



Verband Forschender
Arzneimittelhersteller e.V.

Stellungnahme

zum Referentenentwurf für ein Zweites
Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum
diagnose-orientierten Fallpauschalensystem
für Krankenhäuser und zur Änderung
anderer Vorschriften - 2. Fallpauschalenän-
derungsgesetz

Hausvogteiplatz 13
10117 Berlin
Telefon 030 20604-0
Telefax 030 20604-222
www.vfa.de

Hauptgeschäftsführerin
Cornelia Yzer

Einleitung

Der vorliegende Referentenentwurf zum 2. Fallpauschalenänderungsgesetz verfolgt das Ziel, die Rahmenbedingungen, nach denen ab dem 1. Januar 2005 die Krankenhausbudgets schrittweise an landeseinheitliche Preisniveaus angeglichen werden sollen, zu modifizieren. Der VFA begrüßt diesen Schritt, vor allem vor dem Hintergrund, dass die von unserem Verband sowie anderen Verbänden mehrfach geäußerten Bedenken – insbesondere zu der Datenqualität oder der zeitlich zu straffen Konvergenzphase – besser berücksichtigt werden.

Dennoch werden eine Reihe vom VFA immer wieder angesprochene Probleme in dem vorliegenden Gesetzesentwurf nicht ausreichend berücksichtigt. Zwar findet im Vorblatt zum Referentenentwurf erstmalig die Tatsache Erwähnung, dass die sachgerechte Abbildung der Krankenhausleistungen durch das auf der Grundlage von Ist-Kosten und Ist-Leistungen kalkulierte deutsche Fallpauschalensystem in einigen Teilbereichen noch verbesserungswürdig ist, wofür richtigerweise die Intensivmedizin, die Langliegerversorgung oder die Vergütung von Medikamenten in der Onkologie beispielhaft angeführt werden. Diese offensichtlichen Probleme werden jedoch größtenteils keiner Lösung zugeführt. Einzig die Frage nach Zusatzentgelten für krankenhauserübergreifende Zentren zur stationären Versorgung von etwa Tumorpatienten wird nun geregelt, was von uns ausdrücklich begrüßt wird. Dagegen bleibt das Problem der hohen Kostenvarianz bei Medikamenten – hervorgerufen durch verschiedene Therapieoptionen in einer onkologischen DRG – weiterhin ungelöst. Auch die generelle Frage nach der Einbindung und Abbildung von neuen hochpreisigen Arzneimitteln in das DRG-System – im Sinne eines lernenden Systems – ist nach wie vor ungeklärt. Hierzu müsste der § 6.2 des Krankenhausentgeltgesetzes modifiziert werden. Denkbar wären spezielle bundesweite Innovationsentgelte, deren Befristung aber die Adaptionszeit für die Integration in das DRG-System überbrücken müssten, so dass die neuen Leistungen nach Ablauf der Frist in die Regelfinanzierung überführt werden könnten.

Seite 2/4

Die Stellungnahme des VFA wird sich nachfolgend auf einige wenige Punkte konzentrieren, vor allem auf die Stärkung der Qualität und Validität der von den Krankenhäusern ermittelten Rohfallkosten sowie die Verlängerung der Phase der Budgetangleichungen (Konvergenzphase).

Zu Artikel 1

Nummer 3, Buchstabe b+c (§ 17b KHG):

Die vorgesehene finanzielle Förderung der kalkulierenden Krankenhäuser ist zu begrüßen. Von großer Bedeutung ist hierbei, dass die Finanzierung in Abhängigkeit zu der Qualität und Validität der zur Verfügung gestellten Datensätze gesetzt wird, d.h. nur bei einer nachweislich verbesserten Kostenerfassung durch die Krankenhäuser erfolgt. Ziel muss es sein, Leistungen und Kosten der kalkulierenden Krankenhäuser im Rahmen der Datenerhebung „sachgerechter“ zu beschreiben.

In diesem Zusammenhang begrüßen wir die in Buchstabe b erläuterte Maßgabe, bei der Auswahl der Kalkulationskrankenhäuser stärker auf Qualität und Repräsentativität zu achten. Die Kostenträgerrechnung der kalkulierenden Häuser sollte derart spezifiziert und differenziert werden, dass die Transparenz der Kosten (im speziellen der eingesetzten Arzneimittel) erkennbar wird und tatsächliche Ist-Kosten gespiegelt werden. Dabei sind nicht nur im Bereich der Onkologie die Kostenerfassung und damit die Qualität der in die DRG-Kalkulation einfließenden Datensätze verbesserungswürdig, sondern generell in allen Indikationsgebieten, in denen innovative und hochpreisige Arzneimittel zum Einsatz kommen.

Zur Repräsentativität der Kalkulationshäuser ist festzuhalten, dass die erstmalige Teilnahme von 12 Universitätskliniken sowie weiterer Häuser der Maximalversorgung an der Rohfallkostenkalkulation einen deutlich positiven Einfluss auf die Ermittlung der Relativgewichte für das Jahr 2004 gehabt hat. Daher ist einerseits eine stärker repräsentative Auswahl dringend geboten. Andererseits kann auch eine noch so exakte Stichprobe an der Grundproblematik der verwandten Kalkulationsmethodik nichts ändern. Denn mittels des sogenannten Einklinikkmodells wird eine DRG zwar im Mittel sachgerecht finanziert. Jene Häuser und Fachabteilungen allerdings, die vielfach außerordentlich komplexe sowie bereits andernorts vorbehandelte Fälle behandeln und dabei zwangsläufig häufig kostenintensive Therapien anwenden, erhalten keine sachgerechte Vergütung ihrer Leistungen.

Seite 3/4

Zu Artikel 2

Nummer 2, Buchstabe e+g (§ 4 KHEntgG)

Der VFA begrüßt die Verlängerung der Konvergenzphase und die damit verbundene Absenkung der Angleichungsquoten. Eine Verlängerung der Konvergenzphase macht allerdings nur Sinn, wenn gleichzeitig die Datenqualität über eine genauere Kostenerfassung verbessert wird. Gleichzeitig geben wir zu bedenken, dass eine Verlängerung um nur ein Jahr vermutlich nicht genügend Spielraum für eine komplette Umstellung auf Fallpauschalen bietet. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass eine solche Umstellung wesentlich mehr Zeit in Anspruch nimmt. Hierzu möchten wir grundsätzlich darauf aufmerksam machen, dass in diesen Ländern in der Regel allein die Budgetermittlung der Krankenhäuser, nicht aber die Finanzierung auf Basis von DRGs erfolgt. Deshalb halten wir es für notwendig, dass die Konvergenzphase und die angestrebte Verbesserung der Datenqualität seitens des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung eng begleitet und gegebenenfalls korrigierende Maßnahmen ergriffen werden.

Nummer 3 (§ 5 Abs. 3 KHEntgG)

Der VFA begrüßt die Neufassung des § 5 Abs. 3 KHEntgG, nach dem die Regelung für Zuschläge zur Finanzierung von krankenhäuserübergreifenden Zentren, etwa Tumorzentren, auch auf Ortsebene getroffen werden kann, wenn eine Vereinbarung auf der Bundesebene nicht zustande kommt. Wir geben jedoch erneut zu bedenken, dass die grundsätzliche Problematik der hohen Kostenvarianz bei Medikamenten

durch verschiedene Therapieoptionen in einer onkologischen DRG hierdurch weder berührt noch gelöst wird. Um den teilweise hohen Therapievarianzen gerecht zu werden, halten wir es für erforderlich, die Entscheidung über den Einsatz von hochpreisigen und innovativen Arzneimitteln der medizinischen Rationale (Leitlinien, EbM), nicht jedoch der Dominanz ökonomischer Überlegungen zu unterstellen. Zum Erhalt einer hohen Behandlungsqualität halten wir es daher für zielführend, für stationär relevante hochpreisige Arzneimittelinnovationen eine Wirkstoffliste zu erstellen und solche Arzneimittel außerhalb der DRG-Systematik zu vergüten.

24. Juni 2004/MD