

# G-DRG-Systementwicklung

aus Sicht des

GKV-Spitzenverbandes

43. (virtueller) Deutscher Krankenhaustag  
Düsseldorf 16.11.2020

Dr. Wulf-Dietrich Leber  
GKV-Spitzenverband

# Gang der Handlung

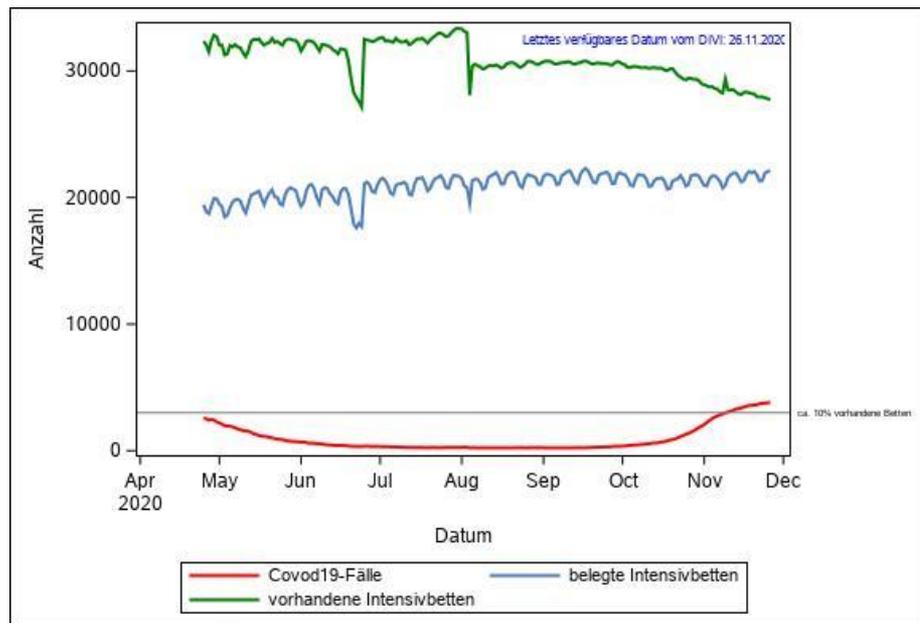
1. Corona
2. DRG-Entwicklung
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Krankenhauslandschaft
5. Fazit

# Intensivbetten

Anzahl verfügbare Intensivbetten | belegte Intensivbetten | mit COVID-19-Fällen belegte Intensivbetten



Spitzenverband



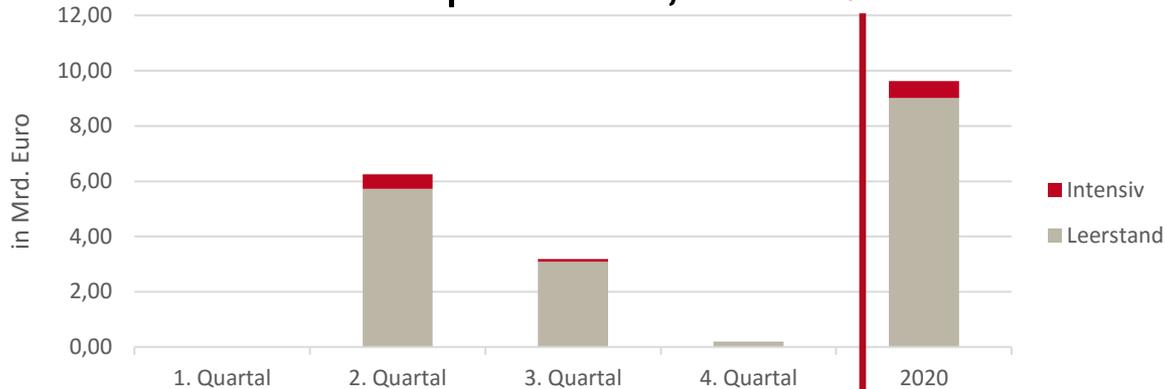
Quelle: Tagesreport des DIVI-IntensivRegisters: <https://www.divi.de/register/tagesreport> (Nov 2020).

- ▶ Empfehlung: Bleiben Sie – wenn möglich – zu Hause und gehen Sie nicht ins Krankenhaus!
- ▶ Bisher keine Ausschöpfung der Kapazitätsgrenze der Intensivbetten
  - durchschnittlich weniger als 2 % der Gesamtbetten und 4 % der Intensivbetten benötigt
- ▶ Historischer Lockdown kombiniert mit starkem Rückgang der Krankenhausleistungen

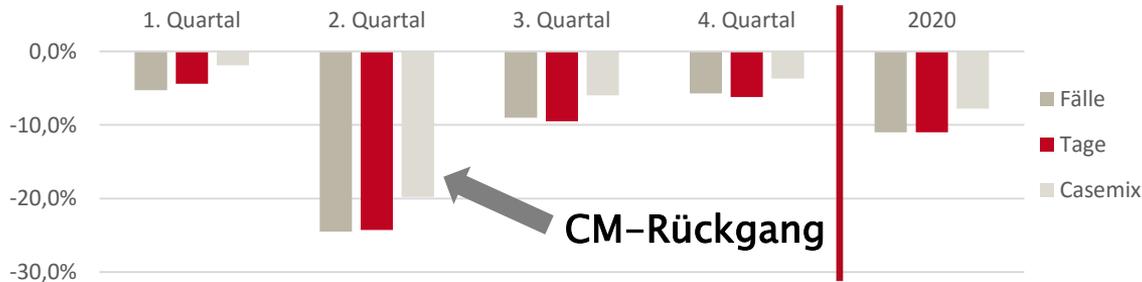


# 2020: „Das goldene Jahr“ der Krankenhausfinanzierung (Prognose von September 2020)

## Freihaltepauschalen, ... ca. 10 Mrd. Euro



## Leistungsrückgang



## Kein GKV-Ausgabenrückgang

- ▶ X Mrd. Euro Corona-Ausgleich 2020
- ▶ 3,8 Mrd. Euro diverse Preiseffekte
- ▶ 0,5 Mrd. Euro für Schutzausrüstung
- ▶ 0,4 Mrd. Euro Coronatests
- ▶ 1,4 Mrd. Euro aufgrund reduzierter Prüfungen

# Rettungsschirm für die zweite Welle

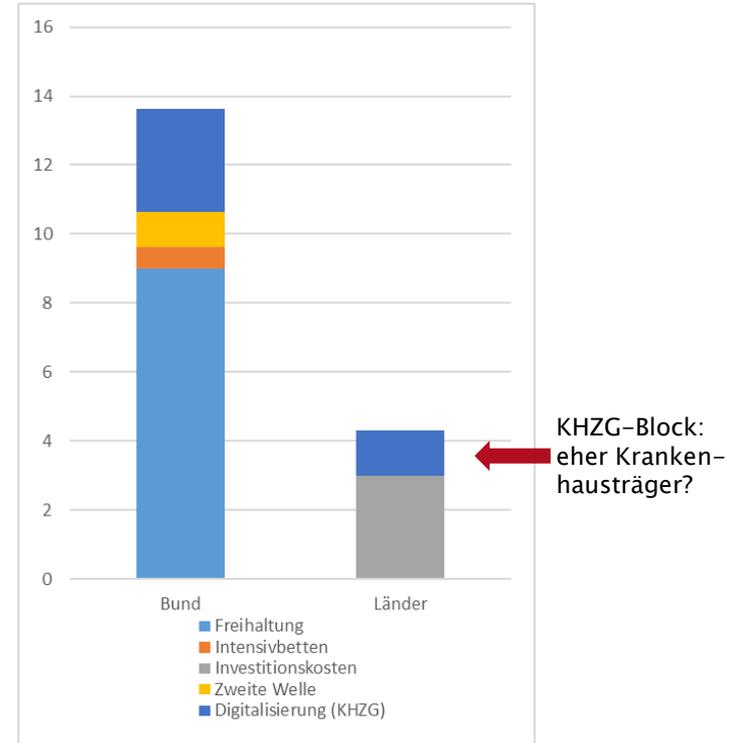
1. Hintergrund: Stark steigende Infektionszahlen
2. Einigkeit im Corona–Beirat: Gezielte Freihaltepauschale für Covid–Versorger statt undifferenzierter Leerstandsfinanzierung für alle
3. Gezielte Förderung in Kreisen mit hohen Infektionszahlen
4. Nochmals Engagement des Bundes – trotz enger werdendem Finanzrahmen
5. Keine Einigung auf Corona–Ausgleich
6. Weitgehende Verordnungsermächtigung für den Gesundheitsminister

# Der Bund steigt ein!

1. Das finanzielle Engagement des Bundes ist in 2020 viermal so stark wie jenes der Länder.
2. Zweite Welle: Der Bund setzt bundesweit gültige Regeln durch (Inzidenz, Notfallstufen)
3. Der Finanzminister kontrolliert (vgl. Formulierung zur Verordnungsermächtigung § 23 KHG):

*„Das BMG kann durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem BMF ohne Zustimmung des Bundesrates ...“*

4. Ist das der Einstieg in eine dauerhafte Krankenhausfinanzierung durch den Bund?



# 3. Bevölkerungsschutzgesetz

§ 21 KHG: Einführung modifizierter Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser

Regelung vom 18.11.2020 bis zum 31.01.2021

Bedingung 1: 7-Tage-Inzidenz größer 70 je 100.000 Einwohner (Kreis/Stadt)

Bedingung 2: freie Intensivkapazitäten unter 25 % (7-Tage-Durchschnitt)

Bedingung 3: erweiterte bzw. umfassende Notfallstufen (2 oder 3)

Überlaufregel 1: Häuser in angrenzenden Kreisen

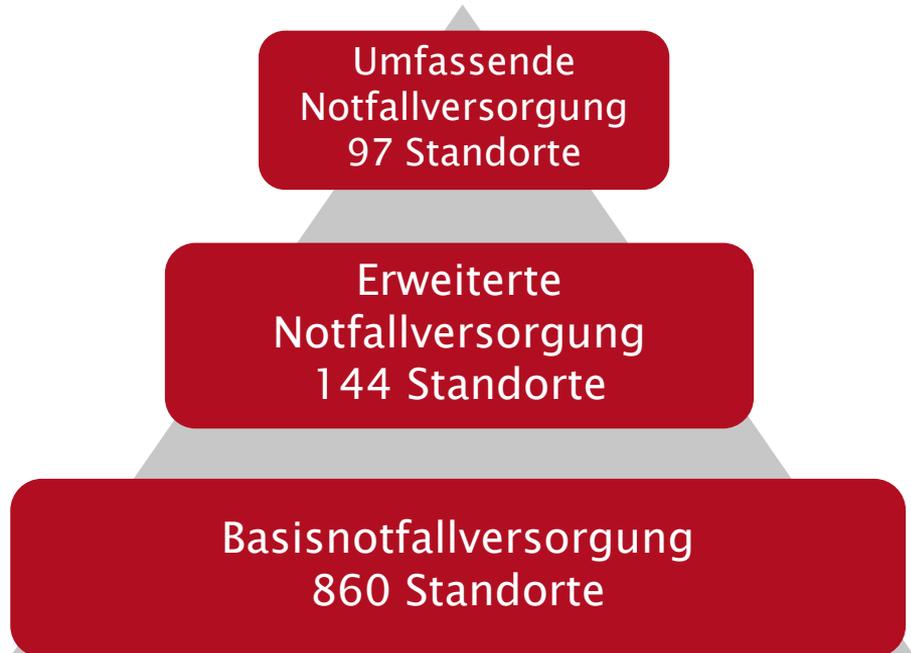
Überlaufregel 2: Häuser mit Basisnotfallversorgung

Ausgleichssatz: 90 %

Befristung: 14 Tage, nach 14 Tagen unter kritischer Inzidenz

# Definition von Notfallstufen im G-BA (Folgenabschätzung 2018)

- ▶ Insgesamt erfüllen 1.210 Standorte mindestens die Kriterien der Basisnotfallversorgung oder der Module (69 %).
- ▶ **538 Standorte erfüllen nicht die Kriterien der Basisnotfallversorgung oder der Module (31 %).**
- ▶ Die teilnehmenden Standorte haben in der Vergangenheit 95 % der Notfälle nachts und am Wochenende versorgt!



Grafik: Teilnahme an der allgemeinen Notfallversorgung nach Stufen (n = 1.101; 63 %)

# Änderungsanträge zum 3. Bevölkerungsschutzgesetz

- ▶ Verordnungsermächtigung: Spahn kann eigenmächtig alles ändern.
- ▶ Unterjährige Datenmeldung an das InEK
- ▶ Weniger Prüfungen
- ▶ Zahlungsfrist weiterhin 5 Tage
- ▶ Folgeänderung beim Landesbasisfallwert
- ▶ Vorläufiger Pflegeentgeltwert ab Januar: 163,09 Euro (statt 146,55 Euro)

# Gang der Handlung

1. Corona
2. DRG-Entwicklung
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Krankenhauslandschaft
5. Fazit

# Einigung auf aG-DRG-Katalog 2021

- ▶ Debatte wegen 1,6 Mrd. Euro Mehrkosten bei Pflegebudget
- ▶ Vermutung: Es wurden nicht 30.000 Pflegekräfte eingestellt, aber ziemlich viele Pflegekräfte neu zugeordnet.
- ▶ Ein Teil der Kostensteigerung lässt sich durch Tarifierhöhung und Einstellungen erklären.
- ▶ Einigung in einem Kompromisspaket:
  - 200 Mio. Euro aus den aG-DRGs rausgenommen.
  - Orientierung an Berufsgruppenabgrenzung der PpUG
  - Empfehlung für die Verhandlungen vor Ort
  - Überarbeitung diesbezüglicher Vereinbarungen
  - Anpassung der InEK-Kalkulation
  - Empfehlung für vorläufigen Pflegeentgeltwert 2021

# DRG-Weiterentwicklung

## 1. Gesundheitspolitischer Erfahrungssatz:

Wenn die Fälle steigen, sind die Krankenhäuser für Fallpauschalen.  
Wenn die Fälle sinken, sind die Krankenhäuser für feste Budgets.

## 2. Das Lieblingsmodell:

Auskömmliches und bedingungsloses Grundeinkommen und ein paar Extras

## 3. Vielfältige Reformvorschläge vgl. Schwerpunktheft f&w 11/2020



## Krankenhausvergütung Moderat modifizieren

Eine Reform des DRG-Systems ist alles andere als trivial. Die Grundidee, Leistungen zu finanzieren, bleibt indes richtig. Die großen Veränderungen werden aber eher bei der Strukturierung der Krankenhauslandschaft und nicht bei der Vergütung anstehen.

Von Dr. Wulf-Dietrich Leber

Das Jahr 2020 wird möglicherweise als das goldene Jahr der Krankenhausfinanzierung in die Geschichte eingehen. Neben der Kassenfinanzierung, die trotz historischen Leistungsrückgangs kaum hinter dem Vorjahr zurückbleiben dürfte, hat der Bund den Krankenhäusern er-

nell der Zeitpunkt gekommen, an dem sich die prekäre Situation der Staatsfinanzen in Kostendämpfung niederschlägt. In der Regel werden diese Maßnahmen mit zukunftsweisenden Strukturreformen gekoppelt: Die Krise ist die Mutter aller Reformen. Die Kran-

ketten und umfangreiche Testung außerhalb des Krankenhauses entschieden wird – nicht im Krankenhaus. Die Anweisung, bei Symptomen nicht in eine Klinik zu gehen, sondern so lange wie möglich in häuslicher Isolation zu bleiben, war wahrscheinlich der entschei-



Dr. Wulf-Dietrich Leber  
Krankenhausvergütung: Moderat modifizieren  
in: f&w 11|2020, Seite 993 ff.  
Bibliomed Verlag, Melsungen

# DRG-Entwicklung „Moderat modifizieren“

1. These 1:  
„Die Grundidee, Leistungen zu finanzieren, bleibt richtig.“
  
2. These 2:  
„Der wirklich große Reformbedarf besteht bei der Strukturierung der Krankenhauslandschaft – nicht beim Vergütungssystem.“
  
3. These 3:  
„Die wichtigsten Modifikationen des DRG-Systems sollten sein:
  - Berücksichtigung von Vorhaltekosten
  - Differenzierte Vergütung von Versorgungsstufen
  - Adäquate Abbildung pflegerischer Leistungen
  - Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen“

# Vorhaltekosten finanzieren – alles andere als trivial

1. Mangelnde Finanzierung von Vorhaltekosten ist eine Folge erodierter Länderfinanzierung.
2. Vorhaltefinanzierung braucht klare Zuständigkeiten von Häusern für Bevölkerungsgruppen.
3. Die vorzuhaltende Leistung muss definiert und quantifiziert werden.
4. Jenseits der DRGs muss ein Finanzierungsweg gefunden werden.
5. Die DRG–Leistungsvergütung muss komplementär abgesenkt werden.

Übungsaufgabe: Wie würden Sie 10 Mrd. Euro Bundesmittel zwecks Vorhaltefinanzierung verteilen, ohne dabei rückwärts gewandte Größen wie Betten, Personal oder Casemix zu nutzen?

# Gang der Handlung

1. Corona
2. DRG-Entwicklung
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Krankenhauslandschaft
5. Fazit

# Krankenhaus-Report 2020

## Schwerpunkt: Finanzierung und Vergütung am Scheideweg



Spitzenverband

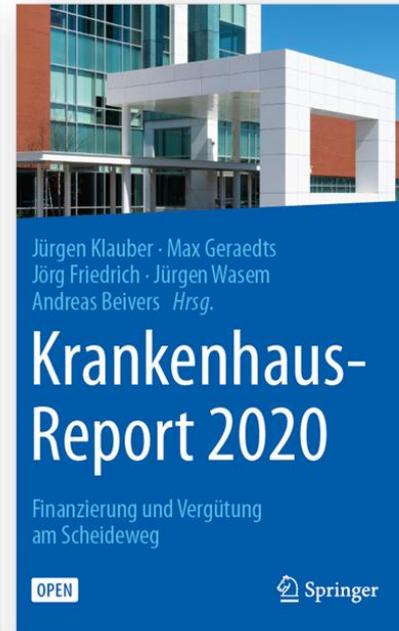
Check for updates

83 7

## Reformschwerpunkt Pflege: Pflegepersonal- untergrenzen und DRG-Pflege-Split

*Wulf-Dietrich Leber und Charlotte Vogt*

- 7.1 Vergütung pflegerischer Leistungen im Finanzierungssystem für Krankenhäuser – 85
- 7.2 Abbildung der Pflege im DRG-System – 86
  - 7.2.1 DRG: Gruppenbildung nach Maßgabe ärztlicher Kategorienbildung – 86
  - 7.2.2 PKMS: Zusatzentgelt für aufwendige Pflegefälle – 87
  - 7.2.3 Zusatzentgelte für Pflegegrade – 88
- 7.3 Flankierende Maßnahmen – 88
  - 7.3.1 Externe stationäre Qualitätssicherung – Pflege: Dekubitusprophylaxe – 88
  - 7.3.2 Pflegestellen-Förderprogramme – 89



in: J. Klauber et al. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2020,  
[https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_7)

# Digitalisierungsstand der Krankenhäuser

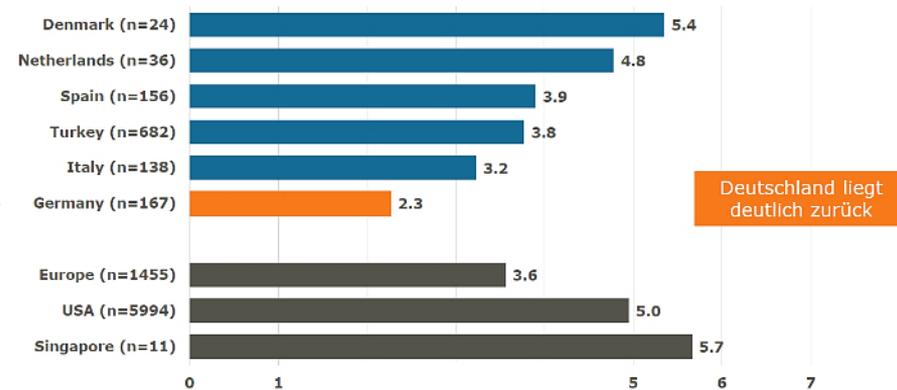
## Beispiel: EMRAM-Score

**Electronic Medical Records Adoption Model (EMRAM):** Maßstab zur Evaluierung des Reifegrads elektronischer Dokumentation und Prozesse in Krankenhäusern

EMR Adoption Model™	
Stufe	Kumulative Voraussetzungen
Stufe 7	Lückenlose ePA integriert alle klinischen Bereiche (z.B. Ambulanz, Intensivstation, Notaufnahme) und ersetzt alle (medizinischen) Papierakten; Einsatz von Standards zum Datenaustausch für die integrierte Versorgung; Data Warehouse als Basis für klinische- und betriebliche Analysen
Stufe 6	Klinische Dokumentation abgestimmt mit intelligenter klinischer Entscheidungsunterstützung (basierend auf strukturierten Datenelementen) UND Vorhandensein eines IT-gestützten, geschlossenen Medikationsprozesses (closed loop medication)
Stufe 5	Integrierte Bildmanagementlösung (z.B. PACS) ersetzt alle filmbasierten Bilder
Stufe 4	Funktionale Vernetzung mit klinischer Entscheidungsunterstützung (basierend auf einer Rules-Engine) in mindestens einem klinischen Bereich und für Medikation
Stufe 3	IT-gestützte klinische Dokumentation sowie Einsatz elektronischer Vorrichtungen durch Ärzte bzw. Pflegepersonal, dies beinhaltet auch die Dokumentation der Medikationsgabe (eMAR)
Stufe 2	Eine Elektronische Patientenakte (bzw. ein Clinical Data Repository) ermöglicht die Zusammenfassung und Normalisierung von Daten aus verschiedenen klinischen Quellen im gesamten Krankenhaus
Stufe 1	Informationssysteme für die großen diagnostischen und versorgenden Abteilungen (Labor, Radiologie, Apotheke) sind installiert, bzw. Daten von externen Dienstleistern können elektronisch verarbeitet werden
Stufe 0	Informationssysteme für die großen diagnostischen und versorgenden Abteilungen (Labor, Radiologie, Apotheke) sind nicht installiert, bzw. Daten von externen Dienstleistern können nicht elektronisch verarbeitet werden



**EMRAM (Mittelwerte) im Ländervergleich**



Source: HIMSS Analytics Database, Q4/2017 (data from 1/2014 – 12/2017), Status as of 1/1/2018

GKV-HIMSS Treffen, 13.02.2018, Berlin

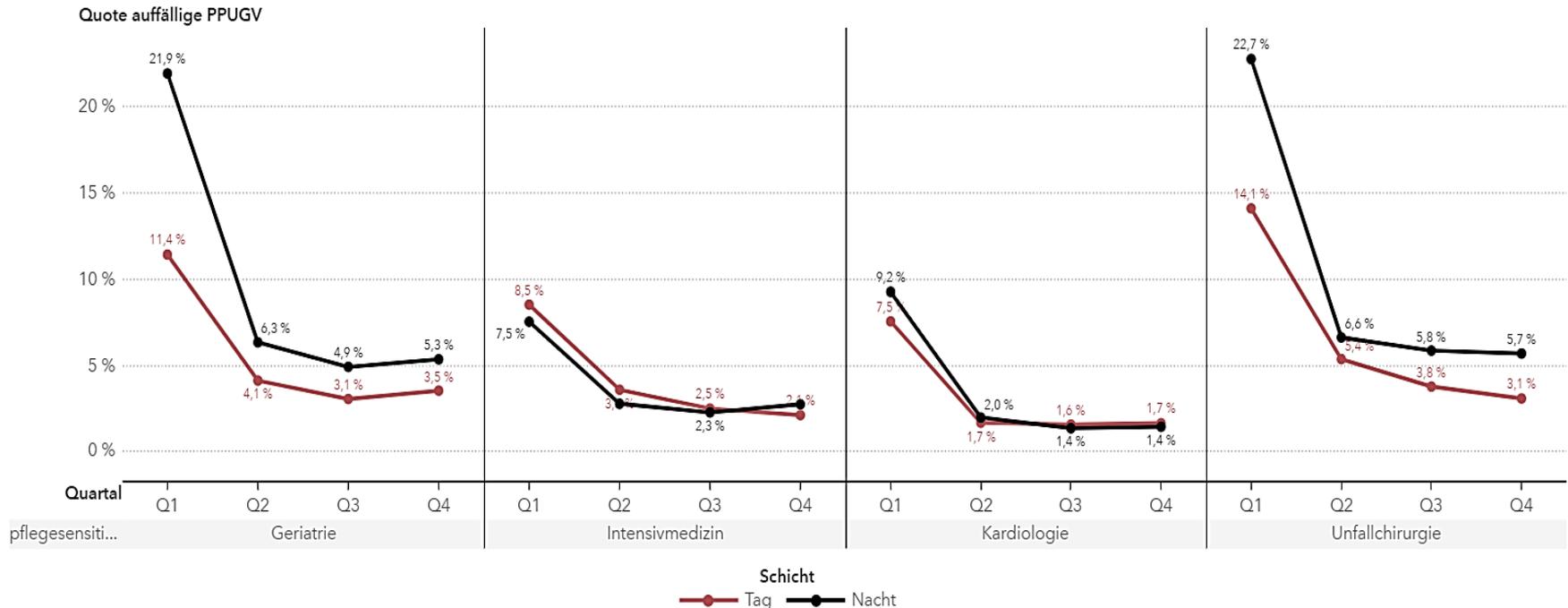
# Umsetzung der PpUG in 2019

## Anteil nicht eingehaltener PpUG im Monatsdurchschnitt



Spitzenverband

- ▶ In den Bereichen Geriatrie und Unfallchirurgie wurden die PpUG in der Nachtschicht häufiger „gerissen“.



# Pflegepersonaluntergrenzen für 2021

Ab 01.02.2021 gelten:

	Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie		Geriatric		Herzchirurgie		Innere Medizin und Kardiologie		Intensivmedizin und pädiatrische Intensivmedizin*		Neurologie		Neurologische Frührehabilitation		Neurologische Schlaganfall-einheit		Pädiatrie	
	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht
Pat./Pfl.-k.	10	20	10	20	7	15	10	22	2	3	10	20	5	12	3	5	6	10
Anteil Hilfsk.	10 %	10 %	15 %	20 %	5 %	-	10 %	10 %	5 %	5 %	8 %	8 %	10 %	10 %	-	-	5 %	5 %

\* Bis 31.01.2021 gelten in der Intensivmedizin die Verhältniszahlen von „ 2,5 zu 1“ in der Tagschicht und „3,5 zu 1“ in der Nachtschicht.

# Pflegepersonaluntergrenzen–Verordnungen (PpUGV)

vom 09.11.2020 in Kraft ab 14.11.2020



Spitzenverband

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nr. 51, ausgegeben zu Bonn am 13. November 2020 2357

## Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021 (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV)

Vom 9. November 2020

Auf Grund des § 137i Absatz 3 Satz 1 in Verbindung mit Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung –, der zuletzt durch Artikel 12 Nummer 15 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) geändert worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

### § 1

#### Anwendungsbereich

(1) Diese Verordnung regelt die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern nach § 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung –.

1. die erfolgreich eine landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege von mindestens einjähriger Dauer abgeschlossen haben, die die „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz AT 17.02.2016 B3) erfüllt, die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossen wurden,
2. die erfolgreich eine landesrechtlich geregelte Ausbildung in der Krankenpflegehilfe oder in der Altenpflegehilfe von mindestens einjähriger Dauer abgeschlossen haben oder

Neue pflegesensitive Bereiche ab 01.02.2021:

- ▶ Innere Medizin
- ▶ Allgemeine Chirurgie
- ▶ Pädiatrie
- ▶ Pädiatrische Intensivmedizin

# Ausnahmetatbestände

Keine Sanktionen bei pandemiebedingter Nichteinhaltung



Spitzenverband

## § 7

### **Ausnahmetatbestände**

Die Pflegepersonaluntergrenzen müssen in den folgenden Fällen nicht eingehalten werden:

1. bei kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfällen, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß hinausgehen oder
2. bei starken Erhöhungen der Patientenzahlen, wie beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen.

# Anti-PpUG-Positionierung der DKG

- ▶ DKG propagiert ihre „Eckpunkte für eine bedarfsgerechte Pflegepersonal-ausstattung“ (20.03.2019).
- ▶ Ziel: Abschaffung stations- und schichtbezogener PpUG
- ▶ Entwicklung eines Pflegepersonal-bemessungsinstruments auf Ganzhausebene
- ▶ Nachweisen der Einhaltung der Untergrenze im Jahresdurchschnitt
- ▶ Sanktionen bei Unterschreiten der Untergrenze, aber drei Jahre sanktionsfreie Übergangsphase


Service



DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT

---

PRESSE

## DKG legt Eckpunkte für Strukturveränderungen und Personalbemessung fest Ende einer destruktiven Krankenhauspolitik

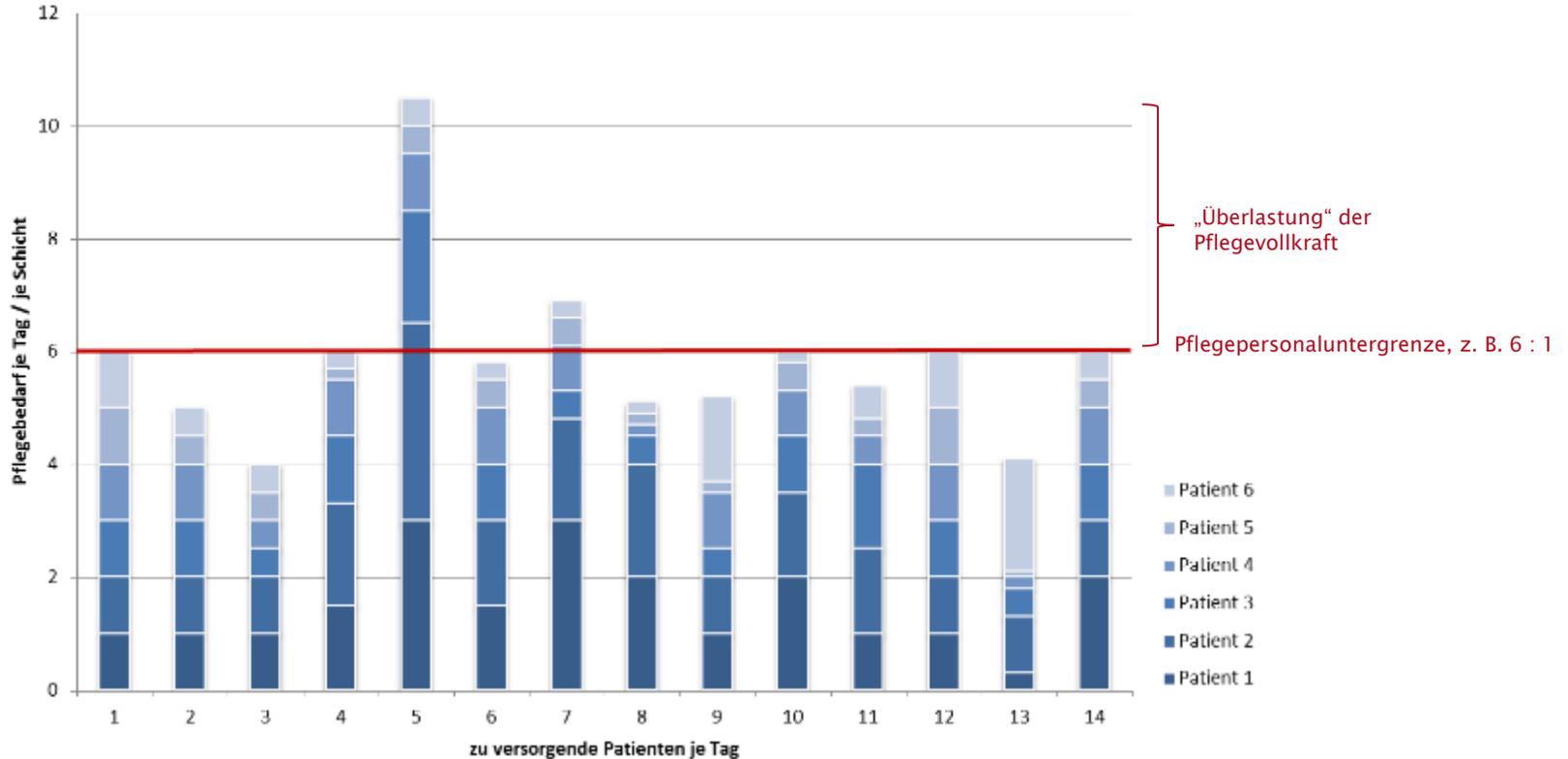
20. März 2019

Der Vorstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) hat auf seiner gestrigen Sitzung zwei grundlegende Beschlüsse zur Weiterentwicklung der stationären Versorgung getroffen. „Wir sind uns alle bewusst, dass wir im Bereich der Personalbesetzung neue Wege gehen müssen. Zudem brauchen wir den Mut, uns aktiv in die Veränderung der Strukturen der stationären und ambulanten Versorgung einzubringen“, erklärte der Präsident der DKG, Dr. Gerald Gaß.

Die DKG will in einem Schulterschluss mit Deutschem Pflegerat, Pflegekammern und Gewerkschaften ein Personalbemessungsinstrument entwickeln, das eine angemessene Pflegepersonalausstattung definiert und die bürokratischen und fehlerstimmenden Pflegepersonaluntergrenzen überflüssig macht. Dabei orientiert sich die DKG an den anerkannten Standards einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung in den unterschiedlichen medizinischen Leistungsfeldern. Das Instrument definiert den zukünftigen Pflegebedarf für das gesamte Krankenhaus (Ganzhausansatz). „Wenn dann ein aktives Personalmanagement und gute Führung sowie eine deutliche Entbürokratisierung hinzukommen, sind wir auf dem richtigen Weg. Es muss unser Ziel sein, die Arbeitsbedingungen zu verbessern und die Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus zu erhöhen. So erfahren ausgebildete Pflegenden wieder mehr Wertschätzung und fühlen sich weiter an ihren Beruf gebunden. Aus dem aktiven Beruf ausgeschiedene Pflegekräfte könnten sich zur Rückkehr in den Beruf entschließen und Mitarbeiter in Teilzeit ihre Arbeitszeit moderat erhöhen“, so Gaß.

Zusätzlich hat der Vorstand beschlossen, sich aktiv der Strukturdebatte zu stellen. Der Abbau von Parallelstrukturen und Unterversorgungssituationen im Krankenhausbereich muss in einem gemeinsamen Pakt von Politik, Krankenhäusern und Krankenkassen auf den Weg gebracht werden. „Wir werden nur dann unterschiedliche Interessen vereinigen können, wenn sich die Veränderungen konsequent an den Versorgungsbedarfen in den Regionen orientieren, transparent ausgestaltet werden und schlüssige Antworten auf die wesentlichen, beschriebenen Herausforderungen geben. Die DKG und die Landeskrankenhausgesellschaften sind bereit, sich aktiv und gestaltend in der Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft in den Regionen einzubringen. Gleichzeitig muss aber auch die destruktive Politik der Strukturbersinigung auf kaltem Weg über nicht mehr überschaubare regulatorische Anforderungen und überzogene MDK-Prüfungen ein Ende haben“, so der Präsident.

# Heterogener Pflegeaufwand – Notwendigkeit einer Risikoadjustierung



# Pflegepersonalbedarfsermittlung PPR 2.0–Vorschlag ungeeignet

- ▶ Intention: Abschaffung der PpUG
- ▶ Unklare Anwendung/Standardisierung fehlt Prospektive oder retrospektive Einstufung?
- ▶ Keine Berücksichtigung des Qualifikationsmixes
- ▶ Bürokratie- und Schulungsaufwand (u. a. fehlende Digitalisierung)
- ▶ Pflegefachlicher Fortschritt nicht ausreichend berücksichtigt (Rückschritt)
- ▶ Gefahr der Übercodierung/Fehlende Überprüfung (Ziel Budgetsicherung)
- ▶ Fehlende Bereiche (Intensivmedizin, Nachtschicht)
- ▶ Fehlende Transparenz für Bürger und Kostenträger
- ▶ Fehlende qualitätssichernde Impulse (kein Echtzeitmonitoring der Stationsbesetzung)

# Digitale Pflegedokumentation

- ▶ Ziel: Doppelerfassung vermeiden! Die Antwort auf Bürokratisierung lautet immer: Digitalisierung.
- ▶ Umsetzung: Einmalige elektronische Erfassung, Ableitung von Pflegebedarf und Pflegeleistung durch Datenexport aus der digitalen Pflegedokumentation
- ▶ Die komplette Risikoadjustierung muss sich aus der Pflegedokumentation ableiten lassen.



# Gang der Handlung

1. Corona
2. DRG-Entwicklung
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Krankenhauslandschaft
5. Fazit

# Strukturbereinigung einleiten!

## Niederlande



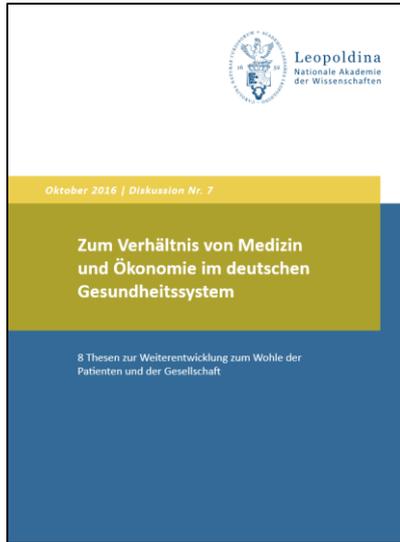
16,7 Mio. Einwohner  
Fläche: 41.500 Quadratkilometer

## NRW



17,9 Mio. Einwohner  
Fläche: 34.000 Quadratkilometer

# Gutachten zur Krankenhausstruktur



# Vorsicht: Falsche Erwartungen

- ▶ Planung nach Leistungsgruppen ist schwierig, aber möglich.
- ▶ Aber: Die Ansprüche der Krankenhausträger sind kartell- und eigentumsrechtlich geschützt.
- ▶ Was passiert, wenn in Bochum nur drei statt fünf Abteilungen einer Fachrichtung bedarfsnotwendig sind? Nichts!
- ▶ Das Land kann nicht mit Entzug der Investitionsmittel drohen, weil das eh zu wenig ist.
  
- ▶ Schlussfolgerung:  
Der Plan – egal welcher – ist nicht durchsetzbar.  
Also bleibt nur eins: Mit Strukturanforderungen dafür sorgen, dass nur qualitativ gute Leistungen erbracht werden – und nicht zu viele.

# Bertold Brecht

Ja, mach nur einen Plan!

Sei nur ein großes Licht!

Und mach dann noch 'nen zweiten Plan

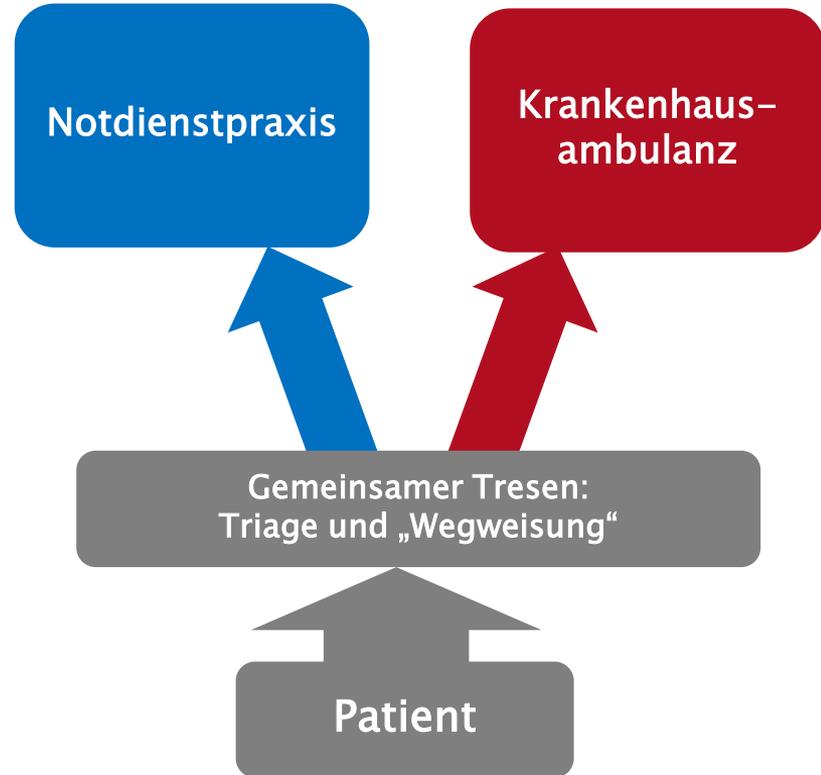
Gehn tun sie beide nicht.

# Kümmerlich: Reform der Notfallversorgung im Entwurf GVWG

- ▶ KBV erarbeitet ein Triage-Instrument (im Benehmen mit GKV und DKG).
- ▶ Die Anwendung ist Abrechnungsvoraussetzung für Notfallambulanzen.

# Konsens: Gemeinsamer Tresen

- ▶ Die SVR-Idee eines rechtlich unabhängigen Notfallzentrums wird nicht funktionieren.
- ▶ Aber:
  - Jedes Krankenhaus mit Notfallambulanz sollte eine KV-Notarztpraxis haben.
  - KV und Krankenhaus haben einen gemeinsamen Tresen zur Ersteinschätzung.



# Gang der Handlung

1. Corona
2. DRG-Entwicklung
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Krankenhauslandschaft
5. Fazit

# Fazit

1. Corona ist ein Schicksalsschlag für die Menschheit. In 2020 hat Corona keine Überforderung für Krankenhäuser gebracht, sondern großzügig finanzierten Leerstand.
2. Weitere Hilfen werden sich auf die Covid-Versorger konzentrieren.
3. Der Pflexit war ein Fehler. Jetzt zeigen sich die Umsetzungsschwierigkeiten.
4. Pflegepersonaluntergrenzen sind echter Patientenschutz. Mittelfristig kommen sie für alle Schichten und alle Stationen. Die Problemlösung heißt Digitalisierung.
5. DRGs sollten moderat modifiziert werden. Vorhaltefinanzierung ist nicht trivial.
6. Wichtiger als die Vergütungsreform ist die Strukturierung der Kliniklandschaft.
7. Die Reform der Notfallversorgung wird in der nächsten Legislatur anzugehen sein.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

[www.GKV-Spitzenverband.de](http://www.GKV-Spitzenverband.de)

[Wulf-Dietrich-Leber.de](http://Wulf-Dietrich-Leber.de)