

Stellungnahme der Regierungskommission

Anlage 1 (1/2)

Charakteristika und Mindeststrukturvoraussetzung der jeweiligen Stufen 1/2

Stufe	Leistungsspektrum	Notfallstufe (G-BA)	Intensivmedizin	Strukturvoraussetzungen
li (integrierte ambulante/stationäre Krankenhäuser)	Innere Medizin und/oder Chirurgie, Schwerpunkt amb. med. Leistungen, weitere Fachdisziplinen möglich, Akutpflegebetten ohne feste Fachabteilungszuordnung, Leitung durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen	Keine	Keine	Labor, Ultraschall, Röntgen; Tagdienst: ärztliche Anwesenheit, Nacht- und Wochenenddienst: fachärztlicher Rufdienst. Sozialdienst.
In (Sicherstellungsauftrag der stationären Basis- und Notfallversorgung)	Basisbehandlung Innere Medizin und Chirurgie und nach lokalem Umfeld Weitere Fachgruppen mit Sicherstellung der Basis-Notfallversorgung, telemedizinische Verknüpfung mit Kliniken der Stufe II oder III oder Fachkliniken in der jeweiligen Leistungsgruppe (mit telemedizinischer Entscheidungsfindung)	Stufe 1	Intensivbetten ≥ 6	CT, Labor, feste Kooperation mit übergeordneten Kliniken, Hubschrauberlandeplatz falls Distanz zur nächsten Level-III-Klinik >30 km. Sozialdienst.
II	Mind. je 3 internistische Leistungsgruppen und chirurgische Leistungsgruppen, weitere Leistungsgruppen aus mind. 5 weiteren Leistungsbereichen, telemedizinische Anbindung an andere Krankenhäuser in der jeweiligen Leistungsgruppe	Stufe 2	LG Allgemeine (erweiterte) Intensivmedizin mit Low-care-Intensivbetten ≥ 10 , High-care-Intensivbetten ≥ 10	MRT, Angiographie, Endoskopie, Stroke Unit. Hubschrauberlandeplatz falls Distanz zur nächsten Level-III-Klinik >30 km. Pflege-Ausbildungsstätten. Sozialdienst. Onkologie in zertifizierten Zentren.

Quelle: Eigene Darstellung nach Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung

Stellungnahme der Regierungskommission

Anlage 1 (2/2)

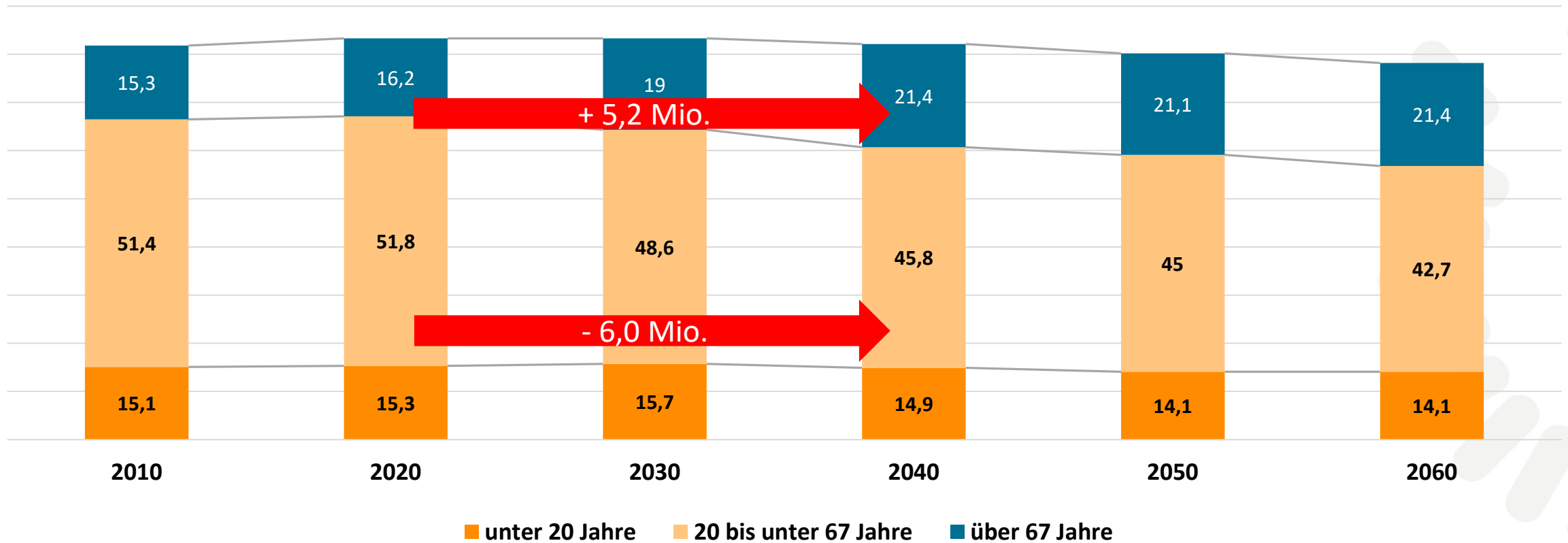
Charakteristika und Mindeststrukturvoraussetzung der jeweiligen Stufen 2/2

Stufe	Leistungsspektrum	Notfallstufe (G-BA)	Intensivmedizin	Strukturvoraussetzungen
III nicht-universitär	Wie Stufe II, aber mind. je 5 internistische und chirurgische Leistungsgruppen, weitere Leistungsgruppen aus mind. 8 der 12 weiteren Leistungsbereiche	Stufe 3	LG Komplexe (umfassende) Intensivmedizin mit Low-care-Intensivbetten ≥ 20 , High-care-Intensivbetten ≥ 20	Hubschrauberlandeplatz. Zertifizierte und refinanzierte Studienzentren, verpflichtender Einschluss von Patienten (etwa solchen mit NUB-Entgelten, onkologischen Patienten, etc.) in klinische Studien. Umfassende Pflege-Ausbildungsstätten. Sozialdienst. Onkologie in zertifizierten Zentren
IIIU universitär	Wie Stufe III + Aufgaben der überregionalen Koordination/Steuerung, System- und Zukunftsaufgaben (z. B. Pandemic-Preparedness-Infrastruktur für Krankenversorgung), Erhalt und Weiterentwicklung des Fächerspektrums (u. a. Weiterbildungsberechtigung auch in „kleinen Fächern“)	Stufe 3	LG Komplexe (umfassende) Intensivmedizin mit Low-care-Intensivbetten ≥ 20 , High-care-Intensivbetten ≥ 20	Entwicklung und Umsetzung von Translation und Innovation. Entwicklung, Evaluation und Implementierung regionaler Versorgungsnetze und präventiver Public-Health-Konzepte. Vorhaltung für seltene Erkrankungen. Umfassende Pflege-Ausbildungsstätten. Sozialdienst.
Somatische Fachklinik (FA)	Leistungsgruppen des entsprechenden Faches mit 24/7-Facharztstandard für die jeweilige Gruppe, Vorhaltung stationärer Betten, telemedizinische Verbindung mit Kliniken der Stufe I, II, III in der jeweiligen Leistungsgruppe (mit telemedizinischer Entscheidungsfindung)		Low-care-Intensivbetten ≥ 4 , High-care-Intensivbetten ≥ 2 (Ausnahmen möglich)	CT, Labor, Hubschrauberlandeplatz falls Distanz zur nächsten Level-III-Klinik $> 30\text{km}$. Mindestmengenvorgabe für die entsprechende Leistungsgruppe mit Beratung durch die Fachgesellschaften. Sozialdienst.

Quelle: Eigene Darstellung nach Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung

Herausforderungen: Demografie

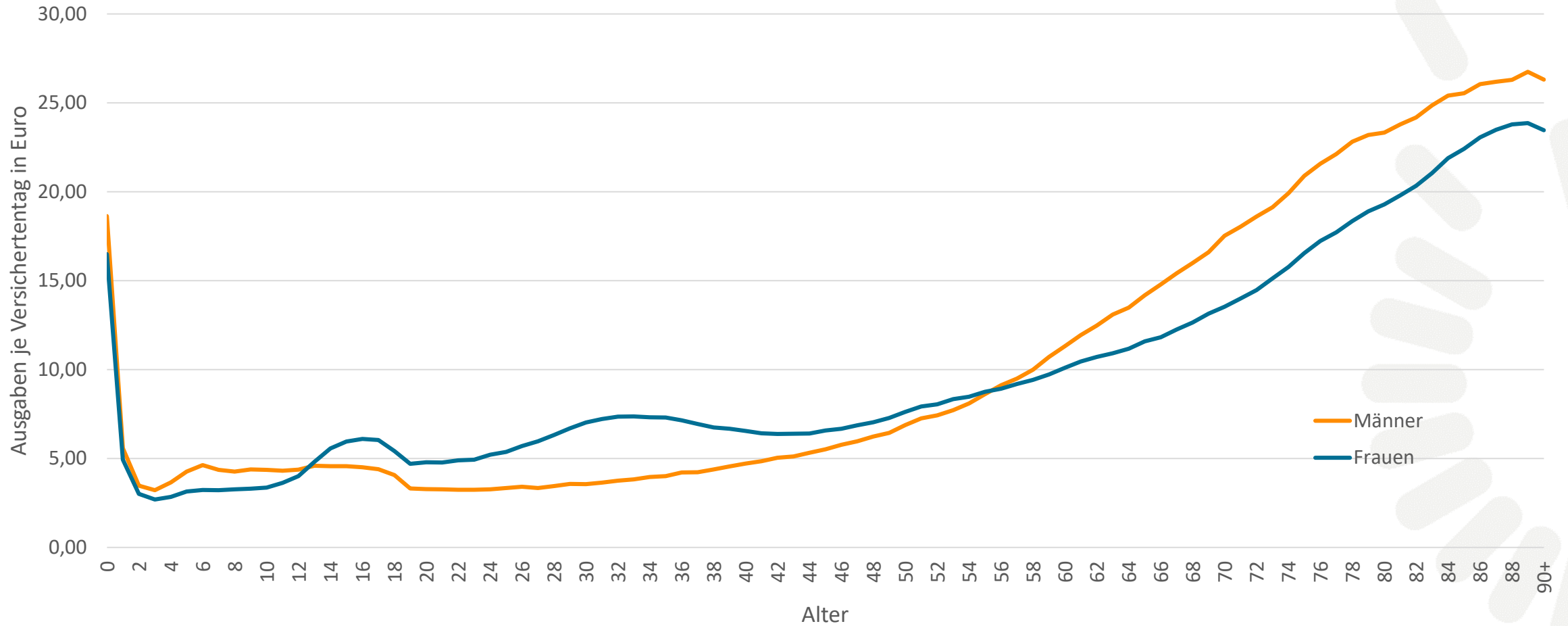
Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur
in Millionen 2010 - 2060



Quelle: Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2019): Fachserie 1 Reihe 1.3

Leistungsausgaben der GKV

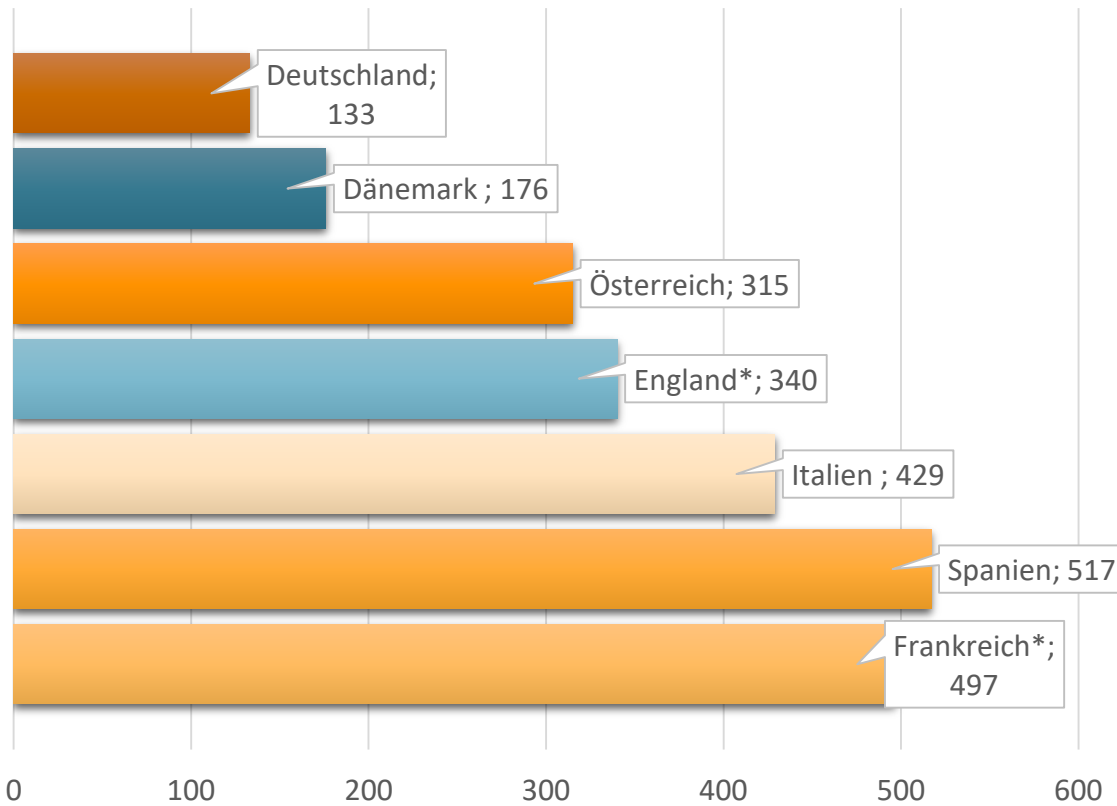
Jahr 2021, ohne Krankengeld



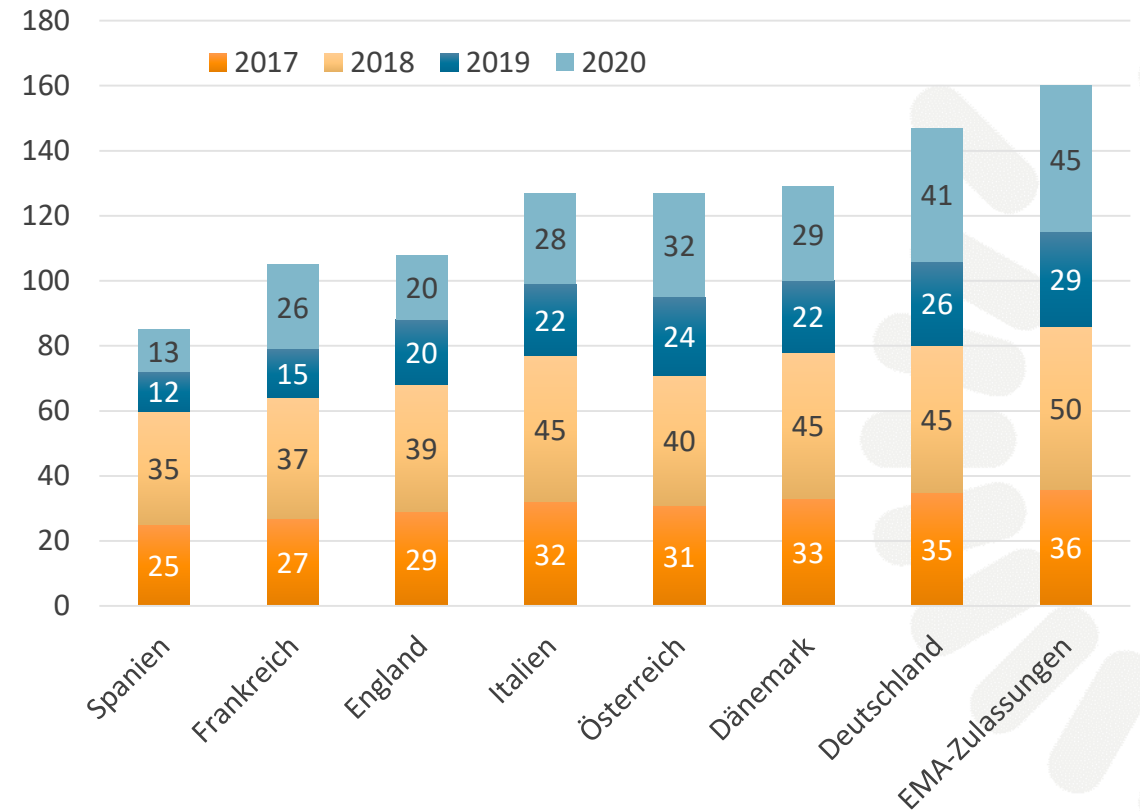
Das AMNOG behindert nicht die Markteinführung

(Stand: April 2022)

Zeit bis zur Verfügbarkeit in Tagen
(Generation 2017-2020)



Verfügbare Medikamente
(Generation 2017-2020)



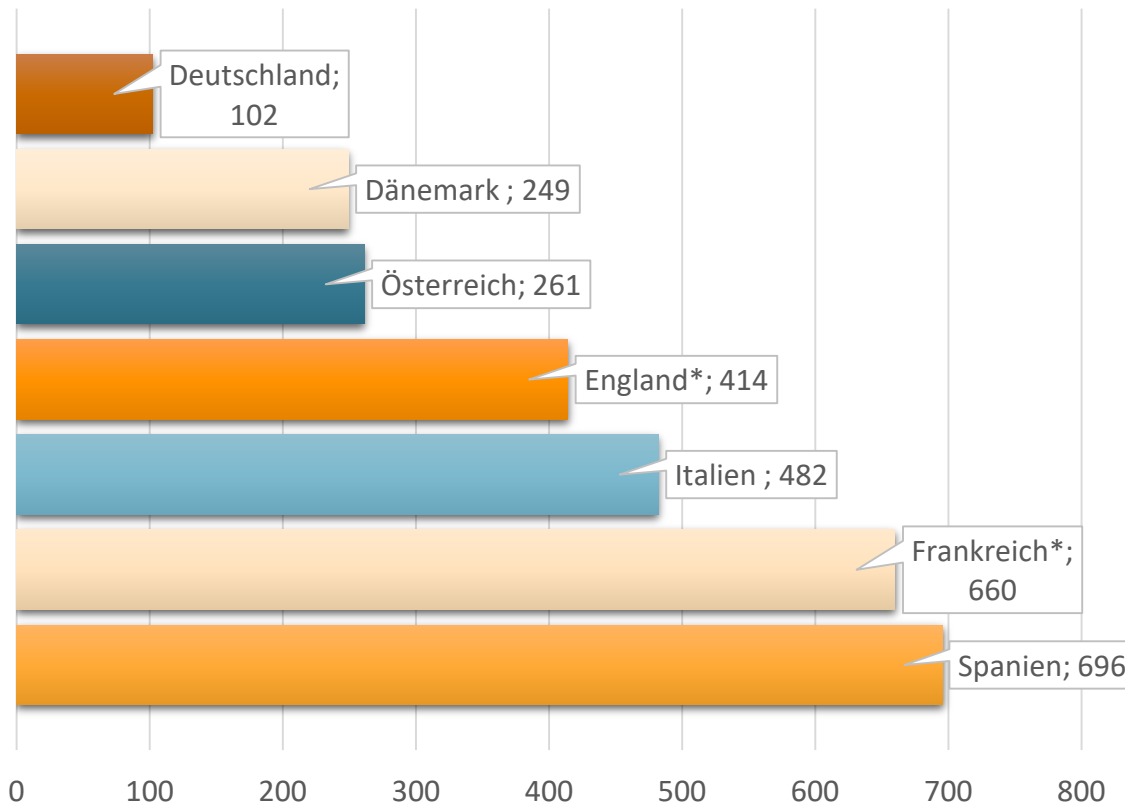
*Ohne Berücksichtigung von Sonderprogrammen wie Temporary Authorisations bzw. Early Access

Quelle: Eigene Darstellung nach IQVIA (2022): EFPIA Patient W.A.I.T. Indicator 2021 survey

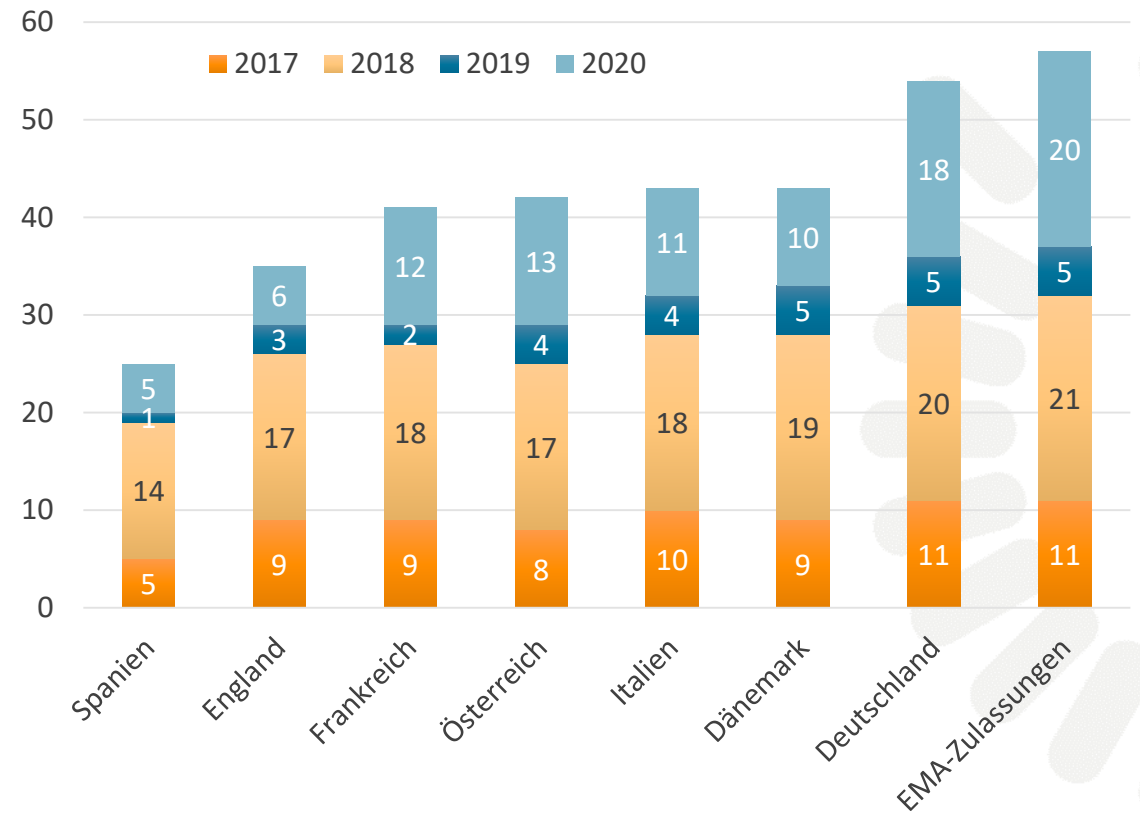
Zugang zu Orphan Drugs in europäischen Ländern

(Stand: April 2022)

Zeit bis zur Verfügbarkeit in Tagen
(Generation 2017-2020)



Verfügbare Medikamente
(Generation 2017-2020)

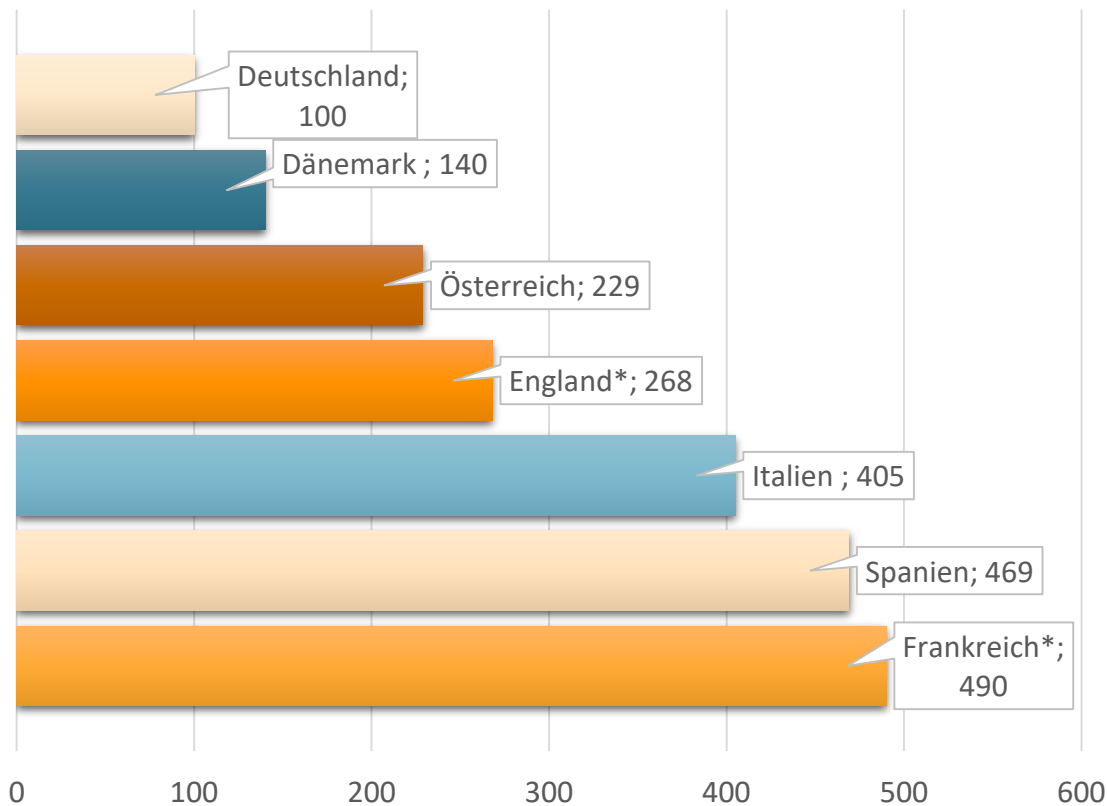


*Ohne Berücksichtigung von Sonderprogrammen wie Temporary Authorisations bzw. Early Access

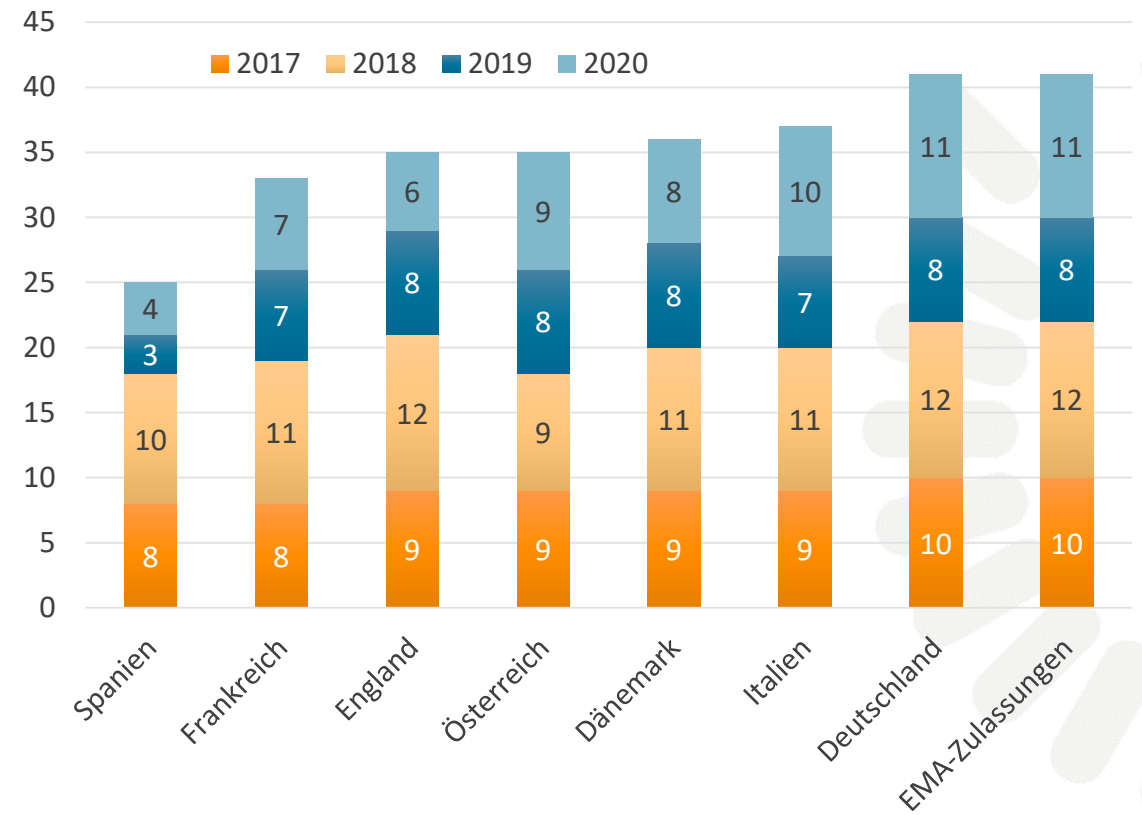
Zugang zu Onkologika in europäischen Ländern

(Stand: April 2022)

Zeit bis zur Verfügbarkeit in Tagen
(Generation 2017-2020)



Verfügbare Medikamente
(Generation 2017-2020)



*Ohne Berücksichtigung von Sonderprogrammen wie Temporary Authorisations bzw. Early Access

Quelle: Eigene Darstellung nach IQVIA (2022): EFPIA Patient W.A.I.T. Indicator 2021 survey

Das AMNOG erfüllt seinen Zweck

(N = 696*, höchste Zusatznutzenkategorie je Verfahren, Stand 23.01.2023)

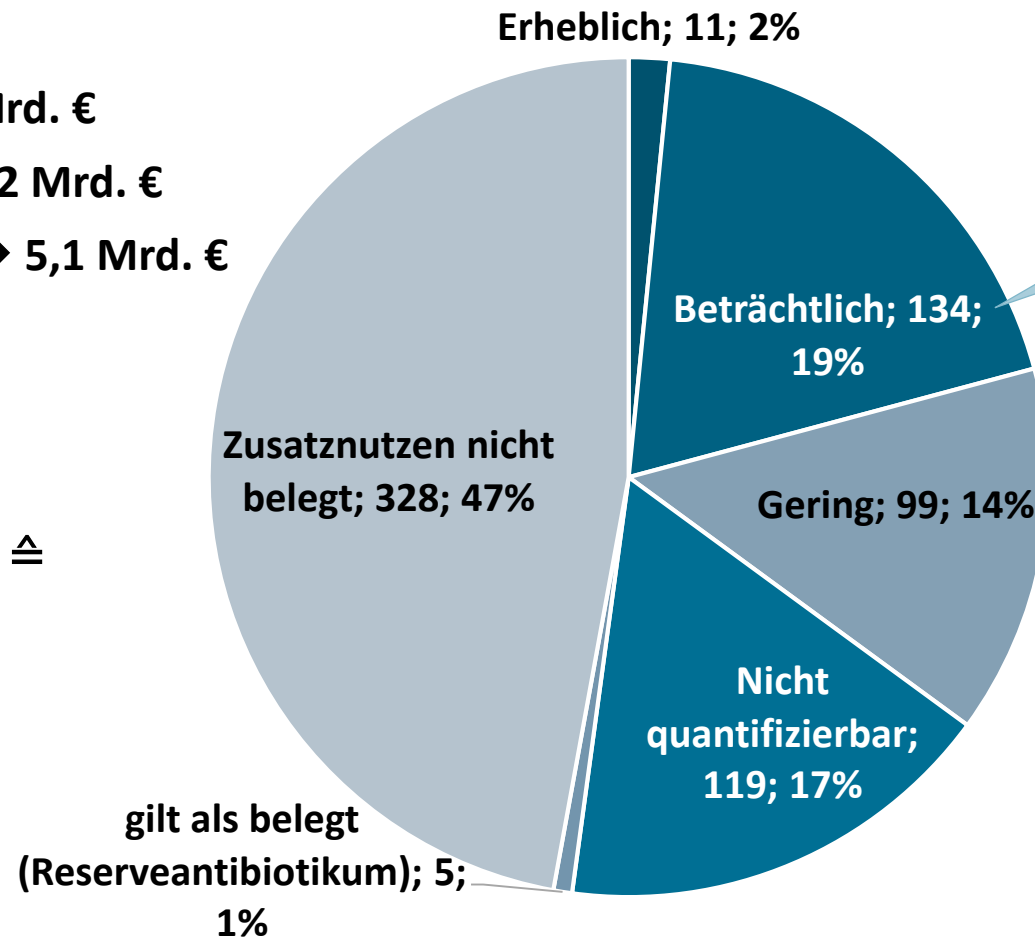
Memo:

Einsparungen durch

- AMNOG p.a. → 4,4 Mrd. €
- Festbeträge p.a. → 8,2 Mrd. €
- Rabattverträge p.a. → 5,1 Mrd. €

Faustformel:

1 Beitragssatzpunkt GKV ≙
16 Mrd. €



Ca. 53 % der Bewertungen erfolgten mit positivem Zusatznutzen

Quellen: Eigene Berechnungen, KJ1-Statistik, IQVIA (2022): [Marktbericht Classic: Entwicklung des deutschen Pharmamarktes im Kalenderjahr 2021.](#)

* bereinigt um aufgehobene Beschlüsse