiele: I66C, andere Erkrankungen des Bindegewebes oder B68C, Multiple Sklerose und zerebrale Ataxie). Das oben schon dargestellte Grundproblem ist damit aber nicht gelöst. In die Zukunft projiziert kann auch nicht abgeleitet werden, dass die im Katalog ausgewiesenen Relativgewichte in Verbindung mit der zukünftigen landesweiten Baserate eine sachgerechte Finanzierung der sinnvollen und notwendigen Arzneimitteltherapieoptionen gewährleisten. Bei einer Unterfinanzierung besteht die Gefahr, dass bei der Behandlung eher auf „im System finanziell abgedeckt“ eingestufte Arzneimittel zurückgegriffen werden wird und innovative Arzneimittel gemieden werden. Die Behandlungsqualität schwerwiegender Erkrankungen auf hohen Versorgungsstufen entspräche dann nicht mehr dem medizinischen Standard.

**Seite 3/3**

### **Bewertung:**

Die vorgenommenen Anpassungen des German DRG-Katalogs sind auch im Hinblick auf die neu formulierten DRG-Splitts sehr zu begrüßen.

Weiterhin nicht ausreichend gelöst ist aber das Problem der Finanzierung kostenintensiver und innovativer Arzneimittel. Insofern sollte in Erwägung gezogen werden, ob kostenintensive und/oder innovative Arzneimittel, die nicht regelhaft bei einer bestimmten Indikationsstellung zur Anwendung kommen, durch eine Neuanpassung der Gruppenlogik finanziert werden, oder ob diese nicht über pauschalierte Zusatzentgelte vergütet werden sollten. Innovationen wären dann zeitnah im Krankenhaus verfügbar. Dies ist aus Sicht der forschenden Arzneimittelhersteller ein praktikabler Weg, um der Dynamik der Forschung und Entwicklung von Arzneimitteln bzw. des Therapieangebotes in der stationären Patientenversorgung zu folgen und den medizinischen Qualitätsanspruch auf allen Versorgungsebenen zu gewährleisten.

12. September 2003