



Verband Forschender  
Arzneimittelhersteller e.V.

## **Stellungnahme**

**zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems  
(Deutsches diagnose-orientiertes  
Fallpauschalensystem im Krankenhaus) beim  
Institut für das Entgeltsystem im  
Krankenhaus (InEK)**

**Stand: 30.03.2004**

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

Hauptgeschäftsführerin  
Cornelia Yzer

## Einleitung

Die Einführung des G-DRG-Klassifikationssystems in Deutschland stellt die größte Strukturreform des Krankenhausbereiches in den letzten 30 Jahren dar. Das bisher an Tagespflegesätzen ausgerichtete Vergütungssystem wird seit dem 1. Januar 2004 bundesweit durch diagnose-orientierte Fallpauschalen ersetzt. Hauptziel sind eine patientengerechte Vergütung, mehr Transparenz im System und die Vermeidung von Fehlanreizen in der Leistungserstellung. Für das Gelingen der Reform ist die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen von besonderer Bedeutung. Einerseits ist die flächendeckende Einführung dieses neuen diagnose-orientierten Vergütungssystems zu gewährleisten und andererseits – und dies erscheint aus Sicht des VFA fast noch wichtiger zu sein – sind praktikable Mechanismen zu definieren, die dem Anspruch eines in die Zukunft ausgerichteten, lernenden und anpassungsfähigen Systems gerecht werden. Starre Vergütungsmechanismen sind nicht in der Lage, den medizinisch-therapeutischen Fortschritt und die medizinische Komplexität einzelner klinischer Leistungsbereiche adäquat abzubilden; Qualitätsverluste in der Patientenversorgung wären unvermeidbar. Insofern ist es wichtig, dass alle Beteiligten mit ihrem jeweils spezifischen Fachwissen und Sachverstand in den Prozess der Weiterentwicklung dieses neuen Systems eingebunden werden. Der VFA begrüßt die Initiative der Selbstverwaltungspartner zu einem strukturierten Dialog, an welchem sich die forschenden Arzneimittelhersteller auch weiterhin konstruktiv beteiligen wollen.

Seite 2/11

Eine qualitativ hochwertige stationäre Krankenversorgung erfordert den bedarfsgerechten Einsatz von Arzneimitteln. Arzneimittel bekämpfen nicht nur Krankheiten, sie beugen diesen auch vor und ermöglichen deren Heilung oder Linderung. Sie verbessern die Gesundheit und Lebensqualität der Patienten. Gerade in der stationären Versorgung tragen Arzneimittel dazu bei, Behandlungen effektiver zu machen und den Heilungsprozess zu verkürzen. Dies wird zukünftig noch weiter an Dynamik gewinnen, da die forschenden Arzneimittelhersteller mit großem Engagement an der Entwicklung neuer, immer besserer Medikamente arbeiten. Besonders innovative und hochwirksame Therapieverfahren zur Anwendung am Patienten werden meist primär in Krankenhäusern eingeführt. Krankenhäuser tragen somit erheblich zur Weiterentwicklung und kontinuierlichen Verbesserung der medizinischen Versorgung und damit zum Wohle der Patienten bei. Unter den neuen Rahmenbedingungen eines deutschen diagnose-orientierten Fallpauschalensystems müssen Krankenhäuser auch weiterhin dieser wichtigen Aufgabe gerecht werden können.

Im Folgenden möchten wir mit einer qualitativen Stellungnahme auf die nach unserer Ansicht gravierendsten Lücken bzw. Unschärfen im Fallpauschalensystem hinweisen und in Bezug auf die durch kostenintensive und innovative Arzneimittel ausgelöste Problematik der Bildung homogener DRG-Fallgruppen Lösungsmöglichkeiten aufzeigen. Quantitative Studien liegen derzeit noch nicht vor und können deshalb erst zu einem späteren Zeitpunkt für differenzierte Stellungnahmen herangezogen werden.

## **Methodische Schwierigkeiten bei der Zuordnung von Arzneimittelkosten**

### Problembeschreibung

Mit der Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (KFPV 2004) wird das Ziel verfolgt, das G-DRG-System weiterzuentwickeln und es Stück für Stück der Versorgungsrealität im Krankenhaus anzupassen. Der vom InEK erarbeitete G-DRG-Katalog 2004 bildet die Grundlage für die Abrechnung von Krankenhausfällen im Jahr 2004. Die Kostenprofile basieren dabei auf den dem InEK vorliegenden Leistungs- und Kostendaten der 137 Kalkulationskrankenhäuser aus 2002. Die erstmalige Beteiligung von 12 Universitätskliniken an der Datenerhebung hat dabei folgerichtig zu einer ersten Verringerung des stark ausgeprägten Kompressionseffektes beigetragen.

Seite 3/11

Voraussetzung für die sachgerechte Vergütung von Fallpauschalen ist, dass die Krankenhäuser ihre Kosten im Rahmen der Fallkostenkalkulation auch fallbezogen zuordnen können. Das im Auftrag der Selbstverwaltung entwickelte Kalkulationshandbuch in der Version 2.0 schreibt den Kalkulationskrankenhäusern vor, dass im Rahmen einer Vollkostenrechnung Einzelkosten möglichst direkt einem Kostenträger (Patienten) zugeordnet werden, um Qualität und Validität der Ergebnisse und damit eine sachgerechte Abbildung der tatsächlich anfallenden Behandlungskosten in einer DRG zu gewährleisten. Bei der Verrechnung der Arzneimittelkosten haben jedoch die Kalkulationskrankenhäuser auch die Option, Arzneimittelkosten anhand von Verteilungsschlüsseln über alle Leistungsbereiche verrechnet den Kostenträgern zuzuordnen. Dies führt zwangsläufig zu kalkulatorischen Unschärfen.

Tatsächlich wird in fast allen Kliniken der Arzneimittelverbrauch nicht patientenbezogen EDV-technisch dokumentiert, weshalb in den wohl überwiegenden Fällen eine Verrechnung der Arzneimittel im Sinne von Gemeinkosten auf alle Patienten erfolgt. Daher muss wohl davon ausgegangen werden, dass die Arzneimittelkosten in den bisher kalkulierten Rohfallkosten häufig nicht den verursachenden Patienten und damit auch nicht den entsprechenden DRG-Fallgruppen zugeordnet wurden. Eine erste Analyse der G-DRGs 2004 zeigt, dass viele Fallgruppen ihren tatsächlichen Arzneimittelkostenanteil nicht widerspiegeln. Die Diagnose- und Prozedurenkataloge wurden zwar erweitert, so dass verschiedene Therapien differenzierter dargestellt werden können. Viele Arzneimitteltherapieschemata können aber nach wie vor nicht in Form von Leistungs-codes (OPS) abgebildet werden, so dass eine differenzierte Analyse im InEK nicht erfolgen kann. Da nur die Kosten für Arzneimittel im Datensatz ausgewiesen sind, die Medikamente selbst in der Regel jedoch nicht, fehlen die notwendigen Bezugsgrößen zur Erklärung von in der Kostenkalkulation festgestellten Kostenunterschieden.

Weitere inhomogene Ausgangssituationen finden sich z. B. auch im Bereich der Intensivmedizin am Beispiel schwere Sepsis, bei der Behandlung von Palliativpatienten und bei der Durchführung von multimodalen Therapiekonzepten.

Die inhomogenen Kosten für die Therapie von soliden Tumoren, z. B. bei Monotherapien, lassen sich kaum differenzieren, da diese meist unter dem OPS-Schlüssel 8-542, nicht komplexe Chemotherapie (ab 2004), zusammengefasst werden.

Unter einer DRG-Fallgruppe (G60- Malignome des Verdauungstrakts) sind nicht nur unterschiedliche Tumorentitäten zusammengefasst, sondern diese werden auch mit unterschiedlich kostenintensiven Therapieschemata behandelt.

Seite 4/11

Die DRG R60C (akute Leukämie, Alter < 6 Jahre **mit** Chemotherapie) unterscheidet sich durch ihr Relativgewicht deutlich von der DRG R60D (akute Leukämie, Alter < 6 Jahre **ohne** Chemotherapie). Bezieht man aber die Verweildauer mit ein, ergeben sich gleiche Bewertungsrelationsanteile pro Tag für beide DRGs. Die akute Leukämie **mit** Chemotherapie müsste aber deutlich höhere Kosten pro Tag verursachen als die Therapie **ohne** Chemotherapie. Dieses Beispiel macht deutlich, dass die Chemotherapie in den bisherigen Kalkulationen den DRG-Fallgruppen nicht kostengerecht zugeordnet wurde.

Auch in der stationären Rheumatologie sind die derzeit vorhandenen Datensätze (InEK-Abschlussbericht, Band 2) nicht in der Lage, den tatsächlichen Arzneimittelkostenanteil wiederzugeben.

Die DRG I66 A,B,C beschreibt die Leistung der Behandlung rheumatoider Erkrankungen. Die medikamentösen Therapieoptionen (abgeleitet an den angegebenen dokumentierten Diagnosen) zeichnen sich durch eine erhebliche Kostenvarianz aus. Den medizinischen Standard stellen bei entsprechender Indikation u.a. so genannte hochpreisige „Biologicals“ dar. Aus dem Zahlenmaterial kann man einen Arzneimittelanteil an den benannten Fallkosten von 0,26 Prozent für die I66A, von 0,46 Prozent für die I66B sowie 3,5 Prozent für die „Eintages-DRG“ (I66 C) ableiten. Ein „dokumentierter“ Einsatz von hochpreisigen Therapien (z.B. Biologicals) müsste den durchschnittlichen Arzneimittelanteil deutlich beeinflussen. Derartig geringe Werte (angegebene Arzneimittelkosten!) lassen zwingend die Datenvalidität der aufgeführten Arzneimittelkosten in Frage stellen.

Aus den dargestellten methodischen Schwächen ergibt sich ein schiefes Bild bezüglich der Bewertung der Fallgruppen. Zwangsläufig resultiert hieraus die große Gefahr einer Fehlverteilung von Mitteln und damit einer ungewollten Fehlsteuerungswirkung bzgl. des in einem Krankenhaus angebotenen Leistungsspektrums.

### Lösungsvorschlag

Da sich eine eindeutige Beziehung zwischen durchgeführten Arzneimitteltherapien und bestimmten Diagnosen/DRGs bislang zumeist nicht aufzeigen lässt, ist die Bildung homogener Fallgruppen vielfach nicht möglich. Der Verband der Forschenden Arzneimittelhersteller empfiehlt deshalb parallel zu der konsequenten Weiterentwicklung der Fallgruppen eine gesonderte Finanzierung von kostenintensiven und innovativen Arzneimitteln parallel zum DRG-System. Dabei ist es selbstverständlich, dass der Einsatz der Arzneimittel an bestimmte Indikatoren gebunden sein muss.

In der ambulanten Versorgung wird seit vielen Jahren eine Ausnahmeregelung für einen fest umrissenen Kreis von Wirkstoffen angewandt, mit dem so genannte Praxisbesonderheiten berücksichtigt werden. Für diese Arzneimittel gilt die Empfehlung, sie von den Richtgrößenregelungen auszunehmen. Diese innerhalb der Bundesrahmenvereinbarung zu Richtgrößen getroffene Regelung verfolgt das Ziel, eine den Versorgungsbedürfnissen entsprechende, qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung zu gewährleisten.

Seite 5/11

Wir halten es aus den geschilderten Gründen für eine Alternative, analog für stationär relevante hochpreisige Arzneimittelinnovationen eine Wirkstoffliste zu erstellen. Dort gelistete Wirkstoffe/Arzneimittel sollten außerhalb der DRG-Systematik vergütet werden. Diese Wirkstoffliste müsste regelmäßig – mindestens einmal jährlich – aktualisiert werden, um eine am medizinischen Fortschritt orientierte Versorgung der Patienten sicherzustellen. Somit könnte auch die auf die G-DRG-Systematik zurückzuführende „Innovationslücke“ von drei bis vier Jahren weitgehend geschlossen werden.

Kostenintensive und innovative Arzneimittel, die nicht regelhaft bei einer bestimmten Indikationsstellung zur Anwendung kommen, müssen dabei nicht sofort zu einer Neuanpassung der Gruppenlogik führen, sondern lediglich in die „Wirkstoffliste“ aufgenommen werden.

Parallel zum Aspekt der Ausgliederung der Arzneimittelkosten sollte analysiert werden, ob DRG-Fallgruppen in ausgewählten Indikationsgebieten mit breiten Arzneimitteltherapieoptionen entweder gesplittet, deren Logik verändert oder neue ICD/OPS-Schlüssel sinnvoll und sachgerecht zugeordnet werden können.

### **Kalkulatorische Unschärfen aufgrund der „Einklinikkalkulation“**

#### Problembeschreibung

Entsprechend den Vorgaben der Selbstverwaltung erfolgt die Kostenkalkulation im Rahmen des so genannten „Einklinikmodells“, bei dem die Kostenkalkulationsdaten aus allen an der DRG-Kalkulation beteiligten Krankenhäusern ohne Berücksichtigung der versorgungsstufenbezogenen Unterschiede „in einen Topf geworfen“ werden. Pauschalierte Entgeltsysteme funktionieren aber nur dann reibungslos, wenn innerhalb einer Vergütungsgruppe keine

Inhomogenitäten auftreten. Das Einklinikmodell hat jedoch zwangsläufig zur Folge, dass sich in der Stichprobe erhebliche medizinische und ökonomische Inhomogenitäten verbergen. Die erstmalige Teilnahme von 12 Unikliniken sowie einiger weiterer Häuser der Maximalversorgung an der Rohfallkostenkalkulation hat einen deutlichen Einfluss auf die Relativgewichte im Jahr 2004. Die daraus resultierende Verringerung des Kompressionseffektes ist zwar zu begrüßen, verdeutlicht aber die grundsätzliche Schwäche des „Einklinikmodells“.

An der Grundproblematik könnte auch eine noch stärkere Einbeziehung von Häusern der Maximalversorgung nichts ändern. Denn mittels dieser Kalkulationsmethode 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 6/11

Einige Beispiele sollen verdeutlichen, dass die DRG-Kalkulationsmethode Krankenhäuser benachteiligt, die überwiegend schwerkranke oder andernorts therapierte Patienten versorgen und dabei auf hochpreisige oder innovative Arzneimittel zurückgreifen müssen:

- **Behandlung von Mamma-Karzinomen (G-DRGs J62B, RG = 1,307; J62C, RG = 0,523 und J62D, RG = 0,227)**

Die zur Verfügung stehenden DRGs sind weder geeignet, die unterschiedlichen Stadien der Erkrankung abzubilden, noch die erhebliche Kostenvarianz bei der Behandlung dieser Erkrankung zu berücksichtigen. Die Kostenspreizung der möglichen Therapien reicht allein beim metastasierten Mamma-Karzinom von 100 Euro bis 2.500 Euro. Häuser der Maximalversorgung sind damit systemisch unterfinanziert, während Grundversorger dieselbe DRG abrechnen können, aber in vielen Fällen weniger dafür aufwenden müssen. Das folgende Beispiel zeigt anhand eines Modells, das nur die reinen Medikamentenkosten berücksichtigt, wie extrem die Erlössituation der verschiedenen Versorgungsstufen beeinträchtigt werden kann.

### Therapie Mamma-Ca

**Haus A: 20 Fälle**

Erlös: 12.258 €/Zyklus

20 x Therapie A á 101 €

DRG J62D

Med. Kosten: 2.020 €/Zyklus

bleibt 10.238 €/Zyklus

**bleibt pro Pat. +512 €**

### Haus B: 100 Fälle

Erlös: 61.290 €/Zyklus

40 x Therapie A á 101 € DRG J62D Med. Kosten: 79.280 €/Zyklus

40 x Therapie B á 601 € bleibt -17.990 €/Zyklus

20 x Therapie C á 2.560 € **bleibt pro Pat. -180 €**

### Haus C: 200 Fälle

Erlös: 122.580 €/Zyklus

30 x Therapie A á 101 € DRG J62D Med. Kosten: 242.330 €/Zyklus

100 x Therapie B á 601 € bleibt -119.450 €/Zyklus

70 x Therapie C á 2.560 € **bleibt pro Pat. -597 €**

Seite 7/11

### Rahmenbedingungen

Basisfallwert = 2.700 Euro

Abrechnung über J62D, keine amb. Pat.

RG (J62D) = 0,0227

Therapie A = klassisches CMF

Therapie B = AC oder EC

Therapie C = taxanhaltige Kombi

(TAC, AC->T, T+Cape)

Ein derartiger Sachverhalt konterkariert die Bemühungen, durch Schaffung fokussierter Versorgungsstrukturen (Kompetenzzentren) die Behandlungsqualität zu erhöhen und entsprechend zu erstatten. Bei einer ausschließlichen Vergütung über DRGs werden die Häuser, die eine qualitativ hochwertige Versorgung vieler Patienten anbieten und viele Patienten an sich ziehen sollen, ökonomisch bestraft.

#### ▪ **Behandlung von Lymphomen, nicht-akuten Leukämien (DRG: R61A/B; R65Z) und akuten Leukämien (DRG: R60A/B/C/D)**

Auch in den Indikationsbereichen der Lymphome und Leukämien sind die zur Verfügung stehenden G-DRGs nicht differenziert genug, um die unterschiedlichen Therapieoptionen sachgerecht abzubilden; die erhebliche Kostenvarianz der verschiedenen Therapieschemata wird im G-DRG-System nicht widergespiegelt. Zum Beispiel unterscheidet sich die Erst-, Zweit- und Drittlinientherapie beim indolenten Non-Hodgkin-Lymphom sowohl in der Verweildauer im Krankenhaus als auch in den Kosten der applizierten Medikamente (Verweildauer: 1 – 5 Tage möglich, Medikamentenkosten ca. 40 – 1.250 Euro; Quelle: J. – W. Gröticke/ H. Rasche: in: Das Krankenhaus 12, 2001). Für die Codierung steht aber nur die DRG R61. zur Verfügung. Das nachfolgende Modell

verdeutlicht die extrem voneinander abweichende Erlössituation der verschiedenen Versorgungsstufen unter Berücksichtigung der reinen Medikamentenkosten.

### Therapie indolentes NHL

#### Haus A: 10 Fälle

Erlös: 29.052 €/Zyklus

10 x Therapie A á 335 € DRG J61B Med. Kosten: 3.350 €

bleibt 25.702 €/Zyklus

**bleibt pro Pat. 2.570 €**

Seite 8/11

#### Haus B: 50 Fälle

Erlös: 125.658 €/Zyklus

30 x Therapie A á 335 € DRG R61B Med. Kosten: 37.150 €/Zyklus

10 x Therapie B á 910 € DRG R61B bleibt 88.508 €/Zyklus

10 x Therapie C á 1.800 € DRG R65Z **bleibt pro Pat. 1.770 €**

#### Haus C: 100 Fälle

Erlös: 192.510 €/Zyklus

25 x Therapie A á 335 € DRG R61B Med. Kosten: 121.125 €/Zyklus

25 x Therapie B á 910 € DRG R61B bleibt 71.385 €/Zyklus

50 x Therapie C á 1.800 € DRG R65Z **bleibt pro Pat. 714 €**

#### ▪ Behandlung von Patienten mit Ein-Tages-Chemotherapien

Im DRG-System 2004 wurden erstmals 10 Ein-Belegungstag-DRGs für die Chemotherapiefälle der jeweiligen Tumorentitäten eingeführt. Durch diesen Schritt ist zumindest eine erhebliche medizinische Homogenisierung eingetreten. Das Grundproblem besteht aber weiter, dass auch innerhalb derselben Diagnose - z. B. Mammatumor - die Kosten der applizierten Therapien, abhängig vom Stadium und der Vorbehandlung, zwischen 100 und 2.600 Euro schwanken. Das bedeutet, dass kostenintensive Chemotherapien auch von den neu geschaffenen Ein-Belegungstag-DRGs nicht adäquat abgedeckt werden. Auch hier sind Häuser der Maximalversorgung, die aufgrund des selektierten Patientenkollektivs überproportional kostenintensive Therapien anwenden müssen, deutlich benachteiligt.

Zwei weitere Beispiele sollen verdeutlichen, dass die dem InEK zur Verfügung gestellten Datensätze vielfach nicht repräsentativ sind, da



Krankenhäuser mit lediglich leichten Fällen überrepräsentiert sind. Dieser Umstand muss zwangsläufig zu einem unzureichenden DRG-Kostengewicht bzw. einer zu niedrigen Bewertungsrelation führen.

- **Diagnose R60A, Akute Leukämie, Alter > 5 Jahre mit Chemotherapie**

Diese Diagnose lässt erwarten, dass alle Kalkulationsfälle chemotherapeutisch behandelt wurden. Aus dem vom InEK veröffentlichten Datenblatt zu dieser Diagnose geht allerdings hervor, dass lediglich in 35,72 Prozent der Fälle Nebendiagnosen oder Prozeduren erfasst sind, die eine Chemotherapie beinhalten. Die Nebendiagnose Sepsis ist mit 1,04 Prozent eingeflossen. Alle Krankenhäuser, die solche Fälle behandeln, bestätigen, dass Sepsis in mindestens 10 Prozent der Fälle, häufig bis zu 25 Prozent der Fälle vorkommt. Der hohe Anteil der Kurzliegerfälle mit 37,32 Prozent lässt vermuten, dass es sich in der Tat überwiegend um Daten aus Krankenhäusern mit leichten Fällen handelt.

Seite 9/11

- **DRG F60A, Kreislauferkrankung mit akutem Myokardinfarkt, ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC**

Der InEK-Abschlussbericht weist für die DRG eine Fallzahl von 1.044 aus. Davon haben 0,73 Prozent die Prozedur 8-020.x.

Davon ausgehend, dass in der Vergangenheit unter dieser Prozedur in der Regel die Lyse-Therapie geschlüsselt wurde (in Ermangelung einer definierten Prozedur zur Applikation der Lyse, die erst jetzt in der Version 2004 vorhanden ist), würden 0,73 Prozent mit der Prozedur 8-020.x genau 7,6 Fällen entsprechen. Demnach wären 7,6 von 1.044 Fällen bei einem akuten Myokardinfarkt mit einer Lyse-Therapie behandelt worden. In der Praxis werden jedoch 20 bis 25 Prozent der Herzinfarkte lysiert. Entsprechend gering fallen die für die Arzneimitteltherapie kalkulierten Kosten (4 a + 4 b) aus, die die tatsächlichen Kosten bei weitem nicht zu decken vermögen.

Die DRG F60B weist dieselbe Problematik auf. Auch hier ist der Prozentsatz von 0,88, mit der die OPS 8-020.x abgegeben wird, viel zu niedrig. Unverständlicherweise liegt der Prozentsatz aber höher als bei F60A. Dabei umfasst die DRG F60A die schwerwiegenden Herzinfarkte, die häufiger lysiert werden als weniger schwere Fälle.

In der Konsequenz bedeutet dies für innovative und kostenintensive Arzneimitteltherapien (in der Onkologie, Intensivtherapie, Immuntherapie etc.), die vorrangig in Zentren der Maximalversorgung und in spezialisierten Einrichtungen angewandt werden, dass die ermittelten Durchschnittskosten die tatsächlichen patientenbezogenen Therapiekosten nicht widerspiegeln. Für Zentren der Maximalversorgung und spezialisierte Einrichtungen ist aber gerade beim Einsatz kostenintensiver und innovativer Therapien eine bedarfsgerechte Finanzierung essentiell, um auch weiterhin eine am medizinischen Fortschritt orientierte Versorgung der Patienten zu

gewährleisten. In diesem Zusammenhang muss kritisch festgehalten werden, dass Qualitätsaspekte bei der Kostenkalkulation weiterhin keine Rolle spielen. Weder in den Kalkulationsdaten, die an das InEK geliefert werden, noch in den Fallpauschalen existiert ein Kosten-Leistungs-Bezug, der die Qualität der erbrachten Leistungen berücksichtigt bzw. honoriert.

Wenn aber spezialisierte Bereiche unterfinanziert werden, müssen im Umkehrschluss weniger spezialisierte Bereiche überfinanziert sein. Dieser Ansatz wird daher im Endeffekt eine deutliche Umverteilung von Finanzmitteln von spezialisierten auf weniger spezialisierte Krankenhäuser bedingen, was mit großer Wahrscheinlichkeit in verschiedensten Bereichen zu Qualitätseinbußen führen wird.

**Seite 10/11**

#### Lösungsvorschlag

Aus den geschilderten Gründen halten die Forschenden Arzneimittelhersteller ihre grundsätzliche Kritik am „Einklinikmodell“ weiter aufrecht und empfehlen dringend, die Kostenunterschiede zwischen einzelnen Kliniken künftig genauer zu analysieren und zu hinterfragen. Anstatt am bisherigen Verfahren festzuhalten, sollte im Rahmen zukünftiger DRG-Anpassungen die Relevanz unterschiedlicher Versorgungsstufen und der dort erbrachten Qualität stärker berücksichtigt werden. Nur so lässt sich die Frage beantworten, ob unterschiedliche Behandlungskosten das Ergebnis von Effizienzunterschieden sind oder ob es sich dabei um das Resultat von differenzierten, medizinisch notwendigen und qualitativ unterschiedlichen therapeutischen Vorgehensweisen handelt. Daher sollte geprüft werden, ob künftig DRGs gebildet werden können, die die Versorgungsstufe der Krankenhäuser berücksichtigen.

Parallel dazu empfehlen wir eine gesonderte Finanzierung von kostenintensiven und innovativen Therapien. Denn in kaum einem Land, das ein DRG-System nutzt, werden hochspezialisierte und kostenintensive Leistungen komplett über Fallpauschalen vergütet.

Analog zum Vorschlag „Methodische Schwierigkeiten bei der Zuweisung von Arzneimittelkosten“ halten wir es für zielführend, für stationär relevante hochpreisige Arzneimittelinnovationen eine Wirkstoffliste zu erstellen. Dort gelistete Wirkstoffe/Arzneimittel sollten außerhalb der DRG-Systematik vergütet werden. Diese Wirkstoffliste müsste regelmäßig – mindestens einmal jährlich - aktualisiert werden, um eine am medizinischen Fortschritt orientierte Versorgung der Patienten sicherzustellen. Somit könnte auch die auf die DRG-Systematik zurückzuführende „Innovationslücke“ von drei bis vier Jahren weitgehend geschlossen werden.

Kostenintensive und innovative Arzneimittel, die nicht regelhaft bei einer bestimmten Indikationsstellung zur Anwendung kommen, müssen dabei nicht sofort zu einer Neuanpassung der Gruppenlogik führen, sondern lediglich in die „Wirkstoffliste“ aufgenommen werden.

## **Schwierigkeiten bei der Integration und Erstattung von Innovationen**

### Problembeschreibung

Aufgrund weltweiter intensiver Forschungsaktivitäten werden regelmäßig neue diagnostische und therapeutische Verfahren entwickelt, die für die Behandlungsabläufe im Krankenhaus von erheblicher Bedeutung sind. Innovative Konzepte werden bisher vorwiegend in Universitätskliniken oder Zentren der Maximalversorgung eingesetzt, ehe sie z. B. in die ambulante Nutzung integriert werden. Die strukturierte Finanzierung neu eingeführter innovativer Verfahren im Rahmen des neuen DRG-Systems ist bisher nicht geklärt. Auch wenn der § 6.2 des Krankenhausentgeltgesetzes die Möglichkeit eröffnet, hausindividuelle Vergütungen für diagnostische und therapeutische Innovationen zu vereinbaren, fehlen bisher noch klare Verfahrensvorgaben.

Seite 11/11

Dazu kommt, dass Innovationen nicht über eine Indikation abgebildet werden können, sondern einen Prozedurenschlüssel benötigen, damit sie überhaupt erst beim InEK evaluiert und differenziert werden können. Da die OPS-Schlüssel aber nur einmal jährlich aktualisiert werden, können Innovationen keinesfalls zeitgerecht abgebildet werden.

Die vom Gesetzgeber und der Selbstverwaltung vorgesehene Lösung, durch die jährliche Anpassung der DRG-Fallgruppen und die jährliche Anpassung der Relativgewichte Innovationen zeitnah im DRG-System zu implementieren, ist kalkulatorisch nicht möglich, da die dafür notwendige Abbildung der „medizinischen Behandlungswirklichkeit“ erst erfolgt, wenn eine Anwendung der neuen Therapiemöglichkeiten in vielen der kalkulierenden Krankenhäuser in ausreichender Anzahl stattgefunden hat.

### Lösungsvorschlag

Wenn für den Umgang mit Innovationen keine adäquate Lösung gefunden wird, ist zu erwarten, dass neue Arzneimittel in Zukunft vorwiegend Privatpatienten vorbehalten sein werden. Um dies zu vermeiden halten es die Forschenden Arzneimittelhersteller daher für dringend notwendig, dass der § 6.2 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend inhaltlich ausgestaltet wird. 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.