

## Editorial

### G-BA Positionspapier wirft Fragen auf



Dass wir uns in einem demografischen Wandel befinden, dass Personal im Gesundheitswesen knapp ist und die Länder ihren Investitionsverpflichtungen nicht nachkommen, wiederholen die Krankenhäuser gebetsmühlenartig. Die Pandemie verschärft die Situation zusätzlich. Das Krankenhaus-Barometer des DKI spricht von 60 Prozent der Häuser, die 2022 mit roten Zahlen rechnen. Im hoch regulierten deutschen Gesundheitswesen werden nun die Karten auf den Tisch gelegt, das System muss sich neu erfinden. Während das Land NRW in eine neue Krankenhausplanung einsteigt, weg vom Bett, hin zu einer Planung medizinischer Leistungsgruppen, unternimmt Josef Hecken mit seinem aktuellen Positionspapier den Versuch, die Planung im G-BA zu zentralisieren. Die Begründungen: u.a. fehlende Finanzierung durch die Länder, demografischer Wandel und Personalengpässe. Augenblick mal, kennen wir das nicht? Eine „Regulierungsinstanz“ wie der G-BA als Planungsinstitution? Ein echter, strukturverändernder Wandel im Krankenhauswesen kann nur mit den Trägern erfolgen, dezentral und regional. Blicken wir also wieder nach NRW, wo man zwar noch am Anfang der neuen Planung steht, der Reformprozess aber unter Einbindung der Träger bereits angestoßen ist. Nicht ohne Grund werden die NRW-Planungsgrundsätze an vielen Stellen aufgegriffen. Dreh- und Angelpunkt bei allen Modellen ist und bleibt die Sicherung der Finanzierung.

Dr. Daisy Hünefeld

Positionspapier:

## Ist ein noch stärkerer G-BA die Lösung?

Sven C. Preusker

In einem Positionspapier fordert der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Prof. Josef Hecken, die Reform der Krankenhausplanung durch ein dreistufiges Modell, in dem den klar abgegrenzten Versorgungsstufen mit jeweils unterschiedlichen Personal- und Strukturanforderungen ganz konkret definierte Leistungsaufträge zugeordnet werden. Dabei müssten die Häuser der einzelnen Versorgungsstufen regional abgestimmt eng zusammenarbeiten, schreibt Hecken in dem „Gute Gesundheitsversorgung und Pflege langfristig

sichern“ betitelten Papier, das der Redaktion vorliegt.

Bei einer dynamischen Entwicklung der GKV-Ausgaben für stationäre Krankenhausleistungen habe sich „die bisherige Krankenhausplanung der Bundesländer als in vielen Fällen ungeeignet erwiesen, darauf zu reagieren, notwendige Strukturen planvoll zu verändern und so auch für die Zukunft eine qualitätsgesicherte, ausdifferenzierte und den regionalen Versorgungsnotwendigkeiten Rechnung tragende Struktur zu gewährleisten,“ schreibt Hecken. In der Regel würden nur

### In dieser Ausgabe

Positionspapier:

**Ist ein noch stärkerer G-BA die Lösung?..... 1-4**

**Köpfe..... 3**

Geographische Datenanalysen:

**Bessere Grundlagen für strategische Entscheidungen .... 5-7**

**Digital Health-Infos..... 7-9**

Auswahl von MedTech-Unternehmen:

**Betriebskosten und Serviceleistungen wichtigste Kriterien für Krankenhäuser..... 9-10**

**G-BA aktuell..... 10-11**

**Politik-Infos..... 11-12**

Kein Fall von unzulässiger „Hinzuziehung Dritter zur Leistungserbringung“:  
**Durchführung einer OP durch das OP-Team des einen Krankenhäus-trägers in den Räumlichkeiten eines anderen Krankenhauses im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung ..... 12-14**

Es wird nun Ernst:  
**§ 2b UStG und seine Herausforderungen ..... 14-15**

**Neue Bücher/Termine/Video-Tipp/ Impressum ..... 16**

bestehende Strukturen fortgeschrieben, die häufig nicht zukunftsfest sind und Über-, Unter- oder Fehlversorgung zur Folge hätten.

Als Basis für das vorgeschlagene Stufenmodell sieht Hecken dabei eine veränderte künftige Aufgabenteilung – bundeseinheitlich festzulegen seien die Anforderungen an die einzelnen Versorgungsstufen, ebenso solle auf Bundesebene eine verbindliche Zuordnung von Leistungskomplexen zu den unterschiedlichen Versorgungsstufen erfolgen. Diese bundeseinheitlichen Vorgaben und Zuordnungen habe, wie könnte es anders sein, der G-BA zu definieren. Zur Wahrung der föderal unterschiedlichen Zuständigkeiten sollen anschließend die Länder Versorgungsregionen festlegen und auf Grundlage der regional- und sektorenübergreifend zu ermittelnden Versorgungsbedarfe und der Vorgaben des Bundes die Krankenhausstandorte bestimmen, die dann den jeweiligen konkreten Versorgungsstufen zugeordnet würden. Dabei sei die bisher in den meisten Bundesländern noch angewendete Bettenplanung durch eine populationsbezogene Leistungsplanung zu ersetzen – hier wird der Bezug zur in Nordrhein-Westfalen bereits angestoßenen Krankenhausreform deutlich, die der dortige Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) im vergangenen Jahr auf den Weg gebracht hat. Dabei seien anhand der jeweiligen Demographie- und Morbiditäts-



Der umnparteische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses, Prof. Dr. Josef Hecken

Foto: © Rosa Reibke/G-BA

struktur die voraussichtlich zu erbringenden Leistungsmengen zu ermitteln und unter Berücksichtigung von Erreichbarkeitskriterien und der bundeseinheitlichen Vorgaben einzelnen Krankenhäusern zuzuordnen. Dies führe zwar dazu, dass nicht mehr jedes Krankenhaus jede Leistung erbringen werde, gewährleiste aber eine qualitativ hochwertige Versorgung von Patientinnen und Patienten, indem „Gelegenheitsversorgung“ unterbunden werde, schreibt Hecken.

### Grundversorger als ambulante Zentren

Als Basis des Stufenmodells beschreibt das Papier die regionalen Grundversorger, die für alle Menschen in allen Regionen in maximal 30 Minuten erreichbar sein sollen. Sie sollen „die häufigsten Krankheitsbilder auf den Gebieten Innere Medizin und Chirurgie behandeln können, die keiner hochspezialisierten Diagnostik und Therapie bedürfen, weil gerade in einer alternden Bevölkerung hier hohe und zunehmende Versorgungsbedarfe bestehen.“ Zentrales Element dieser Grundversorgung solle zudem eine geburtshilfliche sowie kinder- und jugendmedizinische Kompetenz sein, wo immer dies aufgrund regionaler Gegebenheiten für notwendig erachtet werde und qualitätsgesichert möglich sei. Diese Häuser könnten laut Heckens' Vorstellung auch Nukleus für teambasierte und interdisziplinäre Formen der sektoren-

übergreifenden Versorgung von Patientinnen und Patienten sein – in Zusammenarbeit und Kooperation mit Vertragsärztinnen und -ärzten. In der praktischen Durchführung könnten dann entweder Krankenhäuser ambulante Leistungen selbst erbringen oder Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ambulante Versorgungsangebote bereithalten und im Bedarfsfall die Krankenhausinfrastruktur nutzen, heißt es in dem Papier. „In diesen Einrichtungen sollten beispielsweise auch ältere oder multimorbide Patientinnen und Patienten niedrigschwellig für ein oder zwei Tage beobachtet werden können, ohne dass es hierfür einer formalen Krankenhaus-einweisung bedarf,“ schreibt der G-BA-Vorsitzende. Er verweist in diesem Zusammenhang auch auf bestehende Ambulantisierungspotenziale, die es in Deutschland zu erschließen gelte, z.B. bei Katarakt- oder Leistenoperationen.

### Regionale Steuerungsfunktion auf Stufe zwei

Die Basisversorger sollen auf der zweiten Stufe durch Häuser der Schwerpunktversorgung und auf der dritten Stufe durch Häuser der Maximalversorgung (besondere Zentren, Universitätskliniken, hochspezialisierte Fachkliniken) ergänzt werden, wobei es verbindlich festgelegte Struktur- und Personalanforderungen sowie zugeordnete Leistungsbereiche geben soll. Im Papier heißt es: „Größere Krankenhäuser nehmen dabei auf der zweiten Stufe eine zentrale Steuerungsfunktion für die jeweilige Region ein. Diese Häuser garantieren aufgrund ihrer Größe und der regionalen Verankerung rund um die Uhr die



fachliche und technische Expertise für alle komplexen Anforderungen der modernen medizinischen Versorgung. Sie gewährleisten damit höchste Versorgungsqualität mit einem nachhaltigen und tragfähigen Ressourceneinsatz.“ Auf der dritten Versorgungsstufe würden dann von personell und technisch optimal ausgestatteten Krankenhäusern neben den Versorgungsaufgaben der zweiten Stufe besonders komplexe Interventionen durchgeführt, die eine hohe Spezialisierung und Fachkunde des ärztlichen und pflegerischen Personals sowie eine besondere technische Infrastruktur sowie größere intensivmedizinische Kapazitäten erfordern würden. In der Stufe der Maximalversorgung sei dabei durch differenzierte Anforderungen den

besonderen und unterschiedlichen Versorgungsaufträgen von Universitätskliniken und Spezialversorgern Rechnung zu tragen.

Zur Planung durch die Länder heißt es dann: „Die Länder legen für einzelne Leistungskomplexe fest, in welchen Krankenhäusern welche Leistungsbereiche abgedeckt und welche Leistungsmengen erbracht werden. Dabei berücksichtigen sie zwingend die vorhandenen Versorgungsangebote und legen die bundesweit vorgegebenen Strukturvorgaben zugrunde. [...] Wie die Zuordnung der komplexeren Leistungsbereiche zu einzelnen Krankenhäusern erfolgt, entscheiden die Länder. Dabei prüfen die jeweiligen Akteure, ob die bundesweit einheitlich vorgegebenen An-

forderungen für die Leistungserbringung erfüllt werden und nehmen Schwerpunktsetzungen vor, wenn in einer Region das Leistungsangebot die erforderliche Leistungsmenge übersteigt.“

Für eine zukunftsfeste Struktur hält Hecken neben einer leistungsfähigen wohnortnahen stationären Grundversorgung spezialisierte und technisch sowie personell bestens ausgestattete größere Krankenhäuser für zwingend notwendig. Diese Zweiteilung sei die richtige Antwort auf die zunehmende Multimorbidität einer älter werdenden Bevölkerung und den medizinisch-technischen Fortschritt. Durch Spezialisierung und Konzentration werde zudem die wirtschaftliche Basis der Leistungserbringung

## Köpfe

### Aschbrenner neuer Regionalgeschäftsführer Süd bei Helios

Ab dem 1. März wird Florian Aschbrenner als neuer Regionalgeschäftsführer die Helios Region Süd verantworten. Seine Nachfolge als Klinikgeschäftsführer der Helios Amper-Kliniken in Dachau und Markt Indersdorf sowie der Helios Kliniken München West und Perlach übernimmt Marc Bernstädt. Insgesamt umfasst die Helios Region Süd 30 Kliniken sowie zwei Präventionszentren in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Thüringen.

Seine berufliche Karriere begann Aschbrenner 2008 als Trainee bei Helios. Nachdem er zunächst fünf Jahre für die Sana Kliniken tätig war, kehrte er 2014 zu Helios zurück und übernahm die Klinikgeschäftsführung in Kronach. Es folgten die Leitungen des Helios Klinikums München West – später im Verbund mit der Helios Klinik München Perlach – und des thüringischen Maximalversorgers in Erfurt. 2020 hatte Aschbrenner die Verantwortung für die vier Helios Kliniken in Oberbayern übernommen.

Marc Bernstädt, Aschbrenners Nachfolger, ist derzeit Klinikgeschäftsführer des Helios Klinikums Gotha. Der gelernte Bankkaufmann hat einen Bachelor in Wirtschaftswissenschaften und einen Master in Betriebswirtschaftslehre an der Universität Leipzig. Bevor er Klinikge-

schäftsführer in Gotha wurde, leitete er ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung bei einem privaten Klinikträger in Sachsen-Anhalt.

(scp)

### Bartholdt neuer Vorstand am Krankenhaus Agatharied

Seit Anfang Februar ist Benjamin Bartholdt neuer Vorstand des Krankenhauses Agatharied. Er tritt die Nachfolge von Michael Kelbel an, der aus der operativen Verantwortung ausscheidet.

Der Diplomkaufmann ist seit über zehn Jahren mit seiner Familie in der Gemeinde Söchtenau im Landkreis Rosenheim zu Hause. Nach seinem Diplom und Masterstudium in Deutschland und den USA war Bartholdt unter anderem bei einer Klinikberatung, in leitender Position bei verschiedenen privaten Krankenhausträgern sowie mehrere Jahre als Hochschuldozent tätig, bevor er im Jahr 2012 als Prokurist für den Bereich Unternehmensentwicklung und -steuerung in die Dienste des Krankenhauses Agatharied eintrat. Zuletzt war Bartholdt als stellvertretender Vorstand der Klinik und Geschäftsführer verschiedener Beteiligungsgesellschaften tätig.

(scp)

gestärkt und ein sinnvoller Einsatz von Personal gewährleistet.

Dabei werde der notwendige Transformationsprozess hin zu diesem klar strukturierten Stufenmodell erhebliche Strukturveränderungen und Kapazitätsanpassungen zur Folge haben und deshalb auch einige Zeit in Anspruch nehmen, um geordnet und sozialverträglich vollzogen zu werden, ohne dass in der Umstrukturierungsphase Versorgungsengpässe entstehen, betont Hecken.

### Anpassung der Vergütungssystematik

Auch die Finanzierung wird in dem Positionspapier thematisiert. Es bedürfe einer Fortentwicklung des bestehenden DRG-Systems mit einem Fokus auf die Kinder- und Jugendmedizin, die Geburtshilfe und die Psychiatrie. Außerdem müssten die Vergütungen den bundeseinheitlichen Strukturvorgaben für die einzelnen Leistungsbereiche angepasst werden. Wichtig sei auch eine adäquate finanzielle Absicherung der Krankenhäuser der Grundversorgung nach dem Stufenmodell. Diese sollten durch besondere Zuschläge oder andere Maßnahmen Häuser abgesichert werden, wenn sie für die Versorgung notwendig seien, in dünn besiedelten Gebieten die Fallzahlen jedoch nicht ausreichen würden, um die Einrichtung wirtschaftlich zu betreiben. Orientierung böten dabei die vom G-BA festgelegten Kriterien für Sicherstellungs-Krankenhäuser. Außerdem müssten Schritte hin zu einer gemeinsamen Abrechnungssystematik für sowohl ambulant wie auch sta-

tionär erbringbare Leistungen konsequent fortgeführt werden – sonst würden die auf die heute bestehenden unterschiedlichen Vergütungssysteme zurückzuführenden Fehlanreize in der Patientenversorgung manifestiert. „Dies kann nur gelingen, wenn das Institut des Bewertungsausschusses und das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) bei der betriebswirtschaftlichen Kalkulation von ambulanten Krankenhausleistungen eng kooperieren,“ betont Hecken.

Von Bund und Ländern fordert Hecken die Verständigung auf eine angemessene Investitionsquote, die in den einzelnen Bundesländern als Mindestquote auch verlässlich realisiert werde, so dass notwendige Investitionen nicht aus Krankenbehandlungserlösen querfinanziert werden müssten – da ist er nicht der Erste, aber natürlich wird die Lösung der Dauerkrise Investitionskostenfinanzierung immer dringlicher (siehe auch KMi 02/2022, S. 1-4). Ergänzt werden sollte diese Mindestquote durch eine Stabilisierung der während der Pandemie entstandenen Bundesfinanzierung, die z.B. für eine systematische Vorhaltefinanzierung nach bundeseinheitlichen Kriterien zweckgebunden eingesetzt werden könnte, schließt Hecken.

Auch auf die Personalproblematik und die Digitalisierung geht Hecken in seinem Papier ein, so fordert er unter anderem eine Ausbildungsoffensive und eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Pflegeberufe. Er analysiert richtig, dass selbst in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik, wo die Richt-

linie des G-BA ohnehin nur moderate und stufenweise einzuführende Personalmindestvorgaben vorsehe, seit geraumer Zeit das Nichteinhalten dieser Vorgaben nicht sanktioniert werden könne, weil eine Personalrekrutierung im ausreichenden Maße insbesondere in der Pflege objektiv unmöglich sei. In der Einleitung des Papiers stellt er fest, dass die Versorgungsbedarfe bei älteren multimorbiden Patientinnen und Patienten immer komplexer werden – nicht zuletzt durch den medizinischen Fortschritt. Gleichzeitig verschärfe sich der Wettbewerb um Personal für den Gesundheitssektor infolge der demographischen Entwicklung dramatisch, sodass es zwingend notwendig sei, die immer kostbarer werdende Ressource der im Gesundheitswesen Mitarbeitenden in effizienten Strukturen einzusetzen. Das alles mache es „unabdingbar, Versorgungsstrukturen zu optimieren und Fehlanreize für medizinisch nicht notwendige Leistungserbringungen zu beseitigen, um eine gute Gesundheitsversorgung und Pflege auch in Zukunft zu gewährleisten.“



Geographische Datenanalysen:

## Bessere Grundlagen für strategische Entscheidungen

Sven C. Preusker

Um Corona-Planungsstäben die Arbeit zu erleichtern, stellt ein Team um den Wirtschaftsprofessor Dr. Jozo Acksteiner von der Hochschule Fulda Geographische Datenanalysen zur Verfügung. Die Methodik verbindet analytische Modelle mit der Visualisierung von Daten auf Landkarten. Strategische Entscheidungen im Gesundheitswesen, die einen geographischen Bezug haben, sollen sich so schnell und effizient treffen lassen. Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler wollen die Methodik für Krankenhäuser, Politik und Gesundheitsverwaltung verfügbar machen. Potenzial sehen sie nicht nur mit Blick auf Pandemien.

Gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Frankfurt haben Wissen-

schaftlerinnen und Wissenschaftler der Hochschule Fulda auf Basis von Geographischen Datenanalysen interaktive Landkarten für den zentralen Planungsstab „Stationäre Versorgungsstruktur von COVID-19-Patientinnen und -Patienten“ des Landes Hessen entwickelt. Die Karten liefern ein tagesaktuelles Bild zur Pandemielage. Sie stellen Informationen zur Inzidenz und Auslastung von Beatmungsplätzen in Krankenhäusern dar. Prognosen für die Auslastung und die Impfquote sind ebenfalls integriert.

Entscheider könnten mithilfe dieser Kartenvisualisierung schnell erkennen, wohin sie Patientinnen und Patienten verlegen können, wenn ein Krankenhaus ausgelastet sei, hieß es zum Projekt. Aus

den visualisierten Daten lasse sich ebenso schnell entnehmen, ob Kliniken in der Nachbarschaft in absehbarer Zeit mit einer stärkeren Auslastung rechnen müssten und freie Bettenkapazitäten selbst benötigen würden.

„Die Karten bringen die komplexe Information aus Inzidenzlage, Auslastung der Krankenhäuser und Prognose der Auslastung für die nächste Woche in ein Bild“, erläuterte Dr. Michael von Wagner, der die Stabsstelle für Medizinische Informationssysteme und Digitalisierung beim Ärztlichen Direktor des Universitätsklinikums Frankfurt leitet. „Im Klinikalltag benötigen wir auf das Wesentliche komprimierte, klare und nachvollziehbare Informationen, wenn wir die Kolleginnen

**BEI SPEZIALFRAGEN...**

**...DIE SPEZIALISTEN FRAGEN.**

**SANOVIS**  
CONSULTING WITH CARE.

Ihr spezialisierter Partner für **IT-Strategie** und **IT-Management** in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft.  
Ein Unternehmen der Curacon-Gruppe

und Kollegen in den Häusern erreichen wollen. Sich mit wenigen Klicks informieren zu können, wo es freie Kapazitäten gibt, ist eine große Unterstützung.“

Zuvor hatte Acksteiner Geographische Datenanalysen vor allem in der Logistik eingesetzt, wenn etwa Lieferketten nach Naturkatastrophen aufrechterhalten werden mussten. „Der Einsatz im Rahmen der Corona-Planungs-

die Interaktion mit der Kartenvisualisierung einzubinden, so Acksteiner. „In vielen Fällen funktioniert ein ausschließlich aus Algorithmen getriebener Ansatz nicht.“

Wenn beispielsweise ein Landkreis eine hohe Zahl an Corona-Neuinfektionen verzeichne und die Krankenhäuser in der Region über genügend Beatmungsplätze verfügten, dann würde ein

**Von der Problemdefinition zu einer stetig verbesserten Kartenvisualisierung**

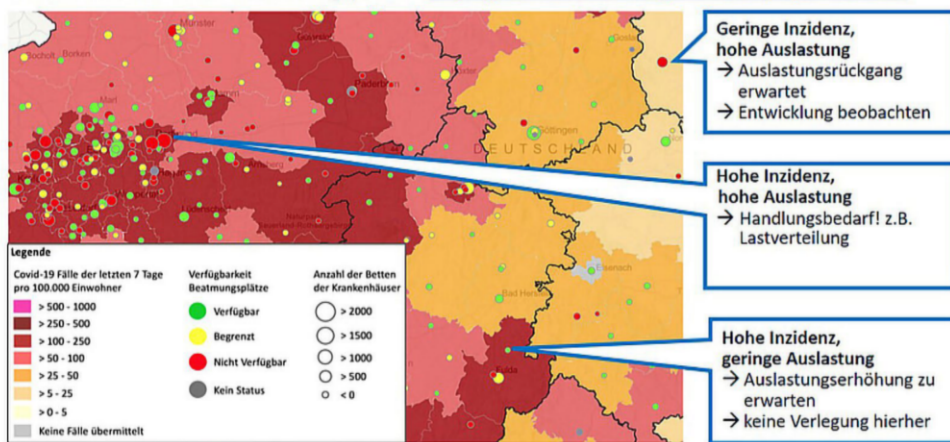
Im ersten Schritt gilt es bei der geographischen Datenanalyse, das Problem zu definieren und zu klären, welche Daten und welche Visualisierung für die Entscheidungsfindung relevant sind. Was soll dargestellt werden und welche Leistungskennzahlen beeinflussen die Entscheidung? „Dies in der Anfangsphase zu analysieren, erspart viel Zeit, weil man später keine unnötigen Daten erhebt“, so Acksteiner.

Schritt zwei richtet den Fokus auf die Frage, wie die Daten miteinander kombiniert und visualisiert werden sollen. Wie stellt man die Kennzahlen auf einer Karte dar, sodass sie ermöglichen, schnell gute Entscheidungen zu treffen? Sollen bestimmte Informationen

besonders hervorgehoben werden? Ein Beispiel ist die Nutzung von Ampeldarstellungen, um Fokuspunkte („rote Ampeln“) deutlich auf der Karte hervorzuheben.

Im dritten Schritt schließlich wird die Kartenvisualisierung umgesetzt und stetig verbessert. Welche Software ist für die Fragestellung am besten geeignet? Welche Probleme ergeben sich bei der Umsetzung nach den ersten Visualisierungen? Wie lässt sich die Kartenvisualisierung noch besser auf die Fragestellung ausrichten? „Die stetige Verbesserung der Kartenvisualisierung in einem iterativen Pro-

Neuinfektionen vs. freie Beatmungsplätze – <https://www.hs-fulda.de/wirtschaft/fight-covid-19>



Quellen und Hinweise: © Hochschule Fulda, ESRI ([www.esri.de](http://www.esri.de)), Robert Koch-Institut ([www.RKI.de](http://www.RKI.de)), dl-de/by-2-0; Bundesamt für Kartographie und Geodäsie, © GeoBasis-DE / BKG ([www.bkg.bund.de](http://www.bkg.bund.de)), Divi Intensivregister ([www.intensivregister.de/B/intensivregister](http://www.intensivregister.de/B/intensivregister)), Statistisches Bundesamt ([www.destatis.de](http://www.destatis.de))

Interaktive Karte, die demonstriert, wie Entscheidungen mit Hilfe der Kartenvisualisierung getroffen werden.

Quelle: <https://www.hs-fulda.de/wirtschaft/fight-covid-19>

stäbe zeigt, dass die Methodik ebenso einen positiven Beitrag zur Digitalisierung des Gesundheitswesens leisten kann“, so der Wirtschaftswissenschaftler. „Die Corona-Krise kann man auch als Chance verstehen, solche modernen Entscheidungssysteme einzuführen und unser Gesundheitssystem weiter zu digitalisieren.“

Gegenüber rein algorithmischen Ansätzen biete die Geographische Datenanalyse einen entscheidenden Vorteil – sie verbinde die übersichtliche Darstellung der Datenlage mit der Möglichkeit, das Erfahrungswissen von Expertinnen und Experten durch

Algorithmus zunächst feststellen, dass weitere Patientinnen und Patienten aufgenommen werden können, erläuterte er. Aber wenn das Krankenhaus wisse, dass kurzfristig Personal erkrankt sei und weitere Ausfälle zu befürchten seien, dann sei das eine wesentliche Rahmenbedingung, die ein Experte mit seinem Hintergrundwissen sofort einbeziehen könne. Ein Computeralgorithmus erkenne solche Rahmenbedingungen dagegen nur, wenn diese vorab definiert wurden. „Eine bei komplexen Problemen schier unlösbare Aufgabe“, so Acksteiner.



zess mit Experten und Nutzern ist der Schlüssel zum Erfolg“, so der Wirtschaftsprofessor.

Acksteiner sagt zu seinen Erfahrungen mit der Darstellung von Daten auf Landkarten: „Dadurch, dass die Landkarte einen schnell erfassbaren Kontext liefert, wird die Zeit von der Datenbereitstellung bis zur Bereitstellung eines Entscheidungssystems gegenüber herkömmlichen Datenanalyseverfahren um 80 Prozent beschleunigt, bei gleichzeitig deutlich verbesserter Abstimmung der Entscheider untereinander.“ Auch impraktikable Entscheidungen und Datenfehler könnten durch die Verbindung mit der Landkarte gut identifiziert und eliminiert werden, etwa wenn die Situation der Beatmungskapazitäten zweier Krankenhäuser, eines im Status „grün“,

eines im Status „rot“, vertauscht wurde. „Diesen Fehler in einer Excel-Tabelle auszumachen ist schwierig“, so Acksteiner, aber auf einer Kartendarstellung springen den Expertinnen und Experten ein solcher Fehler ins Auge und könne sofort korrigiert werden.

### Gesundheitsplanung und Krankheitsprävention

Einsetzen lässt sich die Geographische Datenanalyse prinzipiell überall dort, wo es um Entscheidungsfindungen mit einem geographischen Bezug geht. Mit dem Universitätsklinikum Frankfurt und dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration wollen die Fuldaer Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler die Methodik daher weiterentwickeln, etwa für weitere Pandemien oder mit Blick auf die Kapazitätspla-

nungen, beispielsweise im Pflegebereich. „Wir brauchen keine Pandemie, um in den Krankenhäusern eine hohe Auslastung und eine Überlastung der Kapazitäten zu erleben“, so von Wagner. „Wir wünschen uns, in unseren klinischen Entscheidungen digital besser unterstützt zu werden.“ Großes Potenzial sehen Acksteiner und sein Team auch im Bereich der Krankheitsprävention. „Wir arbeiten derzeit an einer Karte, die Umwelteinflüsse und Krankheiten abbildet und zeigt, wo diese Einflüsse mit bestimmten Krankheiten korrelieren.“

Landkarten, die mit öffentlich zugänglichen Daten erstellt wurden, zeigt das Team um Acksteiner auf seiner Website: <https://www.hs-fulda.de/wirtschaft/flight-covid-19>.

Innovationsausschuss:

## Überführung in die Regelversorgung für zwei Digitalprojekte empfohlen

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) empfiehlt, Ergebnisse aus den abgeschlossenen Projekten „ERIC – Enhanced Recovery after Intensive Care“ und „PASTA – Patientenbriefe nach stationären Aufenthalten“ in die Regelversorgung zu überführen. Beide Projekte haben ihre jeweiligen neuen Versorgungsansätze erfolgreich erprobt. Beim Projekt ERIC geht es um die Vermeidung von Folgeschä-

den nach Intensivaufenthalt. In Deutschland werden jährlich ca. 2,1 Millionen Menschen intensivmedizinisch behandelt. Viele davon leiden unter langanhaltenden Folgeschäden wie kognitiven Einschränkungen und Organschäden. Das Projekt ERIC unter Leitung der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat erprobt, ob mit Hilfe einer multiprofessionellen telemedizinischen Visite das Risiko verringert werden kann, dass solche Langzeitfolgen auftreten. Dafür wurde eine zentrale E-Health-Plattform aufgebaut, die die Kommunikation und die Datenerfassung der 15 beteiligten Intensivstationen in einem telemedizinischen Zentrum bündelte. Das Projekt habe sich bereits in der Corona-Pandemie bewährt,

hieß es. Über die E-Health-Plattform habe die Charité das neueste Wissen zur intensivmedizinischen Behandlung von Covid-19 in der Metropolregion Berlin/Brandenburg unmittelbar und standortunabhängig verfügbar machen können. Nach Abschluss von ERIC habe die systematische Auswertung gezeigt, dass die telemedizinischen Visiten an den beteiligten Intensivstationen erfolgreich eingeführt werden konnten. Auch das Ziel, dass die durch die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) veröffentlichten intensivmedizinischen Qualitätsindikatoren besser eingehalten werden, sei erreicht worden. Der Innovationsausschuss spricht sich angesichts der er-

zielten Erfolge für eine Überführung der neuen Versorgungsform in die Regelversorgung aus. Die Gesundheitsministerien der Länder sind daher gebeten zu prüfen, ob in ihrem Bundesland telemedizinische Visiten auf Intensivstationen etabliert werden sollten. Darüber hinaus werden die Ergebnisse an den G-BA weitergeleitet – Anknüpfungspunkt sind hier die Beschlüsse zu Zentrumszuschlägen für Spezialkliniken, die in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerk (IDV-Zentren) eingebunden sind. Hinsichtlich der mit der Regelversorgung verbundenen Vergütungsfragen sieht der Innovationsausschuss Prüfbedarf bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem GKV-Spitzenverband und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Auf der Projektseite unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/eric-enhanced-recovery-after-intensive-care.66> sind der Ergebnisbericht des Projekts, der Evaluationsbericht und der Beschluss des Innovationsausschusses zu finden.

Das Projekt PASTA hat die automatisierte Erstellung eines zusätzlichen Patientenbriefs erprobt, in dem das Krankheitsbild und die durchgeführten Untersuchungen patientengerecht erläutert werden. Im Projekt wurde erfolgreich eine Software entwickelt, mit der laienverständliche Patientenbriefe automatisch erstellt werden können. Dass dies auch im Klinikalltag aufwandsarm funktionieren, habe im Herzzentrum Dresden gezeigt werden können, hieß es. Die Evaluation habe erwiesen, dass die Patientenbriefe einen

positiven Einfluss auf die Gesundheitskompetenz hätten, vor allem bei Älteren und chronisch Erkrankten.

Der Innovationsausschuss werde die im Projekt erzielten Erkenntnisse an verschiedene Institutionen im Gesundheitssystem weitergeben. Dazu gehörten beispielsweise die Vertragspartner des Rahmenvertrags Entlassmanagement. Ziel sei es, automatisiert erstellte, laienverständliche Patientenbriefe im Entlassmanagement zu etablieren. Zudem würden die Ergebnisse an den G-BA weitergeleitet – er werde gebeten zu prüfen, ob die Qualitätsmanagement-Richtlinie dahingehend weiterentwickelt werden kann.

Auf der Projektseite unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/pasta-patientenbriefe-nach-stationaeren-aufenthalten.113> sind der Ergebnisbericht des Projekts, der Evaluationsbericht und der Beschluss des Innovationsausschusses zu finden.

(scp)

Covid-19:

## Projekt zum dezentralen Monitoring der Atmung von Patienten erfolgreich abgeschlossen

Das von der Fraunhofer-Gesellschaft initiierte Clusterprojekts „M3Infekt“ ist jetzt erfolgreich abgeschlossen worden. Ziel des Projekts war die Entwicklung der technischen Grundlagen für eine umfassendere Vitalüberwachung und Betreuung von Covid-19-Patienten auch außer-

halb von Intensivstationen, zur Entlastung dieser kritischen Infrastruktur. Nach Abschluss des Projekts stellten nun die beteiligten Institute ihre Ergebnisse vor. Das Fraunhofer-Institut für Photonische Mikrosysteme IPMS aus Dresden lieferte mithilfe der CMUT-Ultraschallsensorik einen Beitrag zur Entwicklung eines mobilen und leistungsfähigen Spirometers. Das Gerät zur Analyse der Lungenfunktion ist Teil einer KI-gesteuerten, dezentralen Patientenüberwachung und soll in zukünftigen Projekten weiterentwickelt werden.

Selbst milde Verläufe einer Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus können sich akut verschlechtern und schwerwiegende Symptome verursachen. So werden plötzliche Gesundheitsverschlechterungen oft erst zeitverzögert erkannt und Betroffene zu spät in ein Krankenhaus gebracht. Deswegen ist vor allem für gefährdete Bevölkerungsgruppen eine durchgängige Patientenüberwachung angeraten. Jedoch ist ein solches Monitoring bisher nur auf Intensivstationen mit den entsprechenden medizinischen Geräten und Fachpersonal möglich. Eine KI-gesteuerte, dezentrale Patientenüberwachung auf Normalstationen sowie in außerklinischen Umgebungen könnte die Krankenhäuser stark entlasten. Das im Jahr 2020 von der Fraunhofer-Gesellschaft initiierte Clusterprojekt M3Infekt sollte die technischen Grundlagen für eine mobile Erfassung, Analyse und Zusammenführung relevanter medizinischer Daten schaffen. Damit sollten valide Diagnosen über Zustand und Krankheitsverlauf auch aus der Ferne möglich werden.



Ein wichtiger Teil dieses Remote-Monitorings ist die spirometrische Atemluftanalyse mithilfe eines MEMS-basierten Ultraschallsensors, welcher vom Fraunhofer IPMS in Dresden entwickelt wird. Die Spirometrie dient der Kontrolle des Luftflusses der Patienten und damit generell der Atmungsüberwachung. Neben anderen Parametern des Herz-Kreislaufsystems, wie Herzrate, EKG oder Sauerstoffsättigung, erlaubt dies eine verlässliche Ferndiagnose von Atemwegserkrankungen wie bspw. COVID-19, Asthma und COPD.

Weitere Informationen zum Projekt unter [https://www.izfp.fraunhofer.de/de/technologien/Forschungsleistungen\\_COVID-19/M3Infekt.html](https://www.izfp.fraunhofer.de/de/technologien/Forschungsleistungen_COVID-19/M3Infekt.html).

(scp)

gematik:

## Neues TI-Dashboard online

Die gematik zeigt auf ihrer Webseite ab sofort relevante Schlüsselzahlen zu Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI). Mit dem neuen TI-Dashboard werde ein kompakter Einblick in den Status der Digitalisierung des Gesundheitswesens in Deutschland im Kontext der TI gegeben, hieß es. Damit trage die gematik zu mehr Orientierung im Digitalisierungsprozess bei und Sorge – nach der Veröffentlichung des TI Status Updates im Dezember 2021 – erneut für mehr Transparenz.

Das Dashboard zeigt die absoluten Zahlen zur Nutzung der ein-

zelnen Anwendungen in der TI seit dem Produktivstart an. Dazu gehören eingelöste E-Rezepte, gesendete elektronische Arztbriefe und eAUs an Krankenkassen sowie KIM-Nachrichten und elektronische Patientenakten. Die Zahlen werden täglich aktualisiert und auf der Webseite veröffentlicht.

Mit dem Dashboard wurde ein Beschluss der vergangenen Gesellschafterversammlung aufgegriffen, in der entschieden wurde, dass alle Beteiligten ab sofort regelmäßig aktuelle Daten liefern. Das TI-Dashboard ist unter <https://www.gematik.de/telematikinfrastruktur/ti-dashboard> zu finden.

(scp)

Auswahl von MedTech-Unternehmen:

## Betriebskosten und Serviceleistungen wichtigste Kriterien für Krankenhäuser

Sven C. Preusker

Die Prioritäten von Krankenhäusern bei Investitionen in die Medizintechnik verschieben sich. Hauptgründe hierfür sind laut einer aktuellen Studie das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) und die andauernde Covid-19-Pandemie. Bei der Auswahl von MedTech-Unternehmen erwarten Krankenhäuser demnach künftig vor allem kosteneffiziente Produkte und Dienstleistungen sowie flexiblere und nachhaltigere Angebote. Dies zeigt die Studie „Priorities reshuffled. How Covid-19 and public funding are

shaping hospitals' investments in medical technology“ des Beratungsunternehmens Roland Berger.

„Krankenhäuser verfolgen einen klaren Investitionsschwerpunkt: Oberste Priorität haben medizinische IT-Systeme wie Patientenportale, Krankenhausinformationssysteme oder digitales Medikationsmanagement, welche die Arbeitsabläufe verbessern“, so Peter Magunia, Partner bei Roland Berger. „Unsere Befragung zeigt, dass auch Inves-

tionen in digitale Medizintechnik, wie etwa Infrastruktur für Telemedizin, Operationsroboter und Lösungen für die medizinische Zusammenarbeit verstärkt werden. MedTech-Unternehmen mit dem richtigen Produkt- und Serviceportfolio werden hiervon profitieren.“

Bei der Frage, welche Faktoren für Krankenhäuser ausschlaggebend sind, wenn sie MedTech-Unternehmen beauftragen, ergibt sich laut der Untersuchungsergebnisse ein

eindeutiges Bild: Laufende Betriebskosten, Service und Investitionskosten sind die wichtigsten Kriterien. Im Vergleich zum Vorjahr gewinnen laut der Autoren vor allem die Betriebskosten an Bedeutung und stehen noch vor den Investitionskosten. Krankenhäuser seien außerdem zunehmend daran interessiert, Wartungs- und Serviceleistungen an MedTech-Unternehmen zu delegieren. Sechs von zehn Krankenhäusern (59 Prozent) setzen bei der Wartung medizinischer Geräte bereits auf Outsourcing, bei kleinen Krankenhäusern sowie Häusern in privater Trägerschaft ist diese Quote laut der Ergebnisse sogar noch höher. Weitere Dienste, die Krankenhäuser verstärkt von Medizintechnik Anbietern in Anspruch nehmen, liegen in den Bereichen Datenkonnektivität und Nutzungsanalysen zur Verbesserung von Arbeitsabläufen.

Hinsichtlich der Finanzierung von neuen Investitionsprojekten sind laut der Ergebnisse flexiblere Zahlungsmodelle im Kommen. Auch wenn die meisten Krankenhäuser nach wie vor den klassischen Kauf bevorzugen würden, steige die Beliebtheit von Pay-per-Use- und Full-Service-Modellen mit monatlichen Fixraten deutlich an. „MedTech-Unternehmen können mit flexiblen Finanzierungsmodellen punkten und Krankenhäusern eine attraktive Alternative in Zeiten angespannter Liquidität bieten,“ so Magunia.

Bei der Auswahl von MedTech-Unternehmen werden außerdem regionale Produktion und Nachhaltigkeit für Krankenhäuser immer relevanter. Zwar würden sich diese Ambitionen heute noch nicht in einer erhöhten Zahlungsbereitschaft für nachhaltige Angebote widerspiegeln, doch das Thema stehe nach Einschät-

zung der Krankenhäuser künftig zunehmend im Fokus ihres Handelns.

„Nachhaltigkeit ist längst kein Nischenthema mehr für die Kliniken. 90 Prozent der befragten Führungskräfte geben an, dass dieser Faktor für ihre Einkaufsprozesse von mittlerer bis sehr hoher Relevanz ist. Wollen sich MedTech-Unternehmen langfristig einen Wettbewerbsvorteil verschaffen, sollten sie bereits heute verstärkt auf nachhaltige Lösungen, wie zum Beispiel strukturierte End-of-Lifecycle-Maßnahmen, setzen“, erklärte Janes Grotelüschen, Principal bei Roland Berger.

Für die Untersuchung wurden Führungskräfte von 600 der größten Krankenhäuser in Deutschland zu ihren künftigen Investitionen und Erwartungen an die Medizintechnikindustrie befragt.

G-BA:

## Künstliche Befruchtung nach Kryokonservierung wird Kassenleistung

**N**ehmen GKV-Versicherte vor einer potentiell keimzellschädigenden Therapie eine Kryokonservierung von Keimzellen oder Keimzellgewebe in Anspruch, ist auch eine später gegebenenfalls notwendige künstliche Befruchtung eine GKV-Leistung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Richtlinie über künstliche Befruchtung entsprechend angepasst. Auch Jahre

nach der Entnahme können die eingefrorenen Ei- oder Spermazellen damit für eine künstliche Befruchtung genutzt werden. Die Anpassung der Richtlinie war erforderlich, da die künstliche Befruchtung ohne vorherige Kryokonservierung von Eizellen von der hormonellen Stimulation bis zum Embryotransfer innerhalb eines Zyklusfalls abgeschlossen werden muss.

Ansonsten gelten auch für die neu anspruchsberechtigten Versicherten die gesetzlichen Voraussetzungen für eine künstliche Befruchtung: Es muss dafür eine hinreichende Erfolgsaussicht bestehen. Es gelten die gesetzlichen Altersgrenzen von mindestens 25

bis maximal 40 (Frauen) beziehungsweise 50 Jahren (Männer). Das beteiligte Paar muss verheiratet sein und es dürfen ausschließlich Ei- und Spermazellen dieses Paares verwendet werden.

Für betroffene Frauen kommt als Methode der künstlichen Befruchtung der zuvor kryokonservierten Eizellen ausschließlich die Spermieninjektion direkt in die Eizelle infrage (Intracytoplasmatische Spermieninjektion). Eine Befruchtung im Reagenzglas (In-Vitro-Fertilisation) ist durch die Vorbehandlung der Eizellen vor dem Einfrieren nicht mehr möglich. Der Beschluss des G-BA tritt nach Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesan-



zeiger in Kraft. Nutzbar ist die neue Leistung aber erst, wenn der Bewertungsausschuss dafür eine neue bzw. angepasste Abrechnungsziffer vereinbart hat.

(scp)

Innovationsausschuss:

## 17 neue Projekte können starten

Weitere 17 Projekte erhalten Mittel aus dem Innovationsfonds, um neue Formen medizinischer Versorgungsansätze zu erproben. Nachdem die Antragsteller die Förderbedingungen akzeptiert haben, können sie nun mit ihren Projekten starten. Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) veröffentlichte Ende Januar auf seiner Website eine Übersichtsliste der neuen Projekte – diese steht unter [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/283/2022-01-21\\_Liste-gefoerderte-Projekte-NVF-FBK.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/283/2022-01-21_Liste-gefoerderte-Projekte-NVF-FBK.pdf) zur Verfügung. Auf seine Förderbekanntma-

chung vom 26. Juni 2020 hatte der Innovationsausschuss insgesamt 136 Ideenskizzen erhalten: Daraus wurden 33 Projekte ausgewählt, die mit Hilfe einer finanziellen Förderung ihre Ideenskizze zu einem Vollertrag weiterentwickeln konnten. Die 17 Projekte, deren Erprobung nun auf Basis des Vollertrags gefördert wird, verteilen sich auf die Themenfelder Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -prozessen, Versorgungsmodelle für Regionen mit besonderen Strukturansforderungen, Integration und Vernetzung rehabilitativer Maßnahmen zur Steigerung des Behandlungserfolgs von GKV-Leistungen, Versorgungsmodelle zu Patientenpfaden und Datengestützte Versorgungsmodelle für Menschen mit chronischen Erkrankungen in der ambulanten Versorgung. Zudem startet ein Projekt, welches sich auf die themenoffene Förderbekanntmachung beworben hatte.

(red)

Zi:

## Neue Datenquelle für die Surveillance von Atemwegsinfekten

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat eine neue Datenquelle für die Surveillance von Infektionserkrankungen erschlossen. Hierzu sind gesundheitliche Beschwerden, die im Rahmen des Serviceangebots der Rufnummer 116117 für Akutfälle dokumentiert sind, systematisch ausgewertet worden. Darunter fallen unter anderem Atembeschwerden, Erkältung, Halsschmerzen, Husten und Schluckbeschwerden. Die im Zuge der strukturierten medizinischen Ersteinschätzung über die 116117 gewonnenen Assessments zu akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) würden zeigen, dass dieser Indikator sehr gut geeignet sei, um das Ansteigen von Infektionswellen abzubauen, so das Zi.

„Damit können wir nahezu in Echtzeit Rückschlüsse auf das In-



**SEIEN SIE DABEI**  
**17. & 18. MÄRZ 2022 | ECC BERLIN**

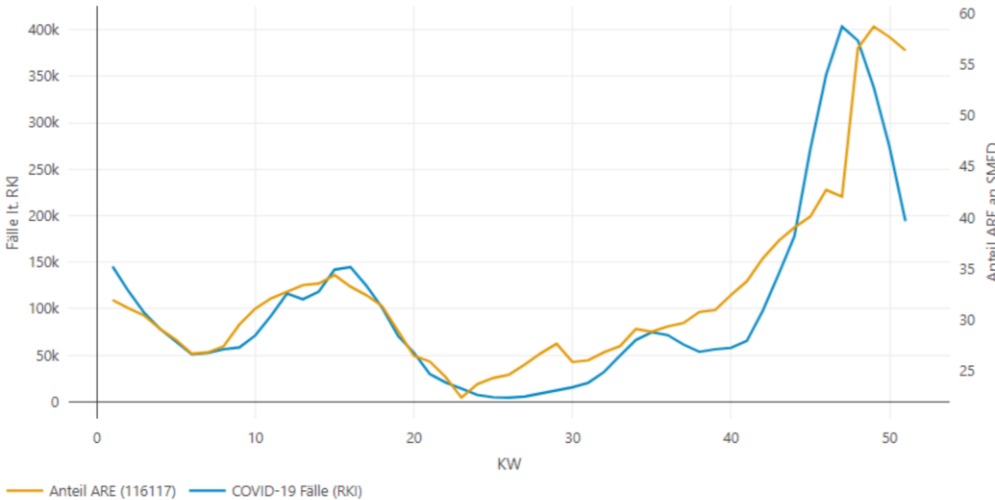


[drg-forum.de](https://drg-forum.de)

fektionsgeschehen in Deutschland ziehen. Dabei ist der Indikator nicht durch Begrenzungen in der Melde- und Testinfrastruktur

beeinflusst," so der Zi-Vorstandsvorsitzende Dr. Dominik von Stillfried. Man wolle den Indikator in Kürze öffentlich über ein Zi-Dash-

board ([www.smed.ziapp.de](http://www.smed.ziapp.de)) bereitstellen – noch ist dieses nicht online. Dort sollen auch weitere Informationen zur Ersteinschätzung



Anteil ARE-Fälle an 116117-Assessments vs. RKI-Meldungen von COVID-19

Grafik: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

(scp)

Kein Fall von unzulässiger „Hinzuziehung Dritter zur Leistungserbringung“:

## Durchführung einer OP durch das OP-Team des einen Krankenhausträgers in den Räumlichkeiten eines anderen Krankenhauses im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung

Franca Heuser

Wird im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung zweier Krankenhäuser eine Operation durch ein Operationsteam des einen Kooperationspartners im Hause des anderen Kooperationspartners durchgeführt, liegt dennoch eine Krankenhausleistung im Sinne des § 2 Abs. 2 KHEntgG vor, so das Landessozialgericht Baden-Württemberg in einer jüngeren Entscheidung (LSG

Baden-Württemberg, Urt. v. 2.6.2021 – L 5 KR 2088/19).

Streitig war zwischen den Parteien die Vergütung einer stationären Behandlung, die im Hause der Klägerin erfolgte. Aufgrund einer Kooperationsvereinbarung der Klägerin mit dem Klinikum der S-GmbH auf dem Gebiet der Kinderherzchirurgie werden im Hause der Klägerin regelmäßig Operationen durch ein Team

aus dem Klinikum der S-GmbH durchgeführt. Diese gemeinsame Einrichtung der beiden Kooperationspartner wurde auch mit bestandskräftigem Bescheid vom 8.2.2011 des Regierungspräsidiums Stuttgart rückwirkend zum 1.1.2011 in den Krankenhausplan aufgenommen. Die gemeinsame Einrichtung soll in budgetrechtlicher Trägerschaft der Klägerin erfolgen.



Der Patient, der bei der Beklagten familienversichert ist, befand sich bei der Klägerin vom 6.4.2011 bis zum 3.5.2011 in stationärer Behandlung wegen nichtrheumatischer Trikuspidalklappeninsuffizienz. Am 12.4.2011 wurde der Patient in den Räumlichkeiten der Klägerin durch ein Operationsteam der Kooperationspartnerin am Herzen operiert. Die Klägerin rechnete die durchgeführte Operation auf Grundlage der DRG F42Z (Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff) ab.



Franca Heuser<sup>1</sup>

Foto: Dr. Halbe  
Rechtsanwälte

der Krankenversicherung (MDK) hatte die Beklagte jedoch nicht veranlasst.

Die Klägerin erhob sodann am 29.12.2015 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) auf Zahlung des geltend gemachten Betrages. In der Klagebegründung vertrat die Klägerin die Ansicht, dass es sich entgegen der Auffassung der Beklagten nicht um die Leistung von Vertragsärzten gemäß § 2 Abs. 1 KHEntgG handele, sondern um eine genehmigte Kooperation der beiden Krankenhäuser. Betreffend die Strukturmerkmale führte die Klägerin weiterhin aus, dass eine Überprüfung des Vorliegens derselbigen seitens der Beklagten durch Einschaltung des MDK gemäß § 275 Abs. 1 Satz 1 SGB V hätte erfolgen müssen.

### Operation war Krankenhausleistung im Sinne des § 2 Abs. 1 KHEntgG

Das SG verurteilte die Beklagte mit Urteil vom 21.5.2019 zur Zahlung des geltend gemachten Betrages (SG Stuttgart, Urte. v. 21.5.2019 – S 15 KR 7110/15) und führte zur Begründung aus, dass es sich bei der Operation um eine Krankenhausleistung im Sinne des § 2 Abs. 1 KHEntgG handele. Dass der von der Beklagten erwähnte Zusatz erst zum 1.1.2013 ins Gesetz aufgenommen worden sei, ändere hieran jedoch nichts. Bei dem Zusatz handele es sich lediglich um die Klarstellung einer weit verbreiteten Praxis zwischen den einzelnen Krankenhäusern.

Hiergegen richtete sich die von der Beklagten am 27.6.2019 eingelegte Berufung. Die Beklagte vertrat die Auffassung, dass eine unzulässige Einbeziehung Dritter vorgelegen habe. Die Hauptleistung hätte nach der Rechtslage im Jahr 2011 durch das eigene Personal der Klägerin erbracht werden müssen. § 2 Abs. 1 KHEntgG sei erst zum 01.01.2013 insoweit geändert worden, dass zu den Krankenhausleistungen im Ausnahmefall auch Leistungen durch nicht fest angestellte Ärzte gefasst werden können. Diesbezüglich bezog sich die Beklagte auf das Urteil des BSG vom 17.11.2015 (Az.: B 1 KR 12/15 R), wonach § 2 Abs. 1 KHEntgG keine rückwirkende Geltung entfalte. Des Weiteren führte die Beklagte aus, dass das Regel-/Ausnahmeverhältnis des § 2 Abs. 1 S. 1 KHEntgG leerlaufen würde, wenn jeder vom Krankenhaus herbeigerufene Arzt bereits eine nach § 2 Abs. 1 S. 1 KHEntgG vergütungsfähige stationäre Krankenhausleistung erbringen könnte. Hieraus schloss die Beklagte, dass die Erbringung der Operationsleistung durch das Operationsteam des Kooperationspartners unzulässig gewesen sei. Weiterhin führte sie in der Berufungsbegründung aus, dass die Klägerin die institutionellen Voraussetzungen der Krankenhausbehandlung nicht erfülle.

### LSG wies Berufung zurück

Das LSG wies die Berufung der Beklagten zurück, da die Voraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung erfüllt seien und die Klägerin die institutionellen Voraussetzungen zur Leistungsabrechnung erfülle. Zur weiteren Begründung führte es

### Überprüfung durch den MDK wurde nicht veranlasst

Die Beklagte verweigerte jedoch die Zahlung des Betrags unter Berufung auf § 2 Abs. 1 KHEntgG und die angebliche Nichterfüllung der vorgegebenen Strukturmerkmale. Eine Leistungserbringung durch nicht fest angestellte Ärzte sei demnach erst seit der Änderung zum 1.1.2013 durch Einfügen des Zusatzes „auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte“ möglich gewesen. Eine Überprüfung des Falles durch den Medizinischen Dienst

<sup>1</sup>Franca Heuser, Rechtsanwältin;  
E-Mail: koeln@medizin-recht.com,  
Internet: www.medizin-recht.com; Dr. Halbe –  
Rechtsanwälte, Im Mediapark 6A, 50670 Köln

aus, dass die Durchführung der Operation im Rahmen der Kooperation durch nicht von der Klägerin angestellte Ärzte dem Vorliegen einer Krankenhausleistung im Sinne des § 2 Abs. 1 KHEntgG nicht entgegenstehe. Auch die Fassung des § 2 Abs. 1 KHEntgG vom 17.7.2003 stehe der Kooperation zweier Krankenhäuser entgegen der Auffassung der Beklagten nicht entgegen. Hinsichtlich der von der Beklagten angeführten höchstrichterlichen Rechtsprechung vertrat das LSG in der Urteilsbegründung den Standpunkt, dass die Fälle nicht mit dem konkret vorliegenden

Fall vergleichbar seien. Aus den zuvor genannten Urteilen ergebe sich lediglich, dass die Leistungen nicht durch Vertragsärzte hätten erbracht werden dürfen. Ein Anspruch des Krankenhauses auf Vergütung der Operationsleistung wäre nur dann entfallen, wenn niedergelassene Vertragsärzte die Hauptleistung erbracht hätten.

Zum Vorbringen der Beklagten hinsichtlich des Nichtvorliegens der notwendigen Strukturmerkmale verwies das LSG darauf, dass hierzu keine medizinischen Ermittlungen einzuleiten sind.

Solche Erkenntnisse, die beispielsweise aus der Patientenakte erlangt werden könnten, unterlägen einem Beweisverwertungsverbot aufgrund der beklagten-seits versäumten Einleitung eines MDK-Prüfverfahrens gemäß § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

Es wird nun Ernst:

## § 2b UStG und seine Herausforderungen

*Steffen Döring*

**A**uch wenn Deutschland gerade mitten in der vierten Welle der Pandemie steckt, wird es nicht zu einer weiteren Verschiebung der ausnahmslosen Anwendung von § 2b UStG und der damit verbundenen Reform der Unternehmereigenschaft für alle juristischen Personen des öffentlichen Rechts kommen. Durch die bereits mit dem Jahressteuergesetz 2016 verbundene Einführung des

§ 2b UStG wurde die Verknüpfung von Körperschaft- und Umsatzsteuer durch die Streichung des Verweises in § 2 Abs. 3 UStG a.F. auf das KStG aus europarechtlichen Gründen aufgegeben. Betroffen davon sind auch alle Krankenhäuser und sonstige Gesundheitseinrichtungen, die als Anstalt bzw. Körperschaft des

öffentlichen Rechts oder als Stiftung öffentlichen Rechts verfasst sind, also vor allem Universitätsklinika und Einrichtungen von Gebietskörperschaften (Städte, Gemeinde und Landkreise), die nicht in einer privaten Rechtsform agieren.

Mit der Neuregelung müssen alle Tätigkeiten aus umsatzsteuerlicher Sicht gesondert gewürdigt und ggf. der Umsatzbesteuerung unterworfen werden. Es kommt für die Unternehmereigenschaft somit nicht mehr darauf an, ob bei der juristischen Person des öffentlichen Rechts ein - körperchaftsteuerlich relevanter - Betrieb gewerblicher Art besteht. Maßgeblich sind dann vielmehr die allgemein gültigen Grundsätze zur Unternehmereigenschaft

auch bei der öffentlichen Hand. Somit werden alle privatrechtlich ausgestalteten Leistungen bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen umsatzsteuerbar und, soweit keine Befreiungsvorschrift einschlägig ist, auch umsatzsteuerpflichtig.

Angesichts der damit einhergehenden Herausforderungen wurde die Übergangsfrist mehrfach verlängert. Zuletzt hat der Bundestag den bisherigen Übergangszeitraum bis zum 31.12.2020 durch das Corona-Steuerhilfegesetz um weitere zwei Jahre bis zum 31.12.2022 verlängert. Gleichwohl ist angesichts des anstehenden Umfangs der Arbeiten gerade für die Betroffenen, die sich bislang noch nicht mit voller Kraft damit aus-



einandersetzen konnten, keine Zeit mehr zu verlieren. Im Wesentlichen haben auch nahezu alle betroffenen Einrichtungen ein entsprechendes Projekt auf das Gleis gestellt und mit den Arbeiten zur Umsetzung des § 2b UStG begonnen. Vielfach wird jedoch der ursprüngliche Fahrplan nicht eingehalten und ein zufriedenstellender Abschluss des Umsetzungsprojekts liegt nur in einer vergleichsweise überschaubaren Anzahl von Fällen vor. Neben dem allgemeinen Personalmangel und den pandemiebedingten Belastungen sind die Verspätungen der Projektabschlüsse in verschiedenen Aspekten begründet:

- Die unterschiedlichen Zuständigkeiten in den Organisationseinheiten sowie ein unterschiedlich ausgeprägtes Problembewusstsein zu steuerlichen Fragen führen zu einer heterogenen Bearbeitungsqualität.
- Ein uneinheitlicher Reifegrad der Rückmeldungen einzelner Organisationseinheiten erfordern zeitaufwändige Nacharbeiten durch das Projektteam.
- Neue Verlautbarungen der Finanzbehörden erfordern eine laufende Überarbeitung des Ein-

nahmescreenings und Neueinschätzung des Unternehmerstatus.

- Der geringe Digitalisierungsgrad und unterschiedliche Softwarelösungen machen eine aufwändige manuelle Bearbeitung der Unterlagen erforderlich.

Bei der Priorisierung der Projekte ist ein relevanter Aspekt immer im Blick zu halten: Eine verspätete Umsetzung der gesetzlichen Neuregelung im Rahmen der erforderlichen Steuererklärungen kann erhebliche Steuernachzahlungen nebst Zinsen sowie unter Umständen auch straf- oder bußgeldrechtliche Konsequenzen für die Verantwortlichen nach sich ziehen. Ferner ist zu beachten, dass bei Eintritt in die Umsatzsteuerpflicht auch für bereits angeschaffte Vermögensgegenstände ein Vorsteuerabzug in Betracht kommt, soweit der Berichtigungszeitraum noch nicht abgelaufen ist. Um Zusatzbelastungen insbesondere bei Kooperationen mit anderen öffentlich-rechtlichen Einrichtungen zu vermeiden, müssen die Vertragsgrundlagen geändert und privatrechtliche Entgelte rechtzeitig auf Gebühren umgestellt werden.

Durch eine externe Begleitung können mit einem unvoreingenommenen Blick von außen in Verzug geratene Umsetzungsprojekte die erforderliche Beschleunigung erhalten. In einem ersten Schritt können im

Projektplan Lücken aufgedeckt, deren Ursachen analysiert und Lösungen erarbeitet werden. Ein auch mit entsprechenden Steuerexperten besetztes Projektmanagement sorgt für Transparenz, fungiert als Kontroll- bzw. Eskalationsinstanz und sorgt so für eine rechtzeitige Umsetzung der Aufgaben. Darüber hinaus bietet der Einsatz digitaler Lösungen enorme Effizienzgewinne und zeitliche Beschleunigungschancen. Kollaborative Tools bzw. Plattformen helfen, das Einnahmescreening in standardisierter Form schneller vorzunehmen. Informationen können so strukturiert und in einheitlicher Qualität erhoben und ausgewertet werden. Damit kann auch einerseits die interne Dokumentation als auch der externe Nachweis gegenüber der Finanzverwaltung sichergestellt werden.

Die Steuerabteilung verschafft sich einen laufenden Überblick über den aktuellen Bearbeitungsstand und kann punktuell einzelne Organisationseinheiten bei der Datenerhebung unterstützen und steuerliche Zweifelsfälle gezielt würdigen. Nicht zuletzt sollte ein bestehendes internes Kontrollsystem auf Aktualität geprüft und an die Herausforderungen angepasst werden, die mit der endgültigen Scharfschaltung von § 2b UStG zu meistern sind. Für Einrichtungen, die bislang noch kein sogenanntes Tax Compliance Management System (TCMS) eingeführt haben, ist dies auch ein ganz wichtiger Zeitpunkt, sich mit der Implementierung und der anschließenden Wirksamkeitsprüfung zu befassen.



Steffen Döring<sup>1</sup>

Foto: KPMG

<sup>1</sup>Steffen Döring, Rechtsanwalt, Steuerberater, FAfStR | Partner, Public Sector Tax | KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Klingelhöferstraße 18, 10785 Berlin | T +49 30 2068-3529 | F +49 01802 11992-9847 | steffendoering@kpmg.com | www.kpmg.de/socialmedia

## Neue Bücher



Die praxisnahe Kodierhilfe für den Alltag auf der Intensivstation. Dieses Kodierheft enthält circa 550 häufig verwendete Diagnosen und Prozeduren nach ICD-10 und OPS sortiert nach Themengebieten, inkl. der Neuerungen 2022. Der Schwerpunkt liegt auf dem Bereich Intensivmedizin (inkl. einem Überblick zu Beatmung und Komplexbehandlung). Außerdem enthält dieses Kodierheft häufige und wichtige Diagnosen und Prozeduren im

Bereich der Inneren Medizin. Das Heft ist in den Themengebieten nach Organen und alphabetisch sortiert. Zusätzlich finden sich kurz zusammengefasst allgemeine Kodierhinweise und SOFA-Score.

Dr. med. Christoph Spaeth/Claudia Tittel: Kodierhilfe Intensivmedizin 2022 – ICD-10 und OPS. medhochzwei Verlag, 2022. Softcover, 8. Auflage, ISBN: 978-3-86216-880-4, 41 Seiten. Preis: 12,99€, Staffelpreise ab einer Abnahme von 10 Stück.

Infos: <https://www.medhochzwei-verlag.de/Shop/ProduktDetail/Kodierhilfe-Intensivmedizin-2022-978-3-86216-880-4>

## Impressum

### Klinik Markt inside

**Herausgeber:** Dr. Uwe K. Preusker

**Herausgeberbeirat:** Dr. Daisy Hünefeld; Alexander Schmidtke; Prof. Dr. Christian Schmidt; Prof. Dr. Bernd Halbe

**V.i.S.d.P.:** Julia Rondot

### Chefredakteur und Redaktion:

Sven C. Preusker | [kmi-redaktion@medhochzwei-verlag.de](mailto:kmi-redaktion@medhochzwei-verlag.de) | [www.klinikmarktinside.de](http://www.klinikmarktinside.de)  
Tel. + 49 6221 91 49 6-15

**Verlag:** medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg  
[www.medhochzwei-verlag.de](http://www.medhochzwei-verlag.de)

**Bezugsbedingungen:** Klinik Markt inside erscheint mit 24 Ausgaben pro Jahr, Abonnement jährl. 679,00 Euro inkl. Versandkosten. Als elektronische Ausgabe ohne Print für jährl. 578,00 Euro. Weitere Informationen unter [www.klinikmarkt-inside.de](http://www.klinikmarkt-inside.de). Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 6 Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wird.

**Vertrieb:** medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Straße 42/1, 69115 Heidelberg, Tel. +49 6221 91 49 6-15, Fax +49 6221 91 49 6-20, [sabine.hornig@medhochzwei-verlag.de](mailto:sabine.hornig@medhochzwei-verlag.de)  
Vervielfältigung nur nach Absprache mit dem Verlag.

## Termine

**Neuer Termin! 25.-26.01.2022**  
jetzt 19.-20.05.2022, Berlin und digital: BMC-Kongress 2022;  
Infos: <https://www.bmcev.de/event/bmc-kongress-2022/>

**Neuer Termin! 26.-27.01.2022**  
jetzt 24.-25.05.2022, Münster:  
Gesundheitswirtschaft managen – 9. Best-Practice-Konferenz;  
Infos: <http://www.gesundheitswirtschaft-managen.de>

16.02.2022, Wiesbaden/online:  
4. Kongress Zukunft Gesundheit;  
Infos: <https://www.kongress-zukunftgesundheit.de/index.html>

**Neuer Termin! 16.-17.02.2022** jetzt 01.-02.03.2022, Düsseldorf: **Entscheider-Event – Digitalisierungsgipfel der Gesundheitswirtschaft;**  
Programm und Anmeldung: <https://entscheiderfabrik.com/2022-entscheiderfabrik-16-jahre-digitalisierung-der-deutsch-sprachigen-gesundheitswirtschaft>

**Neuer Termin! 16.-17.03.2022,**  
jetzt 06.-07.09.2022, Berlin: 17. Kongress für Gesundheitsnetzwerker – Versorgung der Zukunft: Wie viel digital ist gesund?;  
Infos: <https://www.gesundheitsnetzwerker.de>

**Neuer Termin! 30.-31.03.2022,**  
jetzt 03.-04.05.2022, Köln: **Gesundheitskongress des Westens – Lasst uns nachhaltige Strukturen schaffen!;**  
Infos: <https://www.gesundheitskongress-des-westens.de>

09.-12.04.2022, Himmelpfort bei Berlin: **NextHealth Business Retreat;**  
Infos: <https://www.nexthealth.de/business-retreat/>

28.04.2022, Heidelberg:  
5. Heidelberger Forum Gesundheitsversorgung 2022;  
Infos: <https://heidelberger-forum-gesundheitsversorgung.de>

## Video-Tipp

### Stefan Günther und Ramon Krüger über das Praxishandbuch zur PPP-RL



Stefan Günther und Ramon Krüger, Herausgeber des „Praxishandbuchs zur Personalausstattung Psychotherapie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)“, sprechen im Interview unter

anderem über die Erfahrungen bei der Umstellung auf die Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik seit Anfang 2020 und über die größten Herausforderungen dabei. Das Video-Interview können Sie unter <https://www.medhochzwei-verlag.de/Video/Details/110103> sehen.

Aktuell ist außerdem die Aufzeichnung des Online-Seminars „PPP-RL – Praxisorientierter Überblick und Nachweisführung 2022“ der beiden Autoren erhältlich, sie kostet 268,00 Euro und kann unter <https://www.medhochzwei-online-akademie.de/ppp-rl-praxisorientierter-ueberblick-und-nachweisfuhrung-2022> erworben werden.

**Die nächste Ausgabe erscheint am 21.02.2022**