


# **BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e. V.**

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0650(3)  
vom 22.09.04**

**15. Wahlperiode**

Herrn  
Klaus Kirschner  
Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschusssekretariat  
Deutscher Bundestag  
Paul-Löbe-Haus

11011 Berlin

Berlin, 22. September 2004  
Sch-Win  
 -26

**Stellungnahme des Bundesverbandes Medizintechnologie e. V. zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis90/Die Grünen eines Zweiten Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (zweites Fallpauschalenänderungsgesetz - 2.FPÄndG)**

**Bundestagsdrucksache 15/3672**

Sehr geehrter Herr Kirschner,

die Medizinprodukteindustrie unterstützt ausdrücklich alle Anstrengungen, die zu einer optimalen Einführung eines leistungsorientierten Fallpauschalensystems im Krankenhaus beitragen. Der BVMed hält weiterhin die zügige Einführung des DRG-Systems für überaus wichtig, da die verstärkte Transparenz des Leistungsgeschehens in den Krankenhäusern die Qualität und Effizienz der Versorgung nachhaltig verbessern wird.

Da ab 2005 das Fallpauschalensystem mit Beginn der Konvergenzphase als Preissystem ökonomisch wirksam werden soll, muss der dann geltende Maßstab dem Verlust von Innovationspotential für hochwertige Medizintechnologien vorbeugen und eine zeitnahe Implementierung dieser Verfahren sicherstellen. Damit das hohe Versorgungsniveau in Deutschland aufrechterhalten wird und eine stete Chance auf Verbesserung hat, ist es unabdingbar, dass eine sachgerechte und schnelle Einführung von innovativen Medizintechnologien auch zukünftig garantiert wird.

Innovative Medizintechnologien müssen allen Patienten, die sie benötigen, zeitnah zur Verfügung gestellt werden.

Konkret sind dafür folgende Anpassungen notwendig:

## **1. Konvergenzphase:**

Der BVMed sieht grundsätzlich die Notwendigkeit für eine Modifizierung der Konvergenzphase. Unabhängig davon ist eine Entkopplung der Leistungen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil (Medizinprodukte) für die zukünftige Entwicklung der System-Effizienz von besonderer Bedeutung.

### **1.1 Gewünschte, prospektiv vereinbarte medizinisch notwendige Mehrmengen ab dem Jahr 2005**

Die im Gesetzentwurf enthaltene Option zur abweichenden Vereinbarungsmöglichkeit prospektiver Mehrmengen sollte für sachkostenintensive Leistungen konkretisiert werden. Die in Artikel 2 Nr. 2 e vorgesehene, von der Konvergenzsystematik abweichende Einführung der Berücksichtigung von prospektiven Mehrmengen ist zumindest für sachkostenintensive Mehrmengen nicht ausreichend.

In der Gesetzesentwurfsbegründung wird bereits ausgeführt, dass mit der aus der Konvergenzsystematik resultierenden Vergütung die Finanzierung prospektiv vereinbarter Mehrmengen eine adäquate Vergütung teurer Medikamente und Implantate nicht möglich sei. Die im Entwurf vorgesehenen pauschalen prozentualen Vergütungssätze sind in den Jahren 2005 bis 2007 für spezielle sachkostenintensive Leistungen nicht ausreichend, da sie die aufwendigen Sachkosten, die über diesen Prozentsätzen liegen, nicht decken.

Von diesem Sachverhalt sind insbesondere Therapieformen betroffen, die sich heute erst in der Einführungsphase befinden. "Junge Therapien", wie z. B. Medikamenten-freisetzende Stents bei der koronaren Herzerkrankung, vollimplantierbare kardiale Resynchronisationssysteme in der Schrittmachertherapie, Medikamentenpumpen in der Schmerztherapie oder Coils beim Schlaganfall, sind derzeit erst in kleinen Fallzahlen in den Budgets enthalten. Die Überführung in eine indikationsgerechte und leitlinienadaptierte Versorgung erfordert jedoch eine entsprechende Ausweitung der Fallzahlen. Dieses würde durch die vorgesehene Regelung blockiert werden, da den Krankenhäusern die variablen Fremdkosten nicht in voller Höhe erstattet werden.

**Im Sinne des Gesetzesvorhabens würde außerdem daran festgehalten werden, kein Anreizsystem für zusätzliche Leistungen in den Krankenhäusern zu schaffen. Da nur der tatsächlich anfallende Sachkostenanteil erstattet wird, erwirtschaftet das jeweilige Krankenhaus keine Gewinne durch das Erbringen zusätzlicher Behandlungen.**

Zudem entsteht durch die Mindestmengenregelung die Gefahr, dass die notwendigen Verlagerungen von Leistungen an qualitätsgesicherte Kliniken nicht adäquat, dass heißt nicht leistungsgerecht finanziert werden. Die Ausweitung der Mindestmengenregelung auf weitere Therapieformen und deren Durchsetzung in die Budgetverhandlungen führt zu einer entsprechenden Verlagerung der Fälle auf andere Leistungsanbieter. Diese müssten die Möglichkeiten erhalten, die variablen Kosten für die "übernommenen" Fälle zu erhalten.

### **Lösungsvorschlag:**

Der BVMed schlägt daher vor, die sachkostenintensiven Leistungen mit Medizinprodukten explizit in die Aufführung der Ausnahmetatbestände des Satzes 4 des § 4 KHEntgG aufzu-

nehmen, für die eine Berücksichtigung in Höhe der zusätzlich entstehenden Kosten vorgesehen ist.

## **2. Ungeplante medizinisch notwendige Mehrmengen ab dem Jahr 2005**

### **Fehlanreize durch die Minder- bzw. Mehrerlösausgleichregelung:**

Die derzeit im FPG vorgesehenen Regelungen der Minder- und Mehrerlöse haben in der Praxis gezeigt, dass die Mehrerlösausgleichregelung für die sonstigen Mehrerlöse, die pauschal in der Konvergenzphase mit 65 v. H. ausgeglichen werden, nicht ausreichend sind. Bei Mehrfällen mit hohem Sachkostenanteil werden die variablen Kosten nicht annähernd refinanziert. Auch die vom Gesetzgeber vorgesehene individuelle Mehrerlösausgleichsregelung bei Verfahren mit hohem Sachkostenanteil wird auf Grund der "kann"-Formulierung von der Kassenseite restriktiv behandelt und mit den Kliniken daher kaum umgesetzt.

### **Lösungsvorschlag:**

Einführung einer leistungsbezogenen Ausgleichsregelung für Sachkosten als "Soll"-Bestimmung, bezogen auf die erbrachten Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 7 Nr.2 und § 6 Abs. 1 KHEntgG. Dabei werden die Sachkostenanteile der Fallpauschalen oder Zusatzentgelte mit hohem Sachkostenanteil im Bereich der Implantate und Zusatzentgelte aus der bestehenden Regelung für die Zeit der Konvergenzphase herausgenommen. Das bedeutet, dass bei abweichender Menge der mehrerbrachten Fälle die Sachkostenanteile voll erstattet werden. Umgekehrt werden bei Mindermengen diese nicht erbrachten Sachkostenanteile nicht erstattet. Die Identifizierung dieser Verfahren kann über den OPS-Codes erfolgen. Diese Regelung kann auch durch Pauschalsätze für die Sachkosten, die durch das INEK festgelegt werden, umgesetzt werden.

## **3. Innovationsfinanzierung:**

Die im FPG formulierte Innovationsklausel nach § 6 Abs. 2 KHEntgG gefährdet eine zeitnahe Implementierung von Innovationen im klinischen Bereich. Zwei Hauptgründe verursachen unserer Meinung nach diese Einschätzung.

### *1. Fehlender Finanzierungsanreiz:*

Die Kliniken müssen die Innovationsentgelte aus ihrem Erlösbudget refinanzieren. Damit gibt es keinen direkten finanziellen Anreiz für die Klinik, Innovationen zu erproben und zu vereinbaren. Schließlich profitieren alle Leistungserbringer und letztendlich die Patienten von der Innovationserprobung, wenn sich die Therapie als erfolgreich herausstellt.

### *2. Ausufernde Bürokratie*

Das Verfahren zur Einholung von Informationen von den Vertragsparteien nach § 9 über die sachgerechte Abrechnung der neuen Methode mit den bestehenden Fallpauschalen durch jede einzelne Klinik ist ein überflüssiger bürokratischer Akt und verhindert eine flexible unterjährige Einführung durch die Fixierung auf das Fristdatum.

### **Lösungsvorschlag:**

#### *Zu 1:*

Um Innovationen zukünftig leistungsgerecht vereinbaren zu können, sollte ein Finanzierungsanreiz, dessen Höhe auf Länderebene festgelegt wird, ermöglicht werden. Analog der Finanzierungsregelung der integrierten Versorgung nach § 140 d SGB V werden auf der Landesebene die Innovationserlöse prozentual von allen Leistungserbringern getragen und über den Landesbasisfallwert refinanziert. Damit entstünde den Kostenträgern keine weite-

ren Ausgaben. Die Laufzeit der Vereinbarung sollte bis zur Aufnahme der Therapie in eine Fallpauschale oder Zusatzentgeltregelung gelten.

*Zu 2:*

Zur Sicherstellung eines zeitnahen Innovationszugangs ist die bisherige Fristenregelung nach

§ 6 Abs. 2 Satz 3 (KHEntG) ersatzlos zu streichen.

Eine Refinanzierung ist im Rahmen eines Ausgleichsverfahrens vorzusehen.

Mit freundlichen Grüßen

BVMed - Bundesverband  
Medizintechnologie e. V.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Schmitt', with a stylized flourish at the end.

Joachim M. Schmitt  
Geschäftsführer  
Mitglied des Vorstands

Olaf Winkler  
Referat Gesundheitssystem