

Krankenhausreform 12 Monate Diskussion Was ist daraus geworden ?



ÄKV, Traunstein, 10. Januar 2024

M. Hansis

Vorab I: „Gesundheitsreformen“

- Betreffen i.d.R. nicht die Gesundheitsfürsorge
- Sind meist nur Modifikationen der GKV-Kosten
- Gelegentlich strukturelle Vorgaben an Leistungserbringer (betr. GKV)
- Finden nach jeder Bundestagswahl statt
- Erinnern an Serien-Romane

Vorab II: Dominierendes Element aller Gesundheitsreformen des Bundes

- Zwei sich widersprechende gesetzliche Vorgaben:
 - SGB V / § 70: „Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten“
 - SGB V / § 71: „Die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer haben die Vereinbarungen über die Vergütungen nach diesem Buch so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden“
- Gilt für 74,3 Mio Menschen (aus 83,3 Mio) = 89 % der Bevölkerung
- → „Gesundheitsreformen“ des Bundes erschöpfen sich ganz überwiegend in der Auflösung dieses (finanziellen) Widerspruchs
- andere Anliegen sind eher nachrangig.

Gesundheitsreformen ab 1992

- 1992 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)
- 1994 Pflegeversicherungsgesetz SGB XI
- 1996 Ges. Stabilisierung der Krankenhausausgaben u.a.
- 1998 GKV-Finanzstärkungsgesetz
- 1998 GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz
- 1999 GKV Gesundheitsreformgesetz
- 2001 Pflege-Qualitätssicherungsgesetz
- 2002 Gesetz zur Begrenzung der AM-Ausgaben
- 2002 Krankenhausentgeltegesetz
- 2003 GKV-Modernisierungsgesetz
- usw.

Aktuelle Diskussion

- Ausgangspunkt: „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“ (dritte Stellungnahme der Regierungskommission) (06.12.2022)
 - Vorangehend: (1) „Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe“ (08.07.2022)
 - (2): „Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens“ (22.09.2022)
- Mehrere inhaltliche Stränge ...
- Begleitende andere gesetzliche Vorhaben

Kommissions-Empfehlung

- Inhaltliche Stränge:
 - Definitive Gruppierung von Leistungen
 - Verbindliche Gruppierung von Krankenhäusern nach Levels
 - Qualitätssichernde Strukturmaßnahmen (Zuweisung von Leistungen, Qu-Vorgaben)
 - Gesondertes Ausweisen von Vorhaltekosten
- Weiteres Schicksal:
 - 10.07.2023: Eckpunkte der Bund-Länder-Beratungen
 - 09/2022: Vertraulicher Arbeitsentwurf
„Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)“

Gruppierung von Leistungen (Reg-Komm)

Tabelle A 1

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)
--------	----------------------

INNERE MEDIZIN

1.0	Basisbehandlung Innere Medizin
1.1	Angiologie
1.2	Endokrinologie und Diabetologie
1.3	Gastroenterologie
1.4	Hämatologie und Onkologie
1.4.1	Solide Tumoren (ggf. weiter unterteilt)
1.4.2	Leukämie und Lymphome
1.4.3	Stammzelltransplantation
1.5	Infektiologie
1.6	Kardiologie
1.6.1	Interventionelle Kardiologie
1.6.2	EPU / Ablation
1.6.3	Kardiale Devices
1.6.4	Minimalinvasive Herzklappenintervention

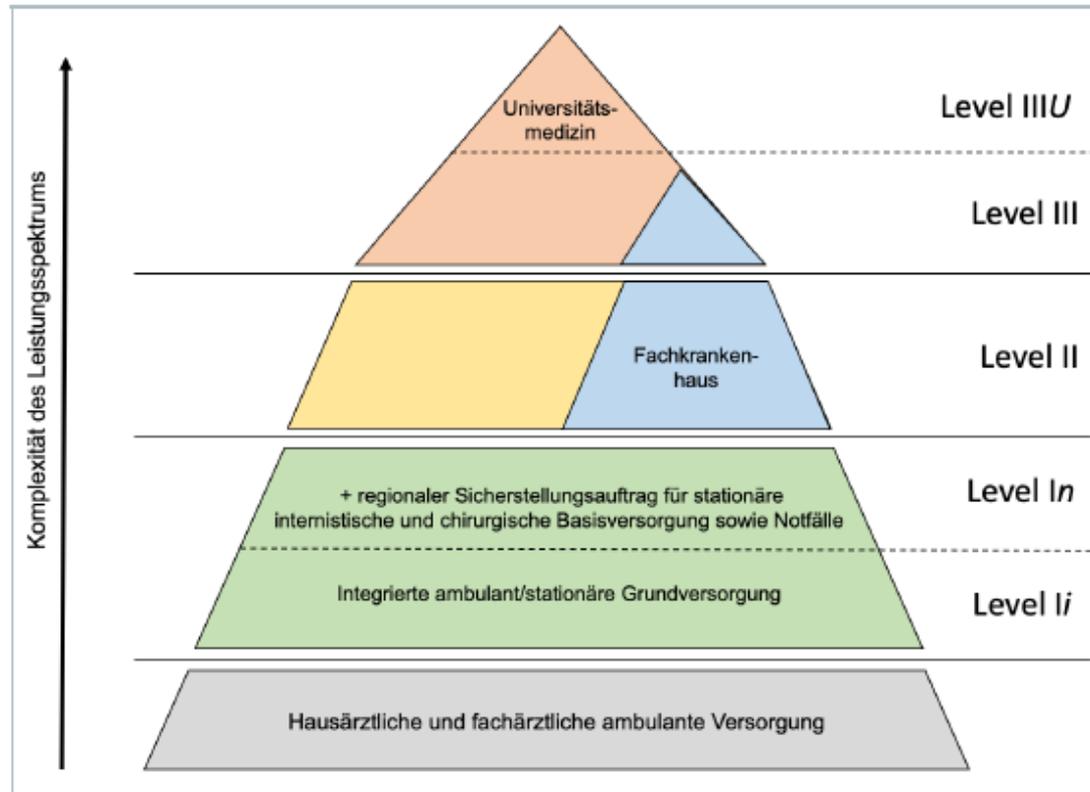
Inhaltliche Details

- 128 Leistungsgruppen
- Auf Ebene von ICD und OPS definiert: „... und zwar so, dass die Patientenbehandlung Innerhalb einer Gruppe ähnliche Qualifikationen, Kompetenzen und Erfahrungen sowie gleichartige technische Ausstattung benötigt.“
- Offenbar stark an den konventionellen Fächern orientiert:
 - Innere Medizin: 1.1. Angiologie
 - Chirurgie: 2.1 Gefäßchirurgie

 - Innere Medizin: 1.8 Pneumologie
 - Chirurgie: 2.6 Thoraxchirurgie
- Vergleichbar vorangehend: Krankenhausplan NRW 2022
- Könnte die Beschreibung des KH-Portfolios erleichtern
- Wird ein Mapping zur DRG-Systematik möglich sein?

KH-Gruppierung (Reg Komm)

➤ **Abbildung 3:**
Das Versorgungsstufenmodell



Quelle: Eigene Darstellung.

Ii	(integrierte ambulant/stationäre Krankenhäuser)
In	(Sicherstellungsauftrag der stationären Basis- und Notfallversorgung)
II	
III	nicht-universitär
IIIU	universitär
	Somatische Fachklinik

KH-Gruppen (bisher)

Vergleich der Strukturen der Krankenhausversorgung nach Ländern vor der Einführung [Bear

Bezeichnungen in den Bundesländern nach der Krankenhausbedarfsplanung um 1974:

- **Baden-Württemberg:**
 - Krankenhaus der Grund- und Ergänzungsversorgung (100 bis 250 Betten)
 - Krankenhaus der Regelversorgung (ca. 460 Betten)
 - Krankenhaus der Zentralversorgung (900 bis über 1200 Betten)
 - Krankenhaus der Maximalversorgung (ca. 1800 Betten)
- **Bayern:**
 - Krankenhaus der I. Versorgungsstufe (ca. 300 Betten)
 - Krankenhaus der II. Versorgungsstufe (ca. 500 Betten)
 - Krankenhaus der III. Versorgungsstufe (wesentlich über 500 Betten)
- **Hessen:**
 - Krankenhaus der Mindestversorgung (150 bis 199 Betten)
 - Krankenhaus der Grundversorgung (200 bis 299 Betten)
 - Krankenhaus der Regelversorgung (300 bis 499 Betten)
 - Krankenhaus der Zentralversorgung (500 bis 699 Betten)
 - Krankenhaus der Maximalversorgung (700 bis über 1000 Betten)
- **Niedersachsen:**

Durch Bundesgesetz 1981 (!) teilweise vereinheitlicht
Im Krankenhausplan NRW 2022 verwendet

Qualitätssichernde Strukturmaßnahmen: Reg. Komm.

Level	Leistungsspektrum	Notaufnahme	Intensivmedizin	Ärztliche Anwesenheit außerhalb Kernarbeitszeiten
Ii	Innere Medizin und/oder Chirurgie muss gewährleistet sein. Schwerpunkt amb. med. Leistungen, weitere Fachdisziplinen möglich. Zwingend Akutpflegebetten für regionale Grundversorgung ohne Fachabteilungszuordnung. Sektorübergreifende Integration mit niedergelassenen Ärzten erwünscht.	Keine	Keine	Mindestens fachärztliche Rufbereitschaft
In	Basisbehandlung Innere Medizin und Chirurgie und nach lokalem Umfeld weitere Fachgruppen mit Sicherstellung der Basis-Notfallversorgung	Level I (G-BA)	Level I (s. Tab. 1b)	Bereitschaft; FÄ Rufbereitschaft
II	+ weitere Leistungsgruppen	Level II (G-BA)	Level II (s. Tab. 1b)	Innere/Chirurgie/Intensiv/Notfall 24/7; FÄ Rufbereitschaft (s. Tabelle Vorhaltung jeweilige LG)
III	Breites Spektrum	Level III (G-BA)	Level III (s. Tab. 1b)	Innere/Chirurgie/Intensiv/Notfall FÄ 24/7, andere Leistungsbereiche Bereitschaft

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Level ¹
2.4.8	Polytrauma	2
2.5	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	3/FA
2.5.1	Schwere Verbrennungen	3/FA
2.6	Thoraxchirurgie	2/FA
2.7	Viszeralchirurgie	2
2.7.1	Bariatrische Chirurgie	2
2.7.2	Große Lebereingriffe	3
2.7.3	Große Ösophaguseingriffe	3
2.7.4	Große Pankreaseingriffe	3
2.7.5	Tiefe Rektumeingriffe	2

Zuweisung von Leistungen zum KH-Level und...

... und hinterlegten Detailvorgaben

II	Mind. je 3 internistische Leistungsgruppen (1.1-1.9, darunter in jedem Fall 1.6) und chirurgische Leistungsgruppen (2.1-2.7), Leistungsgruppen 3.1, 3.2, 3.3, 14.1 (Stroke Unit), LG Allgemeine (erweiterte) Intensivmedizin mit Mindestzahl täglich betreibbarer Low-care-Intensivbetten ≥ 10 , High-care-Intensivbetten ≥ 10 , Erweiterte Notfallmedizin LG 12.1 (Level 2 gem. G-BA), weitere Leistungsgruppen aus mind. 5 weiteren Leistungsbereichen 3-11 und 15/16, telemedizinische Anbindung an andere Krankenhäuser in der jeweiligen Leistungsgruppe. MRT, Angiographie, Endoskopie, Stroke Unit. Hubschrauberlandeplatz falls Distanz zur nächsten Level-III-Klinik > 30 km. Pflege-Ausbildungsstätten. Sozialdienst. Onkologie in zertifizierten Zentren.
----	--

Diagnostik auf der Intensivstation über die Levelvorhaltung hinaus	Schockraum	Schockraum	Schockraum
	TTE	24/7 Endoskopie	24/7 Endoskopie
		MRT	24/7 MRT
		24/7 Bronchoskopie	24/7 Interventionelle Radiologie
		TEE	24/7 Bronchoskopie
			TEE

Qualitätssichernde Strukturmaßnahmen (bisher)

- KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz): Planung (§ 6), planungsrelevante Qualitätsvorgaben (§ 6a und NRW), Förderung von Strukturvorhaben (§ 12)
- KHG § 2a: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren ... eine bundeseinheitliche Definition, die die Kriterien für den Standort ... festlegt. ... Die Definition soll insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik geeignet sein. Die Möglichkeit, Vereinbarungen nach § 11 ... zu schließen, bleibt unberührt.“
- Zulassungsbeschränkung für Organ-Transplantationen
- GBA-Richtlinien (z.B. Perinatalogie)
- Mindestmengen-Regelungen

Gesondertes Ausweisen von Vorhaltekosten (Reg-Komm)

Die bisherige Vergütung der Krankenhäuser – überwiegend über Fallpauschalen (aDRGs) – wird deutlich modifiziert: Für die Krankenhäuser der Level I, II und III wird für jede Leistungsgruppe der Anteil des **Vorhaltebudgets** festgelegt. Dieser beinhaltet auch das ausgegliederte Pflegebudget, das bereits als eine Vorhaltefinanzierung zu verstehen ist. Die Mindestvorhaltung wird auf Ebene der Leistungsgruppen definiert.

- Konvergenzphase
- Einflussgrößen auf das Vorhaltebudget:
 - Bevölkerungsbezug
 - Qualitätsbezug
 - Mengenbezug
- Start mit pauschaler Größe (40 oder 60 %)

Vorhaltekosten (bisher)

- **KH-Planung und gezielter Umfang der Investitionen:**

„Die Krankenhäuser haben nach Maßgabe dieses Gesetzes Anspruch auf [Investitions-] Förderung... Die zuständige Landesbehörde und der Krankenhausträger können für ein Investitionsvorhaben.. eine nur teilweise Förderung mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger vereinbaren“ (§ 8 KHG)

- **Sicherstellungszuschläge § 5 KHEntgG / § 17b (1a) 6:**

„[Zuschläge für] die Finanzierung der Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen“:

Bundeseinheitliche Rahmenvorgaben, individuelle Vereinbarung durch die Vertragsparteien vor Ort (KH-Träger und Kassen)

Eckpunkte Bund / Länder 10.07.2023 (I)

- Auswirkungenanalyse zu den Vorhaltepauschalen
- Mehr Spezialisierung und Qualität
- Planungshoheit der Länder
- Zusätzliches Vorschaltgesetz:...
- Erlösvolumen Vorhaltepauschalen grundsätzlich unverändert:
„...bleibt es bei der Position des BMG, dass eine Zusage von entsprechenden Geldern angesichts der Haushaltslage des Bundes nicht möglich ist.“
- **Ausnahmen:** „Zuschlag zur Erbringung koordinierender und vernetzender Aufgaben durch Universitätskliniken oder andere hierzu geeignete Versorger sowie die zusätzlichen Zuschläge in den Bereichen Pädiatrie, Geburtshilfe, Notfallversorgung sowie Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin“
- **Prüf-Zusagen des Bundes**
 - Evtl. schnellere Auszahlung des Pflegebudgets
 - Evtl. evtl. zusätzliche Mittel als Inflationsausgleich
 - Ausnahmen für spezielle Aufgaben
- **Transparenzoffensive (Bund alleine)**

Eckpunkte Bund / Länder 10.07.2023 (II)

Zeitplan Leistungsgruppen / Vorhaltebudget:

- Vorhaltebudget zunächst normativ 60 %
- Ausweisung der Vorhaltekosten erst möglich, wenn alle Fälle in die Fallgruppen eingegliedert sind
- Leistungsgruppen I: Rechtsverordnung Bund, Anpassungen Länder, bis Ende 2025
- Leistungsgruppen II (parallel): Wiss. Vorarbeit: AG aus AWMF, InEK und BfArM, kompatibel mit Weiterbildungsordnung
- Leistungsgruppen III: KH-Leistungsgruppen-Ausschuss mit gesetzlichem Mandat: BÄK, DKG, SpiK
- Leistungsgruppen IV: Rechtsverordnung:
- Auf dessen Basis: „Scharf stellen“, ggf. Ausnahmeregelungen durch Länder, soweit Ausnahmen nicht ausdrücklich ausgeschlossen
- Abschließende Kalkulation: „... auf Grundlage sachgerecht kalkulierter tatsächlicher Vorhaltekostenanteile der jeweiligen Fallpauschalen erfolgen. Die Verantwortung sollen die Selbstverwaltungsparteien auf Bundesebene tragen.“

KHVVG I (Leistungsgruppen)

Entspricht Eckpunkte Bund / Länder. Zusätzliche Details:

- Leistungsgruppen: Eckpunkte Juli 2024
- Start mit 60 somatischen Lei-Gr wie NRW, zusätzlich 5 Gruppen: Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle Traumatologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin und der speziellen Kinder- und Jugendchirurgie
- Qualitätskriterien wie KH Plan NRW 2022
- Verknüpfung von Leistungsgruppen vor Ort: Am Standort oder in Kooperation
- Prüfroutinen (Einhaltung der Qu-Vorgaben): Med Dienst (umfangreiche Aufgabe und Organisation). – Übergang: Eigener Nachweis durch KH
- Budget-Vereinbarung nur noch, wenn Qu-Vorgaben der zugewiesenen Lei-Gruppen erfüllt
- „Level“ – Einteilung nicht erwähnt

KHVVG II (Vorhaltefinanzierung)

- Vorhaltefinanzierung 2025 bis 2030: Pauschal 60 % „ohne Berücksichtigung der tatsächlich erbrachten Fälle“
- 2025/2026 budgetneutral, ab 2027 Konvergenzphase auf Landesebene.
- „Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelt für jeden Krankenhausstandort den entsprechenden Anteil an der Vorhaltevergütung in der jeweiligen Leistungsgruppe.“
- Einheitliche Definition der Vorhaltepauschalen bis 2029 (DKG, PKV-Verband, SpiKV)
- Gelten ab 2031. Begleitende Auswirkungsanalyse durch InEK

KHVVG III

- **sektorübergreifende Versorgung (bisher Level II):** “Behandlung und medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen. Diese Einrichtungen sollen stationäre und ambulante Leistungen stärker verknüpfen, also neben der stationären Behandlung auch sektorenübergreifende Leistungen erbringen dürfen“ (neu: § 115 h SGB V)
 - Ambulante Leistungen (aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, ambulantes Operieren (AOP-Katalog))
 - Belegärztliche Leistungen
 - Übergangspflege
 - Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege
 - Medizinisch-pflegerische Versorgung für Patienten, für die eine ausschließlich ambulante ärztliche Behandlung aufgrund ihrer Verfassung oder Lebenssituation nicht möglich ist.
- Details durch DKG, PKV-Verband, SpiKV
- Gesonderte Vergütung durch koordinierende Krankenhäuser
- Besondere Gelder für Kinder- und Jugendmedizin und Geburtshilfe übergangsweise in 2025 und 2026 (teilweise schon verabschiedet)
- Transparenzoffensive

Der aktuelle Entwurf ist viel banaler als die Ideen der Regierungskommission:

(1) Für die Leistungen der Krankenhausbehandlung gelten bundeseinheitliche Qualitätskriterien, die insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität beinhalten. Zur Festlegung der Qualitätskriterien werden die Leistungen der Krankenhausbehandlung in Leistungsgruppen eingeteilt. Krankenhäuser haben die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen, deren Leistungen sie erbringen, zu erfüllen. Für jede Leistungsgruppe sind Qualitätskriterien in folgenden Anforderungsbereichen festzulegen:

Prüfungen zu Strukturen in Krankenhäusern und weitere Qualitätsprüfungen

(1) Der Medizinische Dienst führt in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern standortbezogen Prüfungen durch zur Einhaltung

(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde weist den nach § 108 Nummer 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäusern standortbezogen Leistungsgruppen nach § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu. Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2 der zwi-

(1) Ein Krankenhaus erhält für jede Leistungsgruppe gemäß § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die ihm gemäß § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde, ein Vorhaltebudget. Der Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz

Weitere gesetzgeberische Aktivitäten

- Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz: In Kraft seit 01.07.2023 (betrifft SGB XI)
- Hybrid DRG-Verordnung 21.09.2023
- Krankenhaus-Transparenzgesetz: 19.10.2023 erste Lesung BT
- Pflegepersonal-Untergrenzen-Verordnung 20.10.2023
- Verordnung zur wirtschaftlichen Sicherung von KH 03.11.2023
- Pflegepersonalverordnung 17.11.2023
- Hybrid-DRG-VO ab 01.01.2024
- Erweiterung AOP-Katalog ab 01.01.2024

Transparenzgesetz:

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht ab dem 1. April 2024 in einem Transparenzverzeichnis zur Krankenhausbehandlung in Deutschland im Internet insbesondere die in Absatz 3 genannten Informationen barrierefrei in leicht verständlicher, interaktiver Form. Das Bundesministerium für Gesundheit aktualisiert das

Fallzahl, Versorgungsstufe (andere als bei der Reg.-Komm), personelle Ausstattung, Quali-Daten

Krankenhauspflege-Entlastungsgesetz (Bundestag 20.12.2022)

- GBA: Richtlinie für Long Covid
- § 115e SGB V: Tagesstationäre Behandlung (Abzug je Nacht 0,04 RG von der DRG)
- § 115 f SGB V: „Spezielle sektorübergreifende Versorgung“: Fallpauschalen, Regelung durch Vertragspartner, Rechtsverordnung
- § 137 k SGB: Auftrag an „Einrichtung“: Konzept zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung, Erprobung ab Nov. 2023
- § 4a KHEntgG: Extra Erlösvolumen für Kinder und Jugendliche
- § 5 KH EntgG: Zuschläge für Geburtshilfe

Perspektive und offene Fragen

- Leistungsgruppen-Systematik: Wohl vornehmlich Fleißarbeit. Wird man Fallgruppen und DRG „mappen“ können? Vermutlich nein
- Zuweisung von Leistungsgruppen einschl. derer Qu-Vorgaben zum einzelnen Krankenhaus
 - Letztentscheidung offenbar beim Land? Dann wäre das Bundesgesetz / die Bundesverordnung ein „Rahmen“ ODER
 - Verbindliche Bundesvorgabe? Vereinbarkeit mit GG Art. 73? (eher nein)
 - Offenbar ohne ausdrückliche „Level“-Gliederung
 - „Levels“ vermutlich ohne Bedeutung (Widerstand in der Bund-Land-Gruppe)
- Vorhaltebudget:
 - Pauschal oder „volumfänglich gerecht“?
 - Einfluss des Landes beim einzelnen Krankenhaus?
 - Wer werden die Verlierer sein?
 - Wird der „Mengen-Trigger“ im KH tatsächlich geringer? „Mit der Einführung von Vorhaltepauschalen nehme man ökonomischen Druck von den Krankenhäusern“
 - Pressekonferenz der DKG am 16.01.2024
- Auswirkungen auf belegärztliche Tätigkeit?

Persönliche Einschätzung

- Großes Nachhilfe-Programm des Bundes für die Länder zur Erfüllung derer Planungsaufgaben
- Unnötiges Nebeneinander von neuen Qu-Regeln und GBA-Richtlinien
- Unnötiges Nebeneinander bisheriger und neuer Transparenz-Möglichkeiten
- Wegen § 71 SGB V (Beitragssatzstabilität) wird es unter den KH so viele Verlierer wie Gewinner geben
- Etwaige „Gewinner“: Ab 2030 !
- Finanznot der Krankenhäuser: Ergibt sich als natürliche Folge der Bundesgesetzgebung:
 - Zwar grundsätzliche Investitionspflicht der Länder, aber „opt out“ Möglichkeit dort
 - Landesbasisfallwert (§ 10 KHEntgG): „Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen: der ... Veränderungsbedarf auf Grund der jährlichen Kostenerhebung und Neukalkulation,... allgemeine Kostenentwicklungen...“ – hier allerdings Bildung an die „Veränderungsrate“ der Beitragseinnahmen (§ 71 SGB V).
 - Die Unterfinanzierung beider Bereiche ist eigentlich nicht vorgesehen – aber sehenden Auges

Jahr	Grundlohn-rate	Orientierungs-wert	Veränderungswert (DRG)
2023/2024	4,22 %	6,95 %	5,13 %
2022/2023	3,45 %	6,07 %	4,32 %
2021/2022	2,29 %	2,37 %	2,32 %
2020/2021	2,53 %	ungültig	2,53 %
2019/2020	3,66 %	2,99 %	3,66 %

Pressekonferenz DKG 16.01.2024

Erwartungen an das Reformjahr 2024

„Zu Beginn des neuen Jahres stehen wir beinahe an derselben krankenhauspolitischen Stelle wie im Januar 2023...“

Pressekonferenz am Dienstag, 16. Januar 2024, um 10.30 Uhr,
Geschäftsstelle der DKG, Wegelystraße 3, 10623 Berlin

Bitte melden Sie sich bis Freitag , 12. Januar, verbindlich für die Teilnahme vor Ort an pressestelle@dkgev.de. Die Pressekonferenz können Sie auch über unsere Webseite www.dkgev.de als Livestream verfolgen und über die Chatfunktion Fragen stellen . Dafür ist keine Anmeldung nötig.

Summa

- Die **Leistungsgruppendefinitionen** könnten eine Hilfe bei der KH-Planung darstellen. Ihre starke Fach-Bezogenheit könnte stören.
- Die **Level-Definitionen und Leistungszuweisungen** stellen eine Ausdifferenzierung der schon bisher gegebenen Planungspflichten der Länder dar.
- Dabei wird vermutlich die Bundesregelung nicht in die Hoheit der Länder (gegenüber einzelnen Häusern) eingreifen
- In der bisherigen Form wäre die Level-bezogene Zuweisung der Fachgruppen vielfach widersinning (vermutlich kommen Levels überhaupt nicht)
- Die **Ausgliederung von Vorhaltekosten** wäre auch nach altem Recht (KH-bezogen) möglich gewesen
- Der Einfluss auf die „Erbringung vieler Fälle“ wird vermutlich begrenzt sein.
- Das **Gesamtwerk** wird finanziell genau so viele Verlierer wie Gewinner produzieren (wegen Beitragssatz-Stabilität) – und das ab 2030
- Unter gesetzeskonformer Investitionsfinanzierung und bei Orientierung des **Basisfallwerts** an der tatsächlichen Kostenentwicklung (Statist. Bundesamt) wäre der **finanzielle Druck** auf die Krankenhäuser vermutlich erträglich.

