



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Grundlegende Reformansätze der medizinischen Versorgung: ist günstiger und gleichzeitig nicht schlechter machbar?

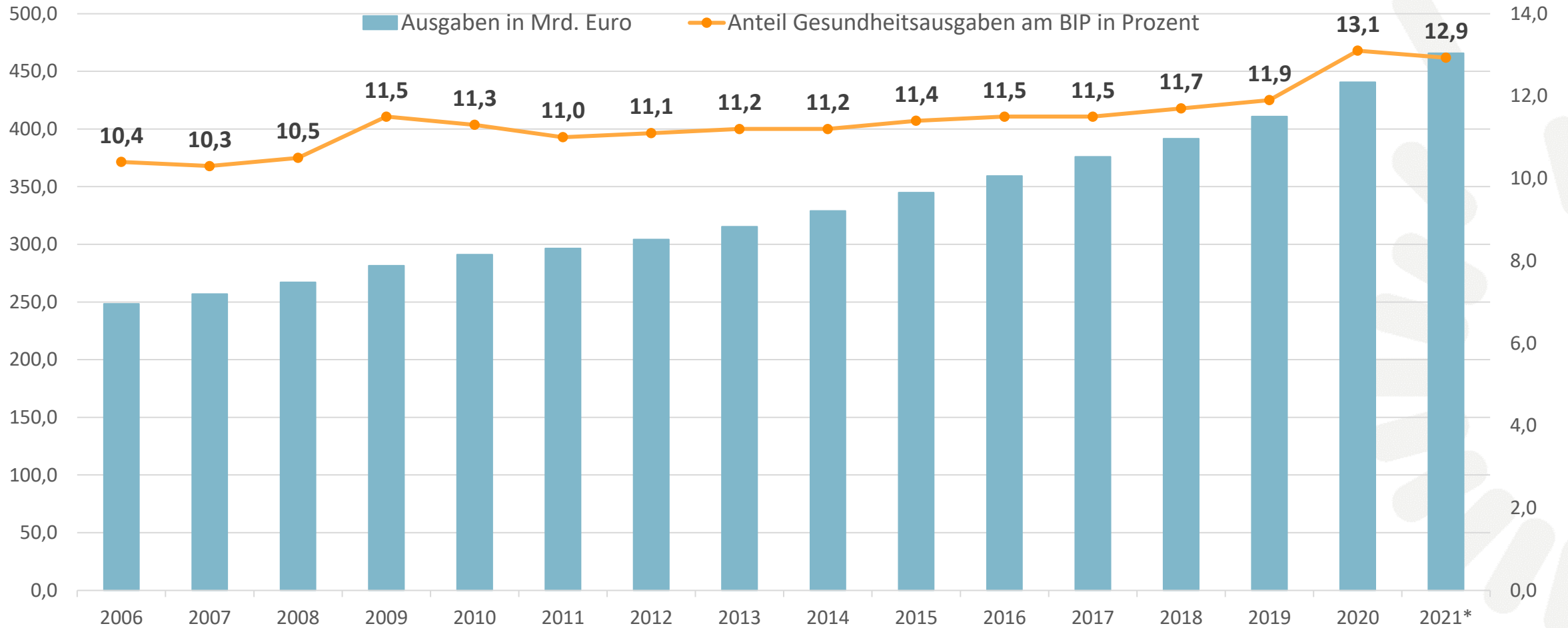
Sitzung der Kommission Gesundheit/Pflege der
Mittelstands- und Wirtschaftsunion

Berlin | 9. Februar 2023

Professor Josef Hecken

Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses und
Vorsitzender des Innovationsausschusses beim G-BA

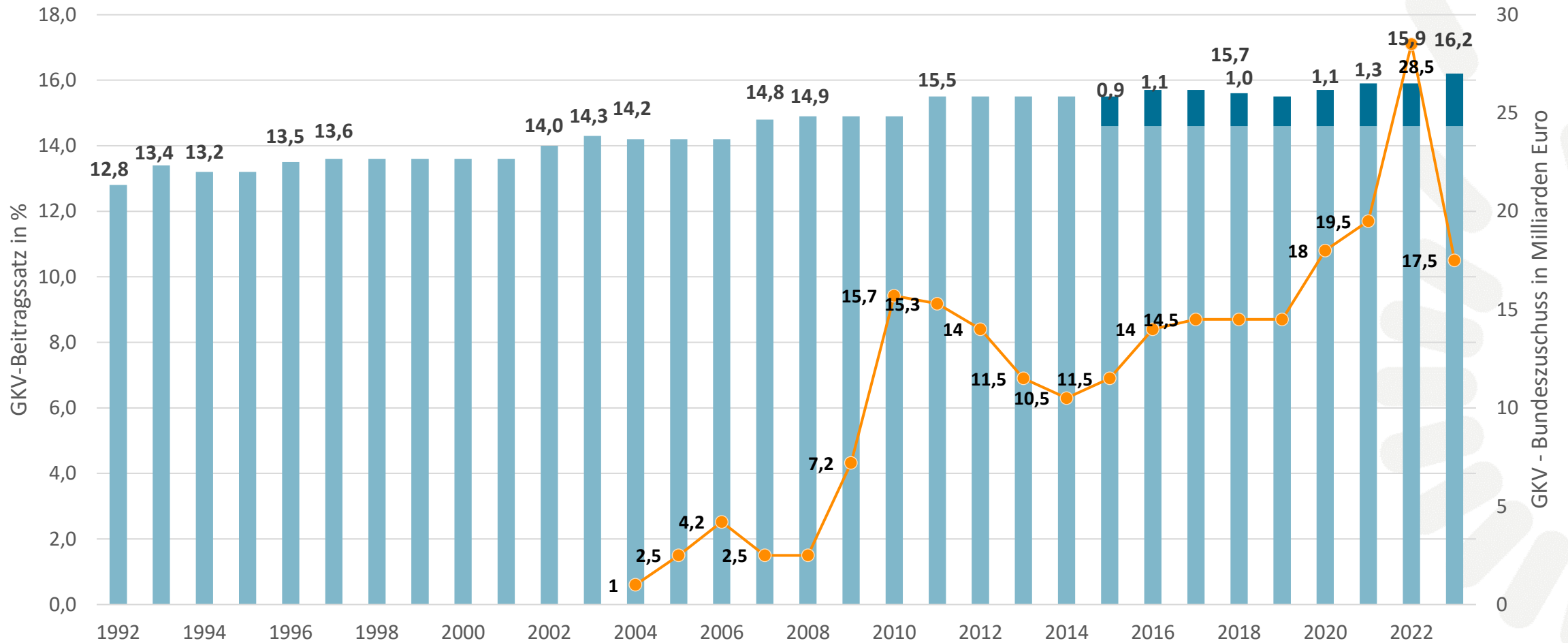
Entwicklung Gesundheitsausgaben (2006-2021)



* Prognose: Gesundheitsausgaben 2021: 465,7 Mrd. Euro / BIP 2021: 3,601,75 Mrd. Euro

Quelle: Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt

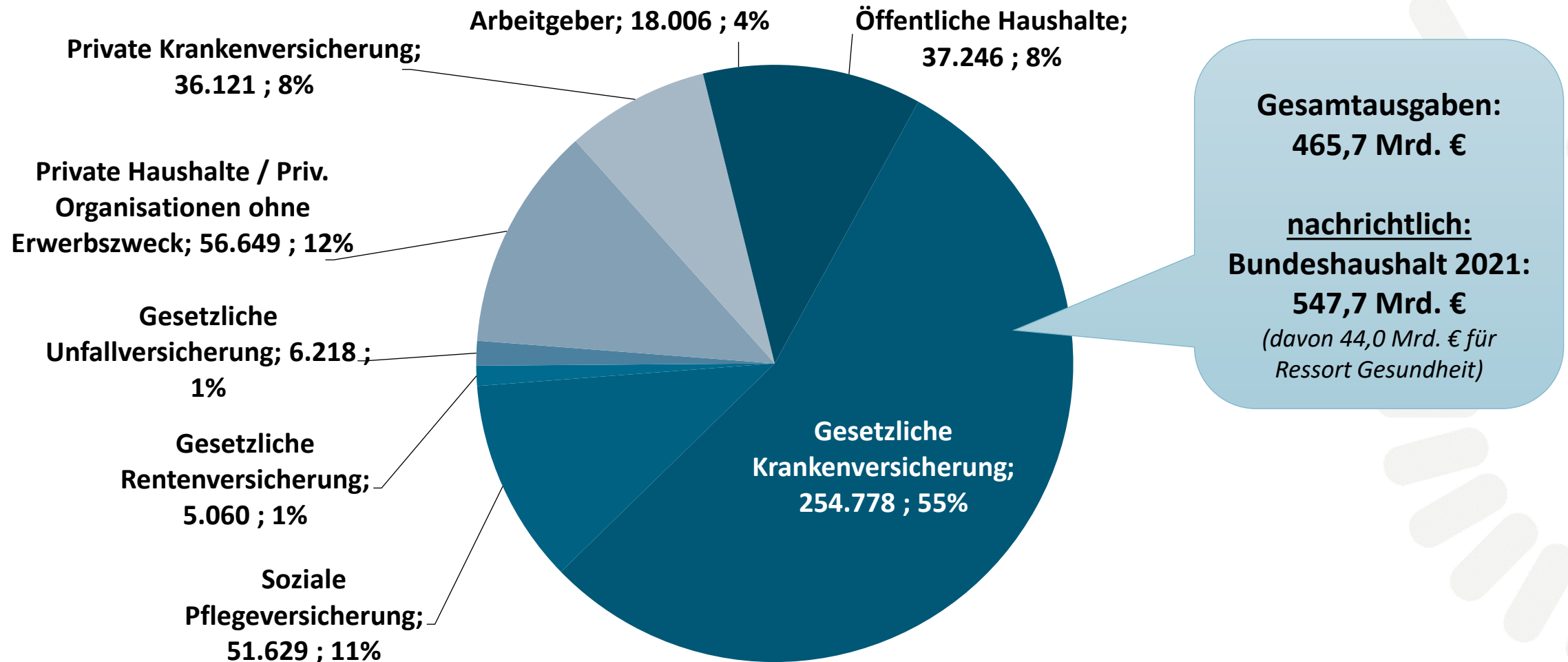
Entwicklung GKV-Beitragssatz und Bundeszuschuss



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Statistisches Bundesamt, GKV-Spitzenverband

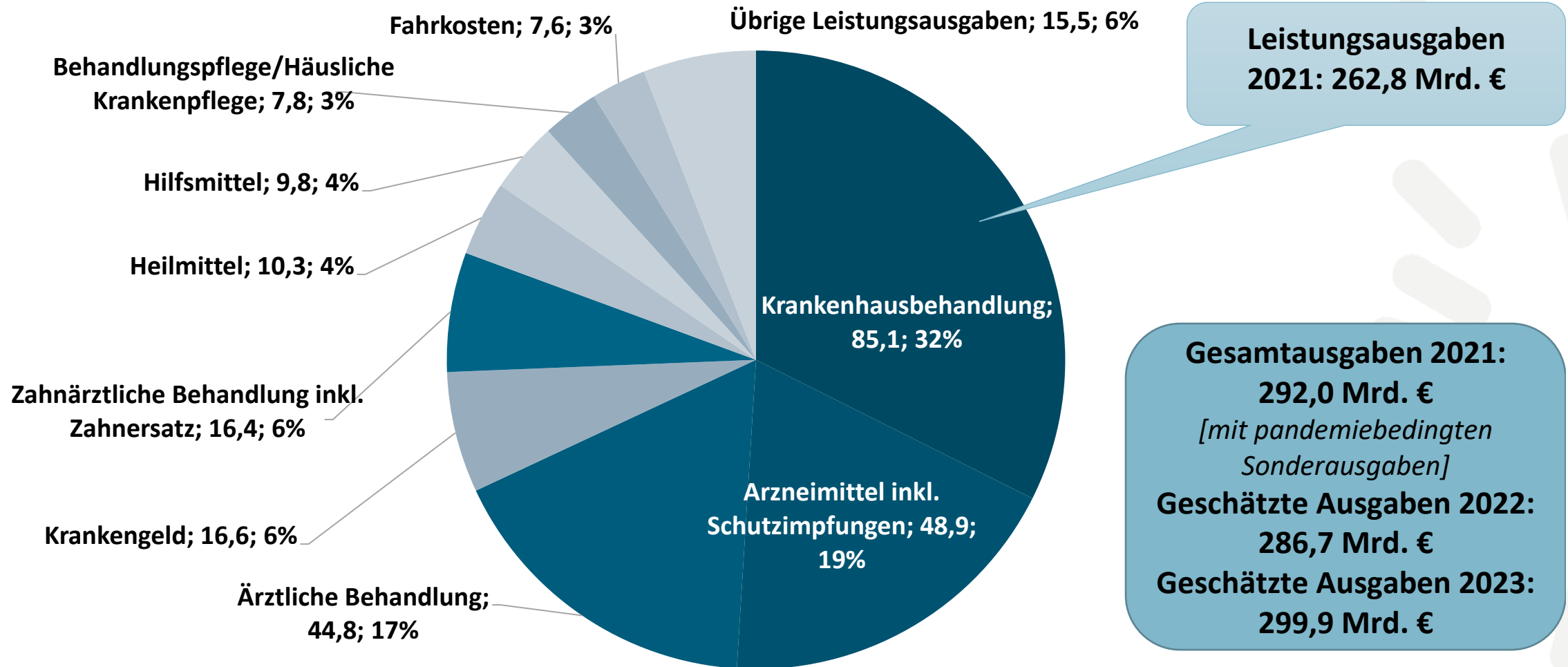
Gesundheitsausgaben 2021

in Mrd. Euro und anteilig



GKV-Leistungsausgaben 2021

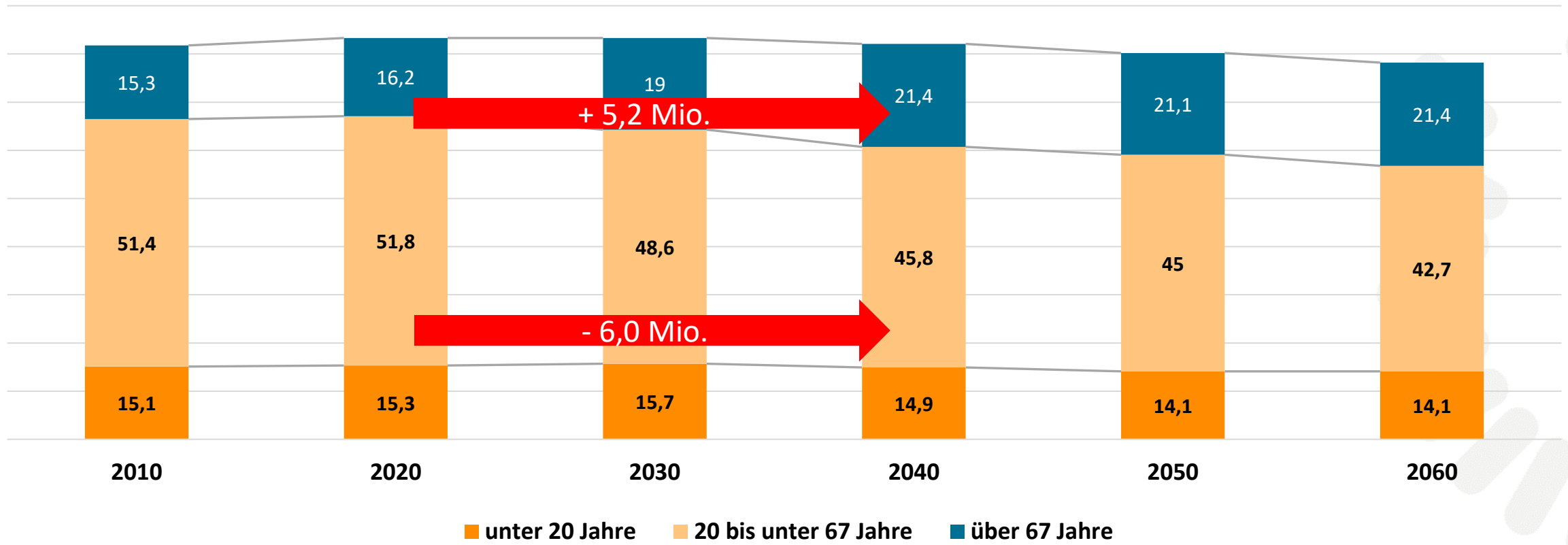
in Mrd. Euro und anteilig



Quelle: Eigene Darstellung nach Bundesministerium für Gesundheit und Bundesamt für Soziale Sicherung

Herausforderungen: Demografie

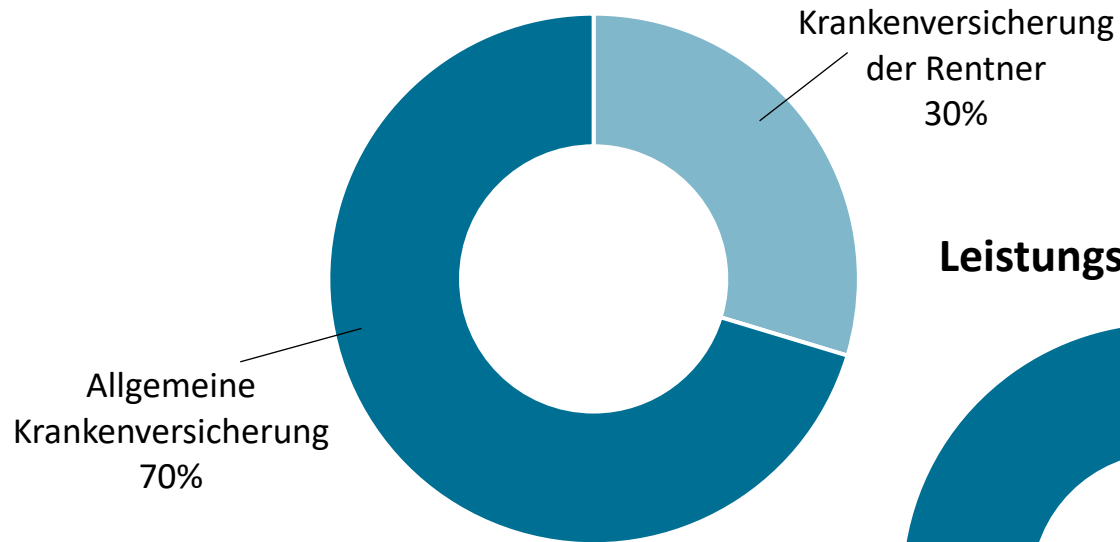
Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur
in Millionen 2010 - 2060



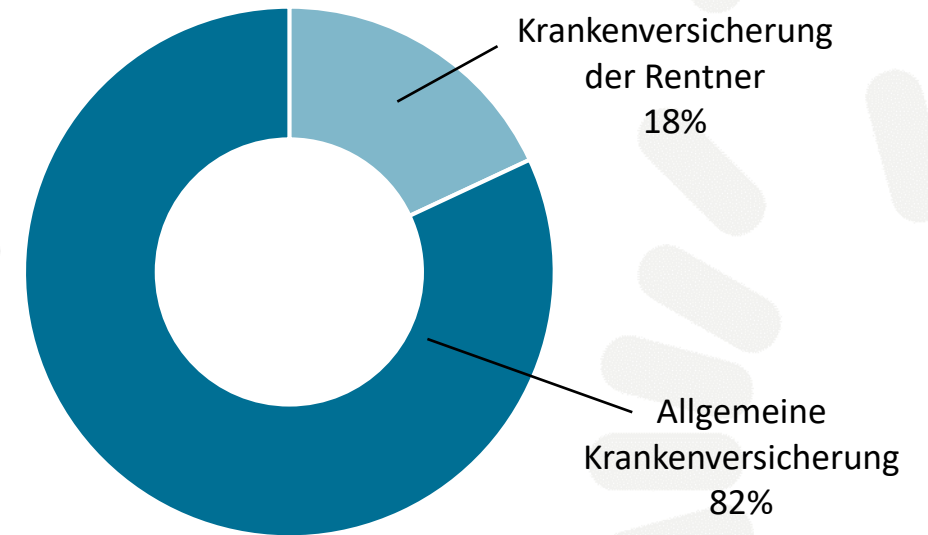
Quelle: Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2019): Fachserie 1 Reihe 1.3

Generationensolidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung

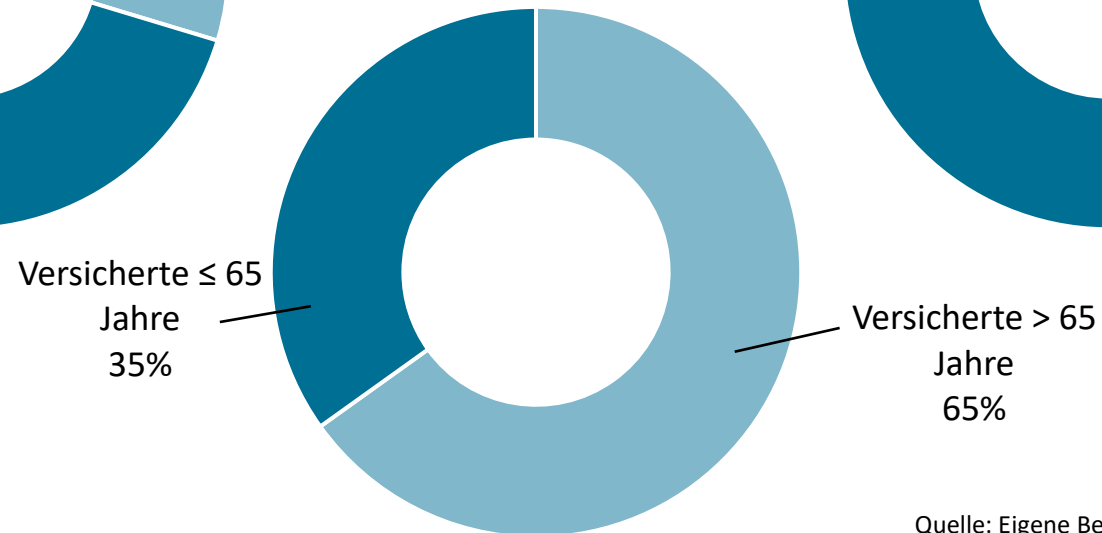
Mitglieder (2021)



Beitragseinnahmen (2021)



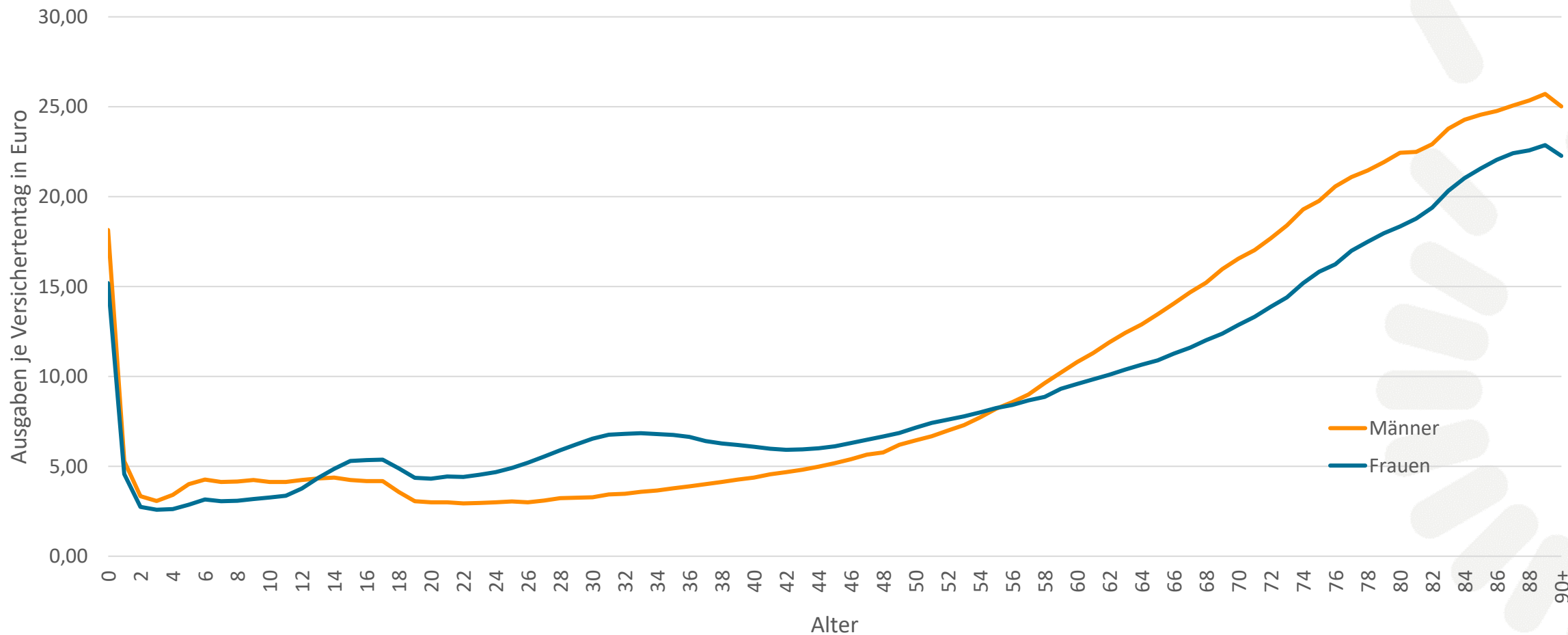
Leistungsausgaben (2021)



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der GKV-Statistik KJ1, KM6, BAS

Leistungsausgaben der GKV

Jahr 2020, ohne Krankengeld



Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung

Zentrale Fragen

- **Dürfen wir immer alles tun, was wir können?**
(z.B. Gendiagnostik ohne Therapiemöglichkeiten)
- **Müssen wir immer alles tun, was wir dürfen?**
(z.B. maximalinvasive Interventionen in End-of-life-Situationen statt watchful waiting oder best supportive care?)
- **Gibt das (Finanzierungs-)System die richtigen Anreize für am Patientenwohl orientierte Therapieentscheidungen?**
(Maximalinvasive Interventionen werden auch in End-of-life-Situationen ohne Probleme vergütet, niedrigschwellige Versorgung – best supportive care, Palliativversorgung, allgemeine Stabilisierung – verursacht hingegen Vergütungsprobleme).

Lösungswege

1) Offene Rationierung über QALYS (GB)

➡ Unethisch und nicht dem Sozialstaatsprinzip vereinbar

2) Strukturoptimierung / Wirtschaftlichkeit erhöhen (§§ 12, 2 SGB V)

- Stringente (abstrakt-generelle) Nutzen- und Methodenbewertung
- Bildung wirtschaftlicher Einheiten (Schwerpunktsetzung, Zentren, Mindestmengen)
- Gemeinsame Betrachtung ambulanter und stationärer Bedarfsplanungen
- Ambulantisierung (Operationen)
- Digitalisierung

3) Diskussion über künftigen (höheren) Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP

Das AMNOG erfüllt seinen Zweck

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

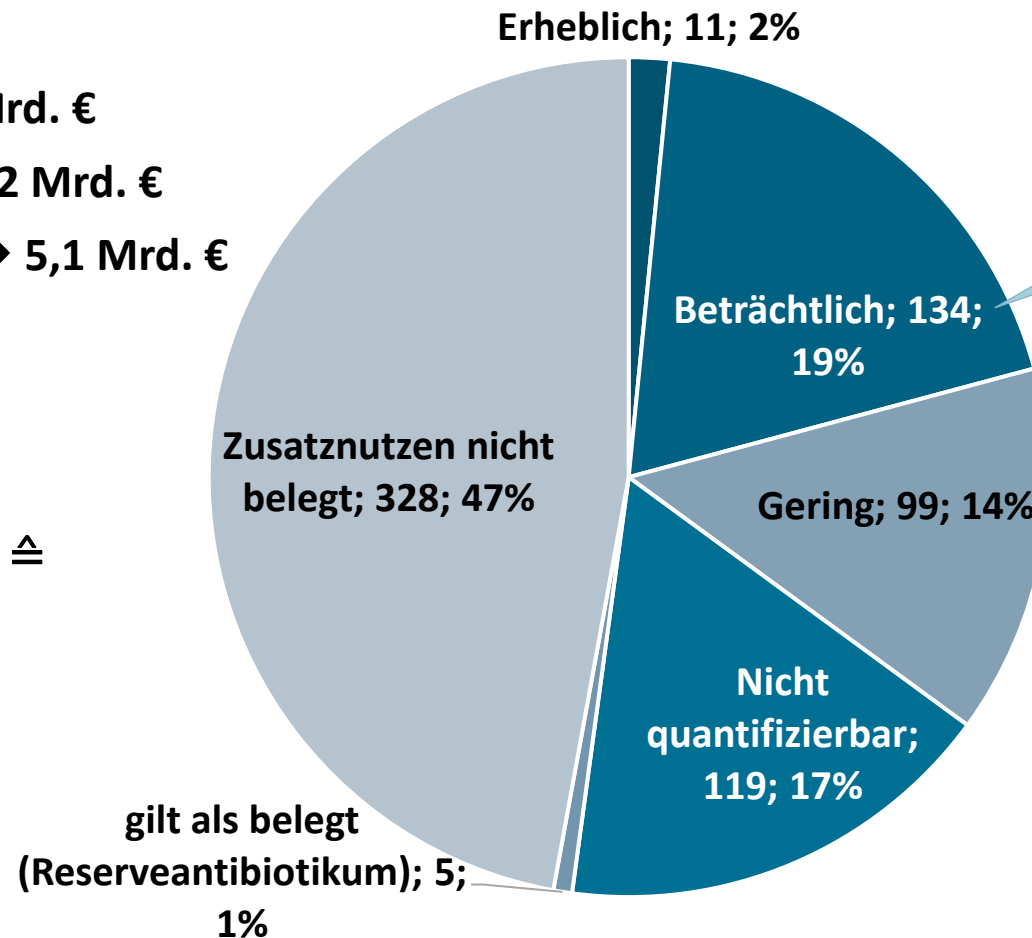
Memo:

Einsparungen durch

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

Faustformel:

1 Beitragssatzpunkt GKV \cong
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

Stellungnahme der Regierungskommission



Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

**Dritte Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung**

**Grundlegende Reform
der Krankenhausvergütung**

„Das Konzept sieht folgende zentrale Elemente vor, die sich gegenseitig ergänzen und wichtige Mindeststrukturqualitäten definieren:

- I. eine einheitliche Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Leveln), um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen,
- II. ein System von Leistungsgruppen, die passgenauer als durch DRGs (hohe Granularität) und Fachabteilungen (niedrige Spezifität) den Leveln zugeordnet und dem Bevölkerungsbedarf angepasst werden können,
- III. Reduktion der mengenbezogenen Komponente zugunsten einer bedarfsgerechten und qualitätsorientierten Vorhaltefinanzierung [...].“

Stellungnahme der Regierungskommission

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.
ln (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

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 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

Mittelfristige Optionen zur Einnahmeverbesserung GKV (1/2)

Maßnahme	Wirkung	Hinweis
Anhebung Beitragsbemessungsgrenze GKV auf Niveau Pflichtversicherungsgrenze 58.050 € ⇒ 64.350 € (2022) (= + 6.300 € p.a.) 4.837,50 € ⇒ 5.362,50 € (2022) (= + 525 € p. Monat)	<ul style="list-style-type: none"> ca. 4,5 Mrd. € (\cong 0,28 Beitragssatzpunkte) (je nach Wechsel freiwillig Versicherter in PKV; derzeit wegen hoher PKV-Prämien eher geringe Wechselbereitschaft) 	<ul style="list-style-type: none"> + 1.020,60 € Beitrag p.a. (bei Beitragssatz 16,2 %) + 85,05 € Beitrag p. Monat
Ermäßigter Umsatzsteuersatz für Arzneimittel (7 % statt 19 %)	<ul style="list-style-type: none"> ca. 6 Mrd. € (\cong 0,36 Beitragssatzpunkte) 	<ul style="list-style-type: none"> Fast alle EU-Staaten haben ermäßigte Umsatzsteuersätze für Humanarzneimittel Tierarzneimittel heute schon ermäßigter Satz Achtung: Einnahmeausfall Bund / Länder / Kommunen ⇒ „Schwarze Null“ [Art. 106 u. 107 GG: Bund / Länder / Kommunen (Maßstäbengesetz, Finanzausgleichsgesetz)]
Kostendeckende Beiträge für ALG-II-Bezieher	<ul style="list-style-type: none"> ca. 10 Mrd. € (\cong 0,63 Beitragssatzpunkte) 	<ul style="list-style-type: none"> Entsprechende Mehrausgaben Bund im Epl. 11 (BMAS) ⇒ „Schwarze Null“ im Koalitionsvertrag vorgesehen

Mittelfristige Optionen zur Einnahmeverbesserung GKV (2/2)

Maßnahme	Wirkung	Hinweis
Beteiligung GKV an Alkohol- und Tabaksteuer (Vorschlag Innungskrankenkassen)	<ul style="list-style-type: none"> Jahresaufkommen = 18 Mrd. € davon 30 % = 5,4 Mrd. € (\cong 0,34 Beitragssatzpunkte) 	<ul style="list-style-type: none"> Mindereinnahmen Bund \Rightarrow „Schwarze Null“
Selbstbeteiligung der Versicherten	<ul style="list-style-type: none"> Praxisgebühr 10 € pro Quartal (von 2003 bis 2013, Argument Abschaffung: „keine Steuerungswirkung“) ca. 3 Mrd. € (\cong 0,19 Beitragssatzpunkte) Generelle Zuzahlung oder höhere Zuzahlung bei Arzneimitteln / Heil- und Hilfsmitteln mit individueller Belastungsobergrenze (heute 1 % Chroniker, 2 % Sonstige) 	<ul style="list-style-type: none"> Politisches „Verhetzungspotenzial“ (trifft besonders die Kranken und Alten; hält von notwendiger Inanspruchnahme von Leistungen ab etc.)



Gemeinsamer
Bundesausschuss