

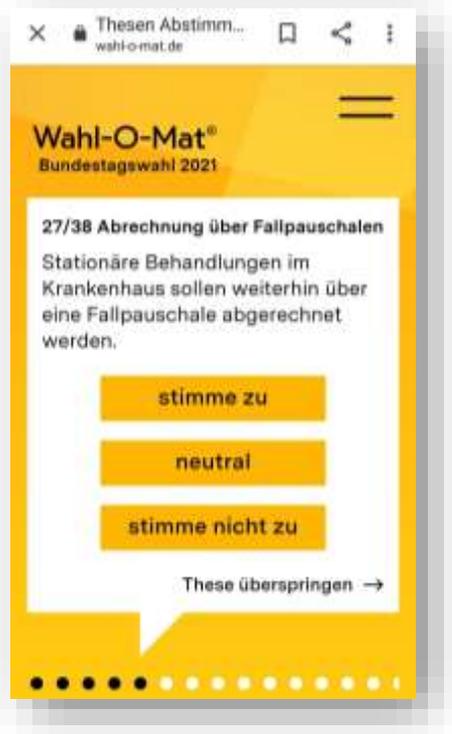
Krankenhausfinanzierung 2022

DRG-Forum
Berlin 17.03.2022

Dr. Wulf-Dietrich Leber, GKV-Spitzenverband



Abrechnung stationärer Behandlungen im Krankenhaus ...



„STIMME ZU“ sagen

- ▶ CDU/CSU,
- ▶ FDP,
- ▶ Die Grünen,
- ▶ Bündnis21 –Die Pinken,
- ▶ Liebe (Europäische Partei Liebe)

Agenda

1. Ukraine, Corona, Finanzen
2. Vergütung nach Corona
3. Krankenhauslandschaft
4. Pflege im Krankenhaus
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Notfallversorgung
7. Fazit

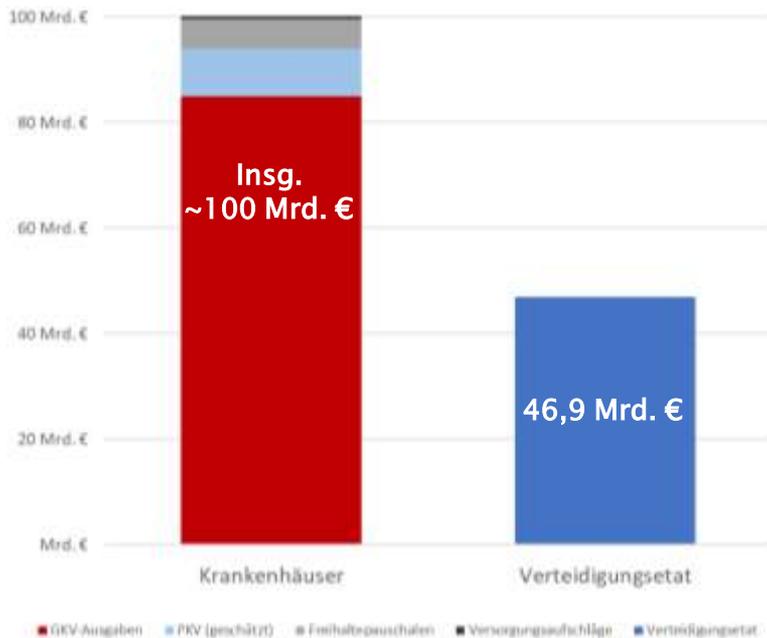
Bundeshaushalt 2021



Leistungsausgaben
der GKV: 249 Mrd. Euro
(2020)

Krankenhausbudget vs. Verteidigungsetat

2021



Quelle: Erlöse: Amtliche Statistik K45; BAS; Meldungen der Länder, PKV (geschätzt);
Verteidigungsetat: www.bundesregierung.de

Neue Welt: Überall kann (!) das BMG, wenn das BMF grünes Licht gibt.

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 45 wird wie folgt geändert:
 - a) Der Überschrift wird die Angabe „; Verordnungsermächtigung“ angefügt.
 - b) Dem Absatz 2a wird folgender Satz angefügt:

„Das Bundesministerium für Gesundheit kann **im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen** durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die in Satz 3 genannte Frist längstens bis zum 23. September 2022 verlängern.“
2. In § 111 Absatz 5 Satz 6 werden nach dem Wort „kann“ die Wörter **„im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen“** eingefügt und werden die Wörter „bis zum 19. März 2022“ durch die Wörter „längstens bis zum Ablauf des 23. September 2022“ ersetzt.
3. In § 111c Absatz 3 Satz 6 werden nach dem Wort „kann“ die Wörter **„im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen“** eingefügt und werden die Wörter „bis zum 19. März 2022“ durch die Wörter „längstens bis zum Ablauf des 23. September 2022“ ersetzt.

Quelle: Drucksache 20/959; 10.03.2022; Entwurf eines Gesetzes zur Verlängerung des Sozialdienstleister-Einsatzgesetzes und weiterer Regelungen

Das goldene Jahr der Krankenhausfinanzierung

DAS GOLDENE JAHR DER KRANKENHAUSFINANZIERUNG

Daten zeigen: 2020 war für Krankenhäuser eher ein Jahr der Überforderung, nicht der generellen Überlastung. Der Bund hat im vergangenen Jahr kräftig zugegriffen – und wird es künftig wohl noch stärker tun. Und: Er leitet die Steuerung zu konsolidieren und planvoll zu steuern, nicht nur im Zeiten der Pandemie.

von Prof. Dr. med. Jochen Lorenz im Interview mit dem GKV-Spitzenverband

2020 – war es nicht so wie viele befürchteten. Lediglich 2 Prozent der Krankenhausbetten waren im vergangenen Jahr durch Corona-Patienten belegt. In Zahlen aus: Das ist die größte reine Analyse, die die Ökonomen der Bundesagentur für Gesundheit erbracht haben. Die Winterhalbjahre sind Märgel im Corona-Epidemiejahr, das Jahr Spätsommer bis Jahresende ist, um Umfang und Wirkung der durchgeführten zentralen Corona-Maßnahmen zu analysieren.

Das Winterhalbjahr stand für die Analyse Leitungs-

gangs aller deutschen Krankenhäuser im Vergleich, die keine Lücke für das Regelgeschäft im Krankenhaus (RHK) unterausgefüllt wurden. Erste Analysen wurden bereits im Herbst über den Verlauf und weitere Grundlage für Empfehlungen der GKV.

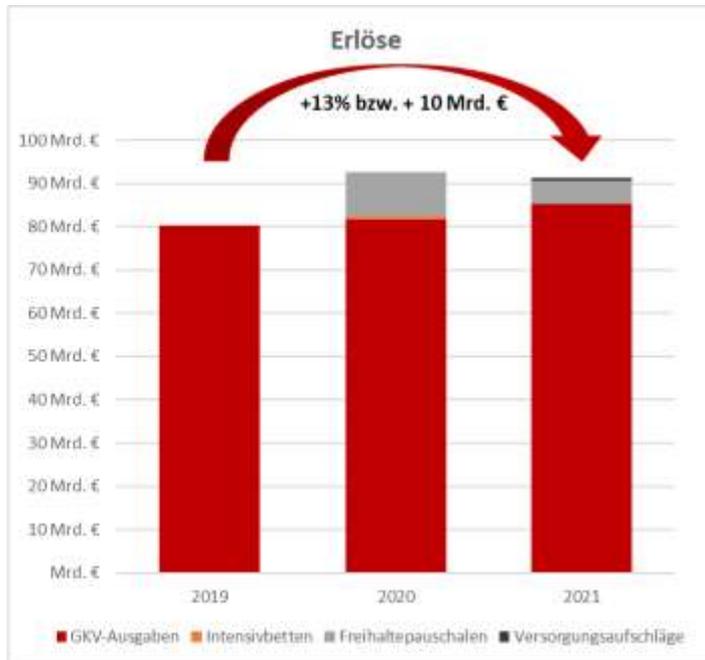
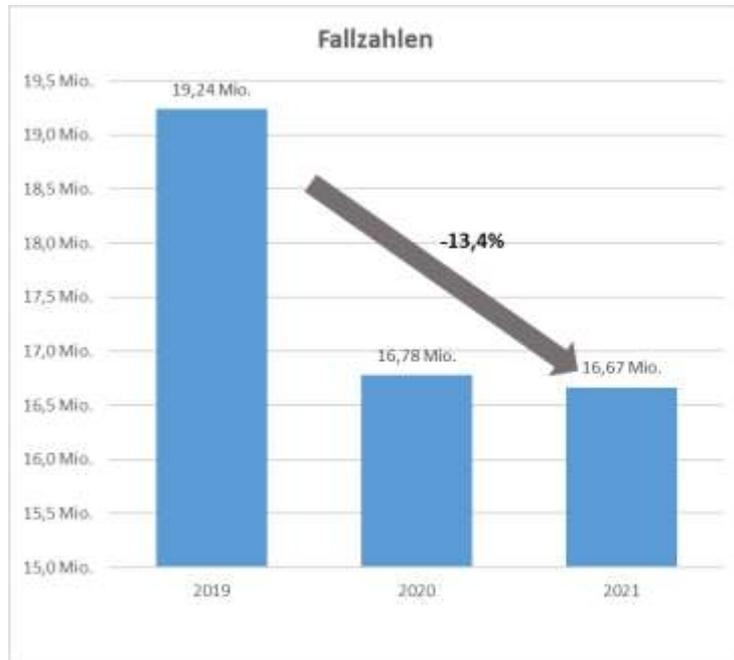
Die Vertragsunterstützung zur sozialen Deckelung war 2020 für die Krankenhäuser weniger ein Jahr der Überlastung – vielmehr wie für die Universitätsklinik: Die Zahl der Krankenhausfälle ging im Frühjahr um 30 Prozent zurück – im Jahresdurchschnitt um 13 Prozent (Abbildung 1).



Quelle: Prof. Dr. med. Jochen Lorenz im Interview mit dem GKV-Spitzenverband

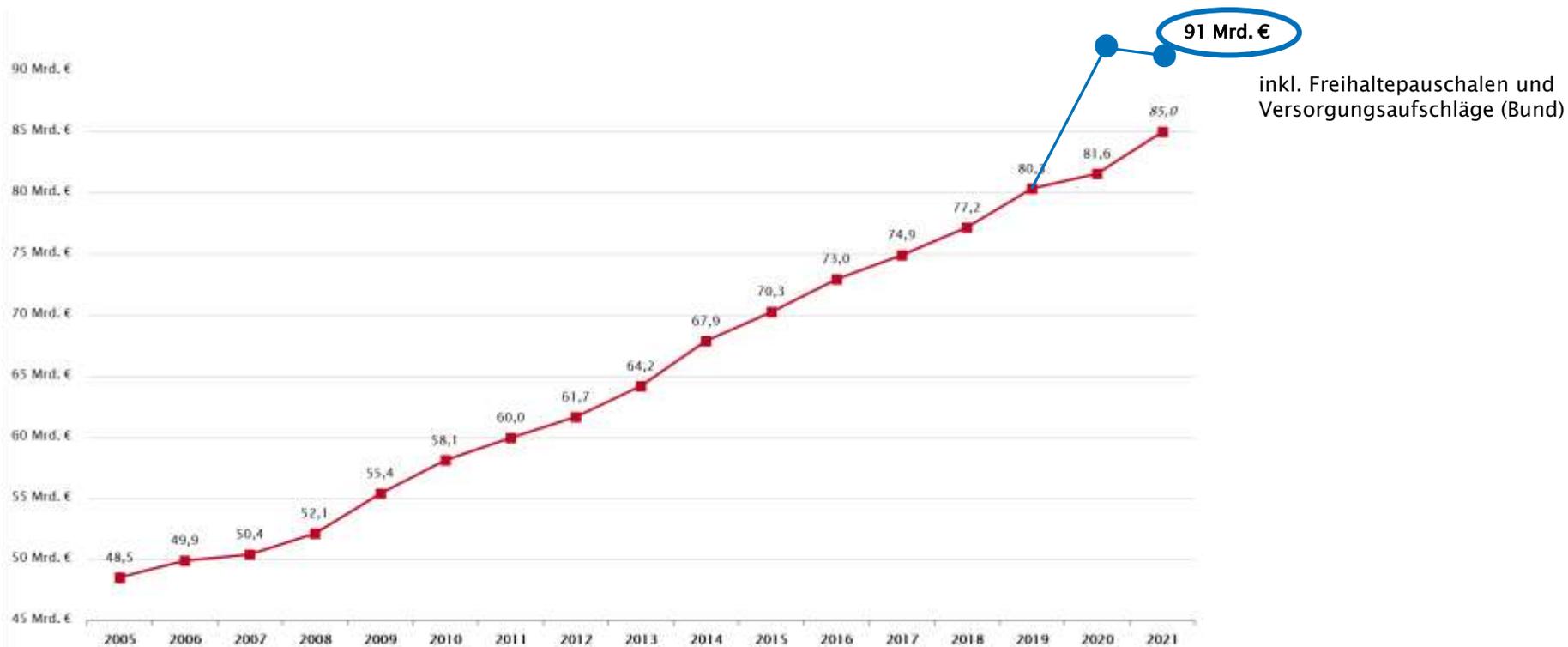
Quelle:
Leber, WD: Das goldene Jahr der Krankenhausfinanzierung, in: Deges, S (Hrsg.): Transformation Leader 02/2021, Verlag ZENO, Heidelberg 2021, S. 100 – 106

Fallzahlen und Krankenhaus-Erlöse 2019 – 2021



Quelle: <https://datenbrowser.inek.org>; Erlöse: Amtliche Statistik KJ1 / KV 45; BAS; Meldungen der Länder

GKV-Ausgaben im Krankenhausbereich



Quelle: Amtliche Statistik KJ1, KV 45 für 2021

Budgetabschlüsse KHEntgG–Bereich (Somatik)

Budgetjahr	2019	2020	2021
Anzahl Krankenhäuser	1.446	1.430	1.423
Abschlüsse (in Kraft getreten)	1.321	567	216
Abschlüsse (in Kraft getreten)	91 %	40 %	15 %

Quelle: vdek; Stand 25.02.2022

- ▶ Wenn das System der Vorort–Verhandlung erhalten bleiben soll, dann muss es sich ändern.
- ▶ Alle Verhandlungen sollten spätestens am Ende des Budgetjahres abgeschlossen sein.
- ▶ Bei allen Vorschlägen zum Verfahren bitte das O. K. der Gegenseite einholen.
- ▶ Und noch einmal: Der Pflexit bleibt eine blöde Idee.

GKV–Finanzstabilisierungsgesetz – GKV–FinStG

Stand: 04.03.2022



Finanzsituation 2023: Finanzdefizit in der GKV i.H.v. 17 Mrd. Euro.

Das Maßnahmenpaket GKV–FinStG sieht eine finanzielle Entlastung im Jahr 2023 von rd. 7,3 Mrd. € vor (davon: 5 Mrd. Bundeszuschuss).

Restdefizit 2023: rd. 9,7 Mrd. €

Der verbleibende Belastungseffekt ohne Mehrwertsteuerabsenkung (Arzneimittel) macht eine Anhebung um rd. 0,6 Prozentpunkte erforderlich. Rd. 1,6 Mrd. Euro entsprechen 0,1 Beitragssatzpunkten.

Agenda

1. Ukraine, Corona, Finanzen
2. Vergütung nach Corona
3. Krankenhauslandschaft
4. Pflege im Krankenhaus
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Notfallversorgung
7. Fazit

DRG-Kalkulation 2023: Harmonische Dämpfung

- ▶ Problem: Kostenremanenz bei volatiler Fallzahl führt zu falschen Fallkosten.
- ▶ Trotzdem: Irgendwann sollte man wieder kalkulieren! Sonst müsste man verhandeln.
- ▶ Grundidee:
Fallzahlinduzierte Kostenveränderungen nicht berücksichtigen bzw. „gedämpft“ in die Kalkulation eingehen lassen. Andere Ursachen hingegen sollte man voll berücksichtigen (z. B. Sachkosten). Das ist methodisches Neuland für das InEK.
- ▶ Eine Einigung auf das DRG-System 2023 ist ungewiss? Die Bereinigungsfrage aufgrund des Pflegebudgets könnte abermals zur Ersatzvornahme führen. Diesmal entscheidet nicht Spahn, sondern Lindner.

Koalitionsvertrag – Krankenhausvergütung

- ▶ „Eine kurzfristig eingesetzte Regierungskommission wird Empfehlungen vorlegen [...] für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung, die das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt. Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe.“
- ▶ Die DRG-Abschaffung steht nicht im Koa-Vertrag. Aber man spürt den Stimmungswechsel:
 - Bei steigenden Fallzahlen wollen alle Fallpauschalen.
 - Bei sinkenden Fallzahl wollen alle feste Budgets.

Artikel in der aktuellen f&w



Vorhaltefinanzierung

Bundesgeld für eine konkrete Versorgungsverpflichtung

Für den GKV-Spitzenverband muss die Verteilung von Vorhaltepauschalen am Bedarf des Patienten orientiert sein – nicht an dem der Krankenhäuser. Ein Versuch, die konzeptionellen Probleme einer Vorhaltefinanzierung in mehreren Stufen zu erläutern.

Von Dr. Wulf-Dietrich Leber

In der Debatte über die richtige Krankenhausvergütung ist seit rund vier Jahren eine Richtungsänderung zu beobachten: Solange die Fälle stiegen, war alle Welt für Fallpauschalen – seit die Fallzahl sinkt, wird die Forderung nach ambulanter Leistungen und vieles mehr). Einen erheblichen Bedeutungsverlust hat allerdings die einst größte leistungsabhängige Finanzierungs-komponente: die Investitionsfinanzierung. In den Anfangszeiten der dachten, man müsse Krankenhauskapazitäten für eine weiter steigende Zahl von Covid-Patienten freihalten, hat der Bund Freihaltepauschalen gezahlt, die beispielsweise die Investitionsfinanzierung der Länder am Dus Desfache über-

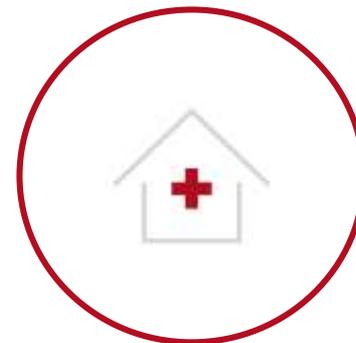
Quelle:

Leber, WD: Vorhaltefinanzierung: Bundesgeld für eine konkrete Versorgungsverpflichtung, in: f&w 3/2022, Bibliomed-Verlag, Melsungen 2022, S. 230 – 232

Stufe 1: Vorhalteverpflichtung definieren

- ▶ Einfaches Modell:
 - abgeschlossene Region
 - ein Krankenhaus
 - eine Krankheit/Leistung (z. B. Geburt)

„Reservekapazität“ bevölkerungsabhängig definieren.



Achtung:

- Vorhaltefinanzierung ist nicht Investitionsfinanzierung.
- Vorhaltefinanzierung ist nicht Freihaltepauschalen.

Vergleich: „betreibbare Betten“ à la DIVI-Register

Stufe 2: Leistungsspektrum berücksichtigen

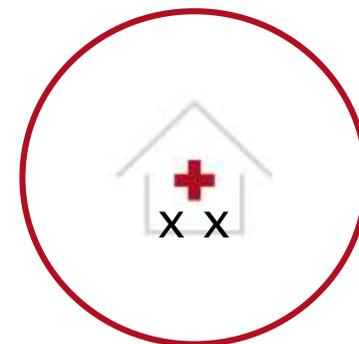
- ▶ Variante 1:

Für jede Leistungsgruppe Vorhaltung definieren (Leistungsgruppen à la NRW?)

- ▶ Variante 2:

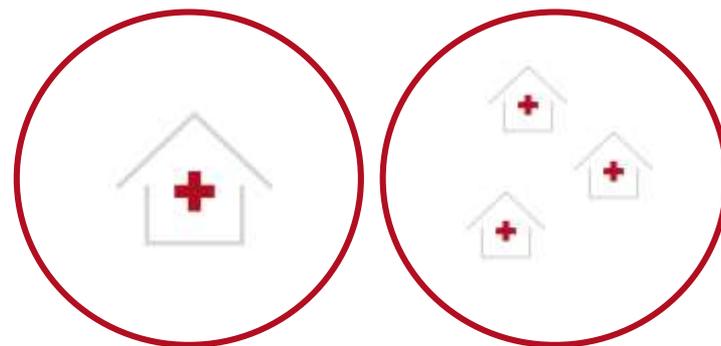
Abstufung Intensiv, Kinder, ... (oder Versorgungsstufen)
(vgl. „Bewerbungsschreiben“ von Hecken)

- ▶ Vorhaltung für elektive Leistungen?



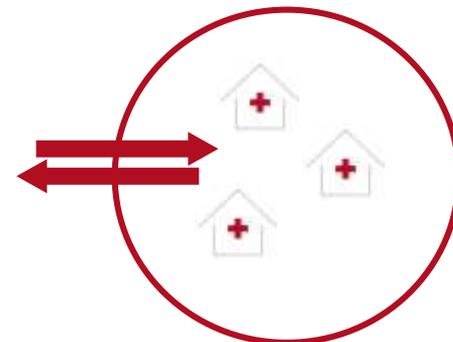
Stufe 3: Verteilung auf mehrere Krankenhäuser regeln

- ▶ Gesamtsumme ergibt sich aus der Bevölkerung, nicht aus der Zahl der Krankenhäuser.
- ▶ Aufteilung durch Ausschreibung?
- ▶ Aufteilung nach Entfernung



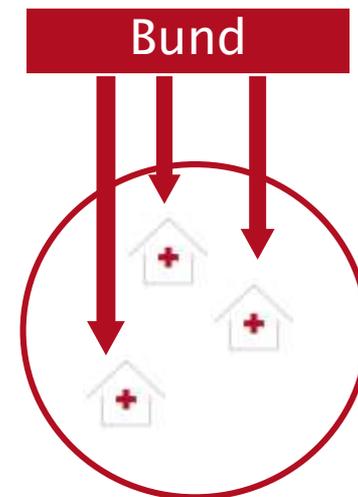
Stufe 4: Patientenwanderung berücksichtigen

- ▶ Überregionale Patientenwanderungen (vor allem bei Maximalversorgung)
- ▶ Instrumentarium steht bereit (GKV-Kliniksimulator et al)
- ▶ Unterschiedliche Regionsgröße für unterschiedliche Versorgungsstufen?
- ▶ Landesgrenzen machen keinen Sinn.



Stufe 5: Finanzierung und Finanzierungsweg klären

- ▶ Wichtig: bundeseinheitliche Kriterien
- ▶ Bundesmittel der Pandemie verstetigen.
- ▶ Direktüberweisung an die Krankenhäuser



- ▶ Koa-Vertrag: „Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe.“



**Wulf-Dietrich Leber und Ronald Schwarz:
Die Vergütung von Krankenhäusern nach der Pandemie**

in: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A., Mostert, C. (Hrsg.):
Krankenhaus-Report 2022, Springer 2022

Agenda

1. Ukraine, Corona, Finanzen
2. Vergütung nach Corona
3. Krankenhauslandschaft
4. Pflege im Krankenhaus
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Notfallversorgung
7. Fazit

Koalitionsvertrag – Krankenhauslandschaft

- ▶ „Mit einem **Bund-Länder-Pakt** bringen wir die nötigen Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf den Weg. Eine kurzfristig eingesetzte **Regierungskommission** wird hierzu Empfehlungen vorlegen und insbesondere Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende und sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung orientierende Krankenhausplanung erarbeiten. [...]“
- ▶ **Vorsicht: Landesplanung ist „Fake News“!**

Hier spricht die Landesregierung von NRW

- ▶ „Eine Krankenhausschließung ist immer eine unternehmerische Entscheidung des Krankenhausträgers und keine der Landesregierung. Die Entscheidung über die Schließung oder den Bau eines Krankenhauses liegt in erster Linie im Verantwortungsbereich eines Krankenhausträgers.“

(vgl. Seite 7 der FAQs zum neuen Krankenhausplan; abgerufen August 2021)

- ▶ Damit wäre wohl endgültig klar, dass es keine landesplanerische Bereinigung der Krankenhauslandschaft geben wird.

Wohltemperierte Strukturanpassung

GKV-Reformkonzept Wohltemperierte Strukturbereinigung

Eine Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft lässt sich nach Meinung unseres Autors Wulf-Dietrich Leber von der GKV nur durch konsequente Qualitätsvorgaben erreichen. Beispiele dafür sind Mindestmengen, Strukturforderungen für Stroke-Units und Geriatrien Notfallstufen oder Anforderungen an Zentren.

Von Dr. Wulf-Dietrich Leber

„Die Krise ist die Mutter aller Reformen“, besagt eine alte Weisheit aus dem Politikbetrieb. Fast ein Jahrzehnt lang gab es dank sprudelnder Beitragsgelder keine nennenswerte Reform der stationären Versorgung. Mit der Corona-Pandemie könnte sich das ändern, da angesichts der finanziellen Belastungen für die Haushalte von Bund, Ländern und Krankenkassen eine Neubewertung unvermeidlich ist.

Das Spektrum notwendiger Reform-

Umbau der Pflegeversicherung und die Personalsituation in der Altenpflege ist. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass das Wachstum der Krankenversicherung gebremst werden muss, um den unvermeidlichen Anstieg in der Pflegeversicherung kompensieren zu können. Sogar „systemspengende“ Ansätze, wie eine Bürgerpflegeversicherung, sind auf einmal nicht mehr ausgeschlossen.

Für die Pflege im Krankenhaus hat der Gesetzgeber die Richtung vorgegeben:

Ein unvollendetes Programm. Die Legislatur ist auch die Legislatur. Das Reformvorhaben ist im Dezember 2019 in Form von Eckpunkten veröffentlichte aber recht kümmerliche GVWG wurde gerade auf den Fall der Ersteinschätzung der Reformabrechnung auf den Corona-Pandemie ist aber vor allem ein

Landesplanung funktioniert aufgrund der Trägerautonomie in Deutschland nicht – egal wie gut sie ist!

Nur Patientenschutz schlägt Berufsfreiheit – so die verfassungsrechtliche Sicht der Dinge.

Also funktioniert nur noch die Strukturierung durch Qualitätsvorgaben des G-BA.

Was die DKG als kalte Strukturbereinigung diffamiert, ist in Wahrheit „wohltemperiert“.

Achtung: Corona hat gezeigt, dass es auf wenige gute Krankenhäuser ankommt.

Quelle: Leber, WD: GKV-Reformkonzept: Wohltemperierte Strukturbereinigung, in: f&w 9/2021, Bibliomed-Verlag, Melsungen 2021, S. 789 – 791

Agenda

1. Ukraine, Corona, Finanzen
2. Vergütung nach Corona
3. Krankenhauslandschaft
4. Pflege im Krankenhaus
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Notfallversorgung
7. Fazit

Pflegepersonalbedarfsbemessung

1. Aktueller Stand Pflegepersonaluntergrenzen
2. Verfahren zur Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus (§ 137k SGB V)
3. PPR 2.0 (Koalitionsvertrag):

„Kurzfristig führen wir zur verbindlichen **Personalbemessung im Krankenhaus** die Pflegepersonalregelung 2.0. (PPR 2.0) als Übergangsinstrument mit dem Ziel eines bedarfsgerechten Qualifikationsmixes ein.“

Problem: Was nützt die PPR? Neuberechnung des Pflegebudgets? Die GKV wird nicht für Pflegekräfte zahlen, die nicht da sind.

Pflegepersonaluntergrenzen unverzichtbar

pflegeintensiver Bereich	Nichteinhaltung im Monatsdurchschnitt		Anteil unterbesetzter Schichten an Schichten gesamt	
	Gesamt:	5,4 %	Gesamt:	14,1 %
Neurologische Schlaganfallereinheit		10,4 %		20,3 %
Unfallchirurgie		5,6 %		16,5 %
Neurologische Frührehabilitation		9,4 %		16,4 %
Intensivmedizin		7,8 %		16,1 %
Allgemeine Chirurgie		5,8 %		15,8 %
Pädiatrische Intensivmedizin		8,0 %		15,2 %
Neurologie		5,9 %		15,2 %
Geriatrie		3,3 %		13,8 %
Herzchirurgie		9,2 %		13,7 %
Interdisziplinär		4,6 %		13,2 %
Kardiologie		3,6 %		13,0 %
Pädiatrie		6,4 %		12,1 %
Innere Medizin		3,1 %		11,3 %

14 % der Schichten sind unterbesetzt!

In einem Bereich ist sogar jede fünfte Schicht unterbesetzt!

Abb.: Nachweise 4. Quartal 2021 – Nichteinhaltung je pflegesensitiver Bereich

Umsetzung § 137k SGB V

Aktuell:
Verzögerung
seitens des
BMG

bis 30.06.2022:
Beauftragung
wissenschaftlicher
Einrichtung oder
Sachverständiger

bis 15.12.2021:
Verhandlungen zwischen DKG und GKV-Spitzenverband/PKV
über Inhalte der Beauftragung und Zeitplan – fristgerecht an
BMG übermittelt

2025:
Entscheidung des
Deutschen Bundestages über die
Einführung des Pflegepersonal-
bemessungsinstruments in
Deutschland

bis 31.12.2024:
Entwicklung und
Erprobung

ggf. Auftrag über
Weiterentwicklung der
Vergütung in der Pflege
auf Grundlage des Pflegepersonal-
bemessungsinstruments

Pflegepersonalbedarfsermittlung

Lösungsansatz



Spitzenverband



In KIS/Datenbanken der
Krankenhäuser integriert

Bundeseinheitliche Pflegeterminologie
mit empirisch validierten
Aufwandszeiten

Digitale
Pflegedokumentation
mit Anwendung der
Terminologie



Automatisierte
Berechnung der Anzahl
an Pflegepersonen nach
Pflegebedarf

Für die digitale
Pflegedokumentation gibt
es KHZG-Gelder.

Ab 01.01.2025 ist die
digitale Pflegedoku
Standard (andernfalls
drohen dem Krankenhaus
Rechnungsabschläge).

Agenda

1. Ukraine, Corona, Finanzen
2. Vergütung nach Corona
3. Krankenhauslandschaft
4. Pflege im Krankenhaus
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Notfallversorgung
7. Fazit

- ▶ „Um die **Ambulantisierung** bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern, setzen wir zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG um.“

- ▶ Große Frage: Was ist sektorengleiche Vergütung?

Gleiche Vergütung für KV-Praxen und Krankenhäuser oder
gleiche Vergütung für stationäre und ambulant behandelte Krankenhauspatienten?

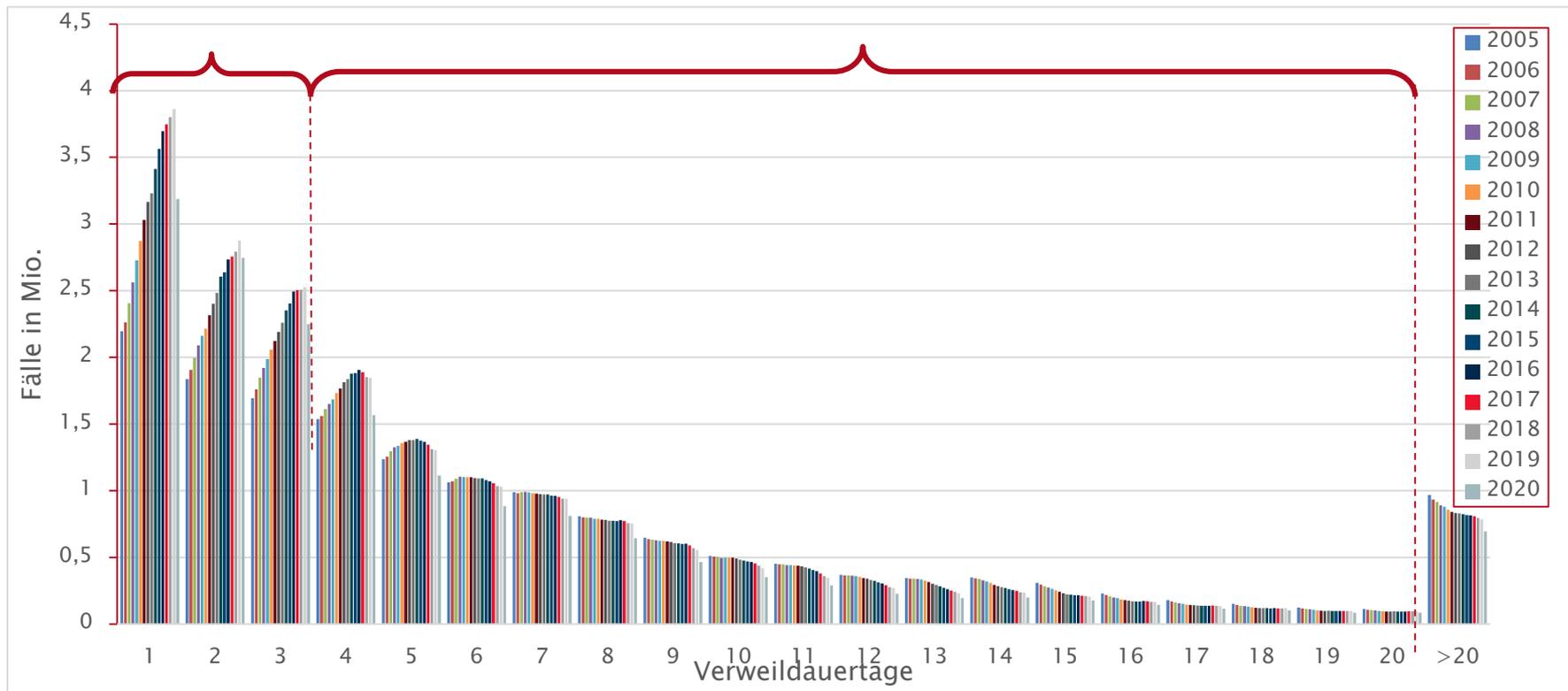
- ▶ Gefahr: „Ambulant behandeln, stationär kassieren.“

Enormes Ambulantisierungspotenzial

Ambulantes Potenzial



Spitzenverband



Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG: Verweildauer gemäß § 21 KHEntgG 2005 bis 2019 (Jahr der Entlassung)

Hybrid-DRG ist ein anderer Prozess als AOP

- ▶ AOP-Prozess
 - IGES-Gutachten fast abgeschlossen
 - Umsetzung in Stufen: neu wird die Berücksichtigung des Schweregrad
 - Komplexe dreiseitige Verhandlungen
- ▶ Drei gesetzgeberische Varianten für Hybrid-DRGs:
 - Teil von AOP („§ 115b Absatz 6“)
 - Neue Rechtsform („§ 115e“)
 - DRG-Lösung (KHEntgG)
- ▶ Ziel: Eindeutige Zuordnung von Leistungen zu ambulant/hybrid/vollstationär
- ▶ Tendenziell benötigen Hybrid-Leistungen ein Krankenhaus im Hintergrund.

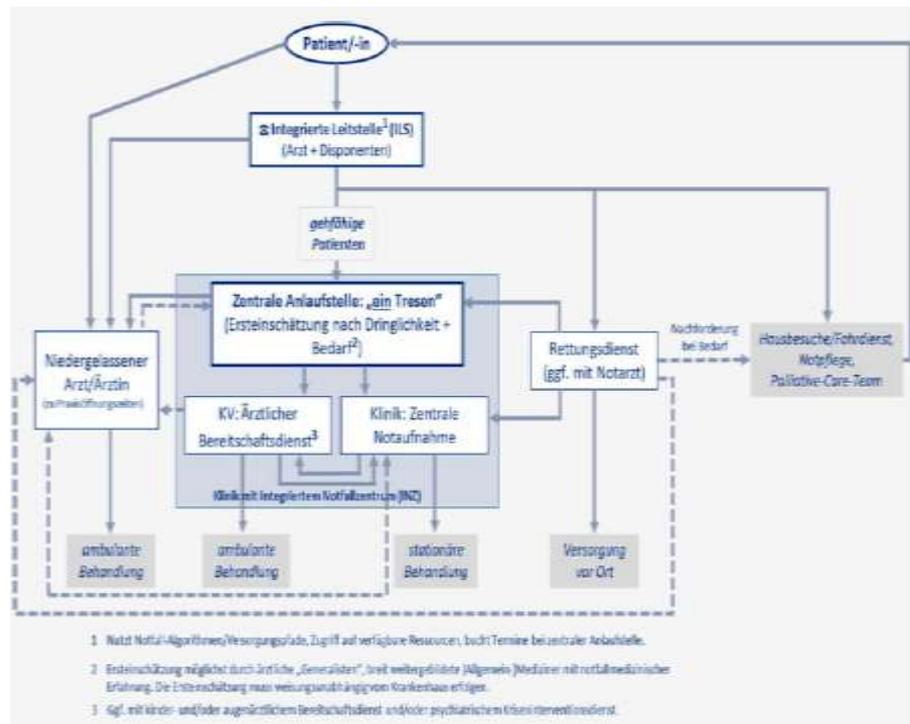
Agenda

1. Ukraine, Corona, Finanzen
2. Vergütung nach Corona
3. Krankenhauslandschaft
4. Pflege im Krankenhaus
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Notfallversorgung
7. Fazit

Koa-Vertrag Notfallversorgung

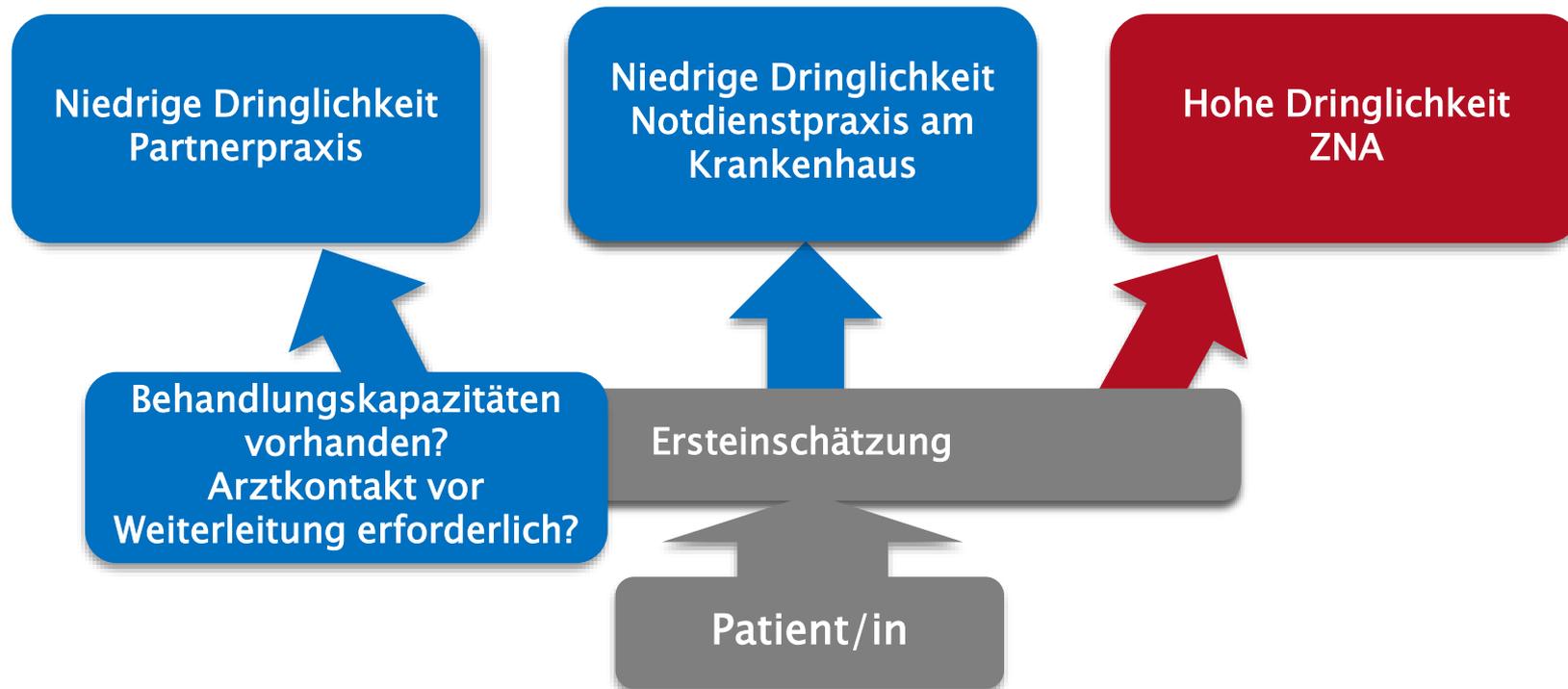
- ▶ „Die **Notfallversorgung** soll in integrierten Notfallzentren in enger Zusammenarbeit zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenhäusern (KH) erfolgen. Wir räumen den KVen die Option ein, die ambulante Notfallversorgung dort selbst sicherzustellen oder diese Verantwortung in Absprache mit dem Land ganz oder teilweise auf die Betreiber zu übertragen.“

Koa-Vertrag: INZ à la SVR, aber ohne KV-Verpflichtung



- ▶ GKV-Position: Einen KV-Containerriegel vor dem Krankenseingang sollte es nicht geben.
- ▶ Der SVR geht fälschlicherweise davon aus, dass Krankenhäuser und KVen dieses Modell umsetzen wollen.
- ▶ Koa-Vertrag verpflichtet die KV zu nichts und alles bleibt beim Alten.
- ▶ GKV-Forderung: Man muss sicherstellen, dass die KV die Notfallversorgung am Krankenhaus auch sicherstellt!
- ▶ Umgekehrt muss auch gelten: Keine Notfallaufnahme ohne KV-Notdienstpraxis im Eingangsbereich.

Entscheidung am gemeinsamen Tresen



Rettungswesen

- ▶ „Durch eine Verschränkung der Rettungsleitstellen mit den KV-Leitstellen und standardisierten Einschätzungssystemen (telefonisch, telemedizinisch oder vor Ort) erreichen wir eine bedarfsgerechtere Steuerung. Wir nehmen das Rettungswesen als integrierten Leistungsbereich in das SGB V auf und regeln den Leistungsumfang der Bergrettung sowie die Verantwortung für Wasserrettung jenseits der Küstengewässer.“
- ▶ Gut so, aber die Grundgesetzänderung fehlt.



Grundgesetzänderung:
in Artikel 74 Absatz 1 wird eingefügt:
„12a die wirtschaftliche Sicherung des Rettungsdienstes“

Agenda

1. Ukraine, Corona, Finanzen
2. Vergütung nach Corona
3. Krankenhauslandschaft
4. Pflege im Krankenhaus
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Notfallversorgung
7. Fazit

Fazit

1. Der finanzielle Rahmen wird enger – wegen notwendiger Ausgaben zur Verteidigung, geringem Wirtschaftswachstum und pandemiebedingter Staatsverschuldung.
2. Die DRGs bleiben. Sie werden ergänzt um Vorhaltekomponenten – nicht zu verwechseln mit Freihaltepauschalen. GKV-Vorschlag: direkte Bundesfinanzierung.
3. Wichtiger als die Vergütungsreform ist die Reform der Versorgungsstrukturen durch bundeseinheitliche Vorgaben. Beim Bund-Länder-Pakt ist Skepsis angesagt.
4. Die PPR 2.0 im Koalitionsvertrag ist ein Ärgernis. Pflegepersonalbemessung sollte sich aus der digitalen Patientenakte ableiten. Wichtig bleibt PePiK nach § 137k SGB V.
5. Ambulantisierung wird ein zentrales Thema. Hybrid-DRGs bleiben vorerst ein Rätsel. Der AOP-Prozess wird in Stufen umgesetzt.
6. Der Rettungsdienst wird Teil des Gesundheitswesens. Gut so. Die Einrichtung von INZ vor den Krankenhäusern wird noch spannend. Die KV muss sicherstellen – am Krankenhaus!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

www.GKV-Spitzenverband.de

Wulf-Dietrich-Leber.de