

Editorial

Kommt die Corona-Lernkurve?



Corona ist noch längst nicht Geschichte – das zeigen aktuell die Geschehnisse im Kreis Gütersloh. Geschichte ist

aber die einheitliche „Bettenfreihaltungspauschale“ von 560 Euro. An ihre Stelle treten Anfang Juli – richtigerweise – differenzierte Pauschalen. Doch war diese flächendeckende Pauschale überhaupt notwendig? Oder besser gefragt: War der „Lockdown“ der gesamten elektiven Behandlung in allen Krankenhäusern sinnvoll und notwendig?

Tatsächlich hat sich die Behandlung von COVID-19-Patienten auf solche Krankenhäuser konzentriert, die dazu umfassend in der Lage waren. In Hamburg waren dies zum Beispiel nur rund die Hälfte aller Kliniken; in Flächenländern mit vielen kleinen Krankenhäusern lag die Quote der COVID-19-Kliniken sicherlich nochmals niedriger. Und es gibt eine hohe Übereinstimmung dieser Kliniken mit denen, die nach den Plänen zur Reform der Notfallbehandlung in der höchsten Notfallstufe eingeordnet werden sollten.

Und noch eine Lehre ist zu ziehen: Digitalisierung ist das A und O für die Vorsorge für zukünftige Pandemien oder andere Notlagen – und dies nicht nur für Informationen über die Belegung von Intensivbetten! Das Fax war einmal eine tolle Erfindung. Doch so richtig zeitgemäß ist es nicht mehr!

Uwe K. Preusker

Der „Wumms“ und die Krankenhäuser:

Mehrwertsteuersenkung mit Herausforderungen

Thomas Röglin

Nach zwei Tagen Verhandlung wurde er nächtens verkündet: der „Wumms“ aus Berlin. Punkt eins des „Konjunkturpaketes COVID-19“: eine zeitlich begrenzte Senkung der Mehrwertsteuersätze. Der Regelsteuersatz soll dabei von 19 Prozent auf 16 Prozent und der ermäßigte Mehrwertsteuersatz von sieben Prozent auf fünf Prozent gesenkt werden. Die Maßnahme ist befristet vom 1. Juli 2020 bis zum 31. Dezember 2020 vorgesehen. Die gesetzliche Normierung steht noch aus. Geplant ist, dass Bundestag und Bundesrat in Sondersitzungen am 29. Juni über die

Absenkung der Umsatzsteuersätze entscheiden.

Auch wenn sich im ersten Moment so mancher verduzt umschaute, fragte sich schnell der erste Krankenhausleiter, wann genau welche Lieferung und Leistung günstiger würde und wann er wieviel sparen könne. Aber schon bei diesen Fragen zeigt sich, dass die technischen Herausforderungen im Detail liegen.

Leistungsbezug

Zunächst ist festzustellen, dass die Vorfriede manches Cont-

In dieser Ausgabe

Der „Wumms“ und die Krankenhäuser:
Mehrwertsteuersenkung mit Herausforderungen 1-3

Köpfe..... 3

„Krankenhaus Rating Report 2020“:
Noch mehr defizitäre Kliniken ohne Reformen 4-8

Krankenhäuser wollen IT-Investitionen vorziehen:

Coronavirus beschleunigt Digitalisierung in Kliniken 8-10

Video ohne Effekt für Notaufnahme –
Weltweit erste Operationen mit Kopfnicken nun auch in deutscher Klinik 10-11

Kliniken können sich bis zum 6. August beteiligen

Infektionsrisiko senken: Entwurf zur ersten Norm für die Krankenhausreinigung 12-13

Bessere Information für behandelnde Ärzte:

Intensiv- und Notfallmediziner entwickeln neuen Anamnesebogen bei Verdacht auf COVID-19 13-14

Bundesverwaltungsgericht:

Kooperation mit anderem Krankenhaus kann Leistungsfähigkeit belegen 14-15

Markt-Infos 15

Bücher/Termine/Interview-Tipp/ Impressum 16

rollers oder Einkäufers auf eine Ersparnis dem Grunde nach durchaus berechtigt ist. Da im Geschäftsverkehr Netto-Preis-Verbindungen üblich sind, wird der Leistungserbringer die Umsatzsteuer mit dem jeweils gültigen Steuersatz hinzurechnen. Da Krankenhäuser überwiegend umsatzsteuerfreie Leistungen ausführen, ist bei ihnen die Erstattung dieser Steuer als Vorsteuerabzug nicht möglich. Somit wirkt sich eine Minderung der Mehrwertsteuer um drei bzw. zwei Prozentpunkte direkt aus.

Zu beachten ist hierbei, dass es weder auf den Zeitpunkt der Bestellung noch auf das Vorliegen der Rechnung ankommt. Maßgeblich ist das Datum der Ausführung des jeweiligen Umsatzes. Für Lieferungen ist dies regelmäßig der Zeitpunkt des Übergangs der Verfügungsmacht. Bei Versendung der Ware gilt die Lieferung mit Beginn der Beförderung bzw. Versendung als erbracht. Anzahlungen oder Vorauszahlungen spielen für die Anwendung des jeweiligen Steuersatzes ebenfalls keine Rolle. So kann es durchaus sein, dass für Leistungsbezüge, für die unterjährige Abschlagszahlungen geleistet werden (Strom, Gas, Wasser), mit der Jahresendrechnung eine Anpassung der Um-

satzsteuer erfolgt. Wurden langfristige Verträge mehr als vier Monate vor Eintritt der Rechtsänderung abgeschlossen (also spätestens am 29. Februar 2020), kann von dem Unternehmer ein Ausgleich der Umsatzsteuer gefordert werden, der auf die Differenz zwischen sieben Prozent und fünf Prozent entfällt.

Thomas Röglin¹

Foto: PwC

Besondere Bedeutung kommt auch den Leistungsbezügen aus dem Ausland zu, da hier die Umsatzsteuer in der Regel im „Reverse-Charge-Verfahren“ vom Leistungsempfänger – mit dem richtigen Steuersatz – anzumelden ist.

Leistungserbringung

Auch wenn Krankenhäuser überwiegend umsatzsteuerfreie Leistungen erbringen, so sind sie dennoch von den Änderungen mit den steuerpflichtigen Leistungen betroffen. Bei gemeinsamen Einrichtungen sind dies regelmäßig die Leistungen im wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb und ggf. in der Vermögensverwaltung (z.B. Überlassung Telefon/Fernseher, Vermietungen, Medikamentenverkäufe an andere Einrichtungen und Mitarbeiter).

Auch hierbei ist für die Anwendung des jeweils richtigen Steuersatzes auf die Ausführung der Leistung abzustellen. Während diese bei Lieferungen zumeist

noch recht leicht feststellbar ist, dürften sich hier die größeren Herausforderungen insbesondere bei der Ausführung von sonstigen Leistungen ergeben. Diese gelten im Zeitpunkt ihrer Vollendung als erbracht. Gegebenenfalls führen bereits Teilleistungen zu einer Entstehung der Umsatzsteuer. Hierfür maßgeblich ist deren wirtschaftlich sinnvolle Abgrenzbarkeit und Vereinbarung. So werden bei Vermietungen regelmäßig monatliche Teilleistungen erbracht. Schwieriger können bei Dienstleistungen oder Drittmittelprojekten (z.B. Anwendungsbeobachtungen) die Abgrenzungen zwischen Teilleistungen und Teilzahlungen mit unterschiedlichen Auswirkungen zur Anwendung des Steuersatzes sein.

Eine weitere Besonderheit besteht bei der Abgabe von Speisen und Getränken, z.B. in einer Cafeteria. Hier greift die bereits mit dem sog. Corona-Steuerhilfegesetz beschlossene Regelung zur Anwendung des ermäßigten Umsatzsteuersatzes für Restaurant- und Verpflegungsdienstleistungen. Dieser findet für im Zeitraum vom 1. Juli 2020 bis zum 30. Juni 2021 getätigte Umsätze Anwendung, die den Verkauf von „verzehrfertig zubereiteten Speisen“ betreffen (§ 12 Absatz 2 neu eingefügte Nummer 15 UStG). Somit ist für diese Leistungen vom 1. Juli 2020 bis zum 31. Dezember 2020 der Steuersatz von fünf Prozent und vom 1. Januar 2021 bis zum 30. Juni 2021 der Steuersatz von sieben Prozent anzuwenden. Die Abgabe von Getränken bleibt von der Ermäßigung ausgenommen.

¹Thomas Röglin | PwC | Steuerberater | Senior Manager | Prokurist | Phone: +493419856112 | Mobile: +4915116123671 | Email: thomas.roeglin@de.pwc.com | PricewaterhouseCoopers GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft | Käthe-Kollwitz-Straße 21, 04109 Leipzig | www.pwc.de

Technische Anpassungen

Neben den Fragen zur Anwendung des jeweils richtigen Steuersatzes macht die temporäre Senkung der Mehrwertsteuersätze auch technische Anpassungen bei den Unternehmen, auch im Gesundheitsbereich, erforderlich. So sind insbesondere die Einstellungen in ERP-Systemen (Enterprise Resource Planning) und Kassensystemen zu ändern, neue Steuerkennzeichen zu implementieren und die Layouts der Rechnungen auf die neuen Steuersätze anzupassen.

Fazit

Die temporäre Senkung der Mehrwertsteuersätze kann für Krankenhäuser und andere Ein-

richtungen des Gesundheitswesens durchaus Ersparnisse im Leistungsbezug bringen. Allerdings erfordert sie auch einen erheblichen Verwaltungsaufwand. So ergeben sich weitreichende Fragestellungen zur Steuerentstehung, u.a. nach dem maßgeblichen Leistungszeitpunkt, um den zutreffenden Steuersatz bestimmen zu können. Dies gilt insbesondere auch für Leistungsbezüge aus dem Ausland bei der Anwendung des „Reverse-Charge-Verfahrens“. Bei der Ausführung steuerpflichtiger Leistungen ergeben sich besondere Herausforderungen für Anzahlungen, Vorauszahlungen, Teilleistungen und Dauerleistungen. Zudem sind zur Umsetzung letztlich umfassende technische Anpassungen erforderlich.

Eine Hilfestellung bietet hierbei ein bisher im Entwurf vorliegendes Schreiben des Bundesministeriums der Finanzen (BMF) mit letztem Stand vom 23. Juni (https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Downloads/BMF_Schreiben/Steuerarten/Umsatzsteuer/2020-06-23-befristete-Senkung-umsatzsteuer-juli-2020-erste-aktualisierung.pdf?__blob=publicationFile&v=2). Das begleitende BMF-Schreiben zur befristeten Absenkung des allgemeinen und ermäßigten Umsatzsteuersatzes zum 1. Juli 2020 soll zusammen mit der gesetzlichen Verankerung der Regelungen am 30. Juni veröffentlicht werden.

Köpfe

Marx neue Medizinische Regionalgeschäftsführerin der Helios Region Ost

Dr. med. Christine Marx, MBA, ist neue Medizinische Regionalgeschäftsführerin der Helios Region Ost. Diese umfasst 17 Kliniken und 45 Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in den Bundesländern Berlin, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt. Marx arbeitet gemeinsam mit dem Regionalgeschäftsführer Prof. Dr. Sebastian Heumüller. Sie studierte Humanmedizin an der TU Dresden und der Harvard Medical School in Boston, USA. 2011 schloss sie ein Masterstudium im Bereich Health Care Management an der TU Dresden mit einem MBA ab. Marx arbeitete zehn Jahre lang in der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie am Universitätsklinikum Dresden, bevor sie 2017 als Leitende Oberärztin der neurologischen Frührehabilitation an die VAMED Klinik Schloss Pulsnitz wechselte.

(scp)

Eger neue Pflegedienstleitung der Orthopädischen Klinik Lindenlohe

Die Asklepios Orthopädische Klinik Lindenlohe hat eine neue Pflegedienstleitung. Katrin Eger folgt Jürgen Lang nach, der auf eigenen Wunsch den beruflichen Weg einer Hygienefachkraft einschlägt. In den Verantwortungsreich von Eger fällt der Pflegedienst mit insgesamt 120

Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in den vier Stationen der Klinik sowie in den Abteilungen Notaufnahme, OP, Anästhesie und Intermediate Care.

Egner war zuletzt an der Klinik Barmherzige Brüder in Regensburg tätig. Sie studierte an der VWA Ostbayern Gesundheitsökonomie und schloss ein Fernstudium mit einem Bachelor of Art in Business Administration ab.

(scp)

Renziehausen neuer Direktor in Hildburghausen

Wechsel an der Spitze der Krankenhausdirektion am Regiomed-Klinikum in Hildburghausen: Michael Renziehausen hat am 23. Juni mit sofortiger Wirkung die Leitung der Direktion von Christian Grüßing übernommen. Dieser wechselt verbundintern in den Bereich des Bauwesens. Renziehausen leitet bereits die thüringischen Medinos-Einrichtungen in Sonneberg und Neuhaus am Rennweg. Hauptgeschäftsführer Alexander Schmidtke steht der internen Umstrukturierung positiv gegenüber: „Mit Michael Renziehausen haben wir einen jungen und dynamischen Krankenhausdirektor in den eigenen Reihen, der die Prozesse und Strukturen in unserem Klinikverbund bereits versteht. Dies wird gerade auch im Klinikum Hildburghausen bei dessen Reorganisation benötigt, um es zukunftssicher aufzustellen.“

(scp)

„Krankenhaus Rating Report 2020“:

Noch mehr defizitäre Kliniken ohne Reformen

René Adler

Weniger stationäre Fälle bei weiterhin zu geringen Investitionsmitteln der Bundesländer haben die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser im Jahr 2018 erneut verschlechtert. Jedes achte lag im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr, auch die Erträge sind gesunken. Das sind Kernergebnisse des „Krankenhaus Rating Report 2020“. Dessen Autoren sind überzeugt, dass sich die Lage ohne Reformen weiter verschärfen wird.

Die 16. Auflage des im medhochzwei Verlag erschienenen Reports stellten Prof. Boris Augurzky, Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit im RWI – Leibniz-

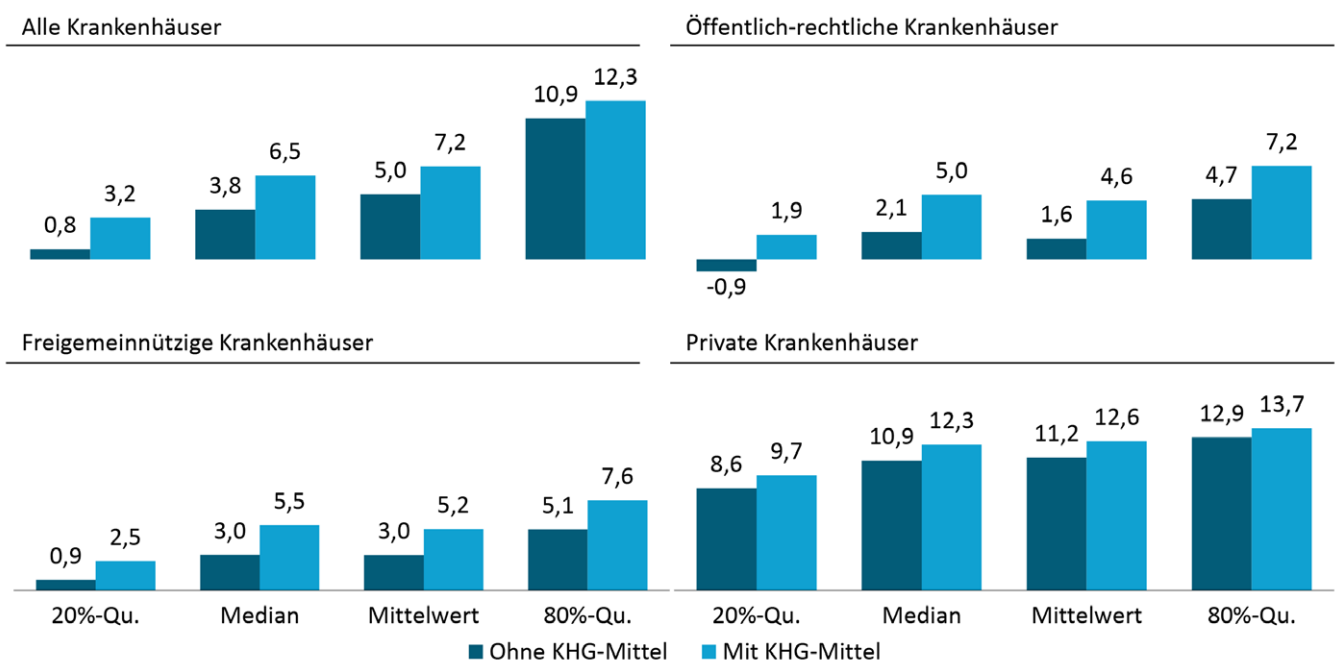
Institut für Wirtschaftsforschung, und Dr. Sebastian Krolop, Global Chief Operating & Strategy Officer bei HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society) diesmal virtuell bei „Hauptstadtkongress Digital“ vor. Datengrundlage sind 515 Jahresabschlüsse von Kliniken aus dem Jahr 2017 und 525 von 2018. Sie umfassen 942 Häuser mit einem am Umsatz gemessenen Marktanteil von 71 Prozent.

Erneuter Rückgang der stationären Fälle

Die Zahl der Kliniken im „roten Bereich“ stieg von elf auf 13 Prozent, 64 Prozent befanden sich

im „grünen Bereich“, 23 Prozent im gelben. Die Ertragslage hat sich ebenfalls verschlechtert: 29 Prozent der Häuser schrieben auf Konzernebene einen Jahresverlust, 2017 waren es 27 Prozent. Ausschlaggebend für die schlechtere wirtschaftliche Situation dürfte laut Report u.a. der erneute Rückgang der stationären Fallzahl im Jahr 2018 um 0,1 Prozent gewesen sein. Gründe hierfür könnten der zunehmende Fachkräftemangel und intensivere Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sein. Für 2019 rechnen die Experten mit einer weiteren Reduktion der stationären Fallzahl.

Ertragslage der Krankenhäuser: EBITDA-Marge 2018; in %



So hat sich die EBITDA-Marge nach Trägerformen im Jahr 2018 dargestellt.

Quelle: RWI / hcb

30.06.2020, 15:30 bis 16:30 Uhr

Digitaler Live-KMi-Talk [2020]

Welche Krankenhaus-Reform kommt nach Corona – Mehr Spezialisierung, mehr Qualität, mehr Vorhaltung, mehr intersektoral?

Impulsvortrag:

Dr. Christian Heitmann, Leiter des Geschäftsbereiches Unternehmensberatung, curacon

Anschließende Podiumsdiskussion:

Prof. Dr. Andreas Beivers, Professor und Studiendekan für Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fresenius

Dr. Nils Brüggemann, Mitglied des Vorstandes, Franziskus Stiftung, Münster

Dr. Christian Heitmann, Leiter des Geschäftsbereiches Unternehmensberatung, curacon

Barbara Schulte, Geschäftsführung Finanzen und Infrastruktur, KRH Klinikum Region Hannover

Moderation:

Dr. Uwe K. Preusker, Herausgeber Klinik Markt inside

Hat die Corona-Pandemie eine grundlegende **Reform des Krankenhaussektors** überflüssig gemacht oder gar gezeigt, dass ein solcher Schritt kontraproduktiv wäre? Von vielen Seiten – aus der Politik, von Gesundheitsökonomien, aber auch von Krankenhaus- und Kassen-Seite hört man eher das Gegenteil: Die Reform kommt in jedem Fall – allerdings erst nach der Bundestagswahl im Herbst 2021, und der Inhalt wird wohl zumindest in Teilen anders aussehen als bisher meist erwartet. Sie kommt schon deshalb, weil mittlerweile klar absehbar ist, dass die finanziellen Spielräume nach Auslaufen der aktuellen **Rettungs- und Konjunkturstützungs-Maßnahmen** massiv enger werden.

Die Diskussion darüber, welche Reform dann sinnvoll wäre, hat jedoch bereits begonnen. Dabei zeichnet sich ab, dass in Zukunft mehr Gewicht auf die **Vorsorge für mögliche Krisensituationen** wie die aktuelle Corona-Pandemie gelegt werden wird. Was das allerdings konkret bedeutet, ist heftig umstritten. Angesichts des aktuell hohen finanziellen Engagements des Bundes im Klinik-Bereich wird auch schon die Frage gestellt, ob dies nicht auch zukünftig ein Ansatz für die Lösung der Investitionskosten-Problematik sein könnte. Und nach wie vor stehen Themen wie mehr Spezialisierung und Konzentration zur **Verbesserung der Versorgungsqualität** bei gleichzeitiger Gewährleistung der Erreichbarkeit sowie neue ambulant-stationäre Mischformen zur Gewährleistung der Versorgung in ländlichen, dünn besiedelten Regionen im Zentrum der Diskussion.

Um all diese Fragen geht es beim diesjährigen KMi-Talk digital: Gemeinsam mit PraktikerInnen aus dem **Krankenhaus-Management** wollen wir diskutieren, was denn notwendige Bestandteile einer solchen Reform sein sollten. Auch Sie können sich aktiv am Gespräch beteiligen und Ihre Fragen stellen.

Veranstalter:



Anmeldung und Kontakt:

06221 91 49 60 | info@medhochzwei-verlag.de | www.medhochzwei-online-akademie.de

BEIVERS



BRÜGGEMANN



HEITMANN



SCHULTE



PREUSKER



Jetzt kostenlos
registrieren!

Große Krankenhäuser haben typischerweise ein besseres Rating als kleine, ein hoher Grad an Spezialisierung beeinflusst das Abschneiden und die Patientenzufriedenheit positiv. Letztere zur ärztlichen und pflegerischen Versorgung sowie der Frage nach einer Weiterempfehlung wurde zum ersten Mal für den Report ermittelt. Die Zufriedenheitswerte fallen hoch aus, am besten sind sie in Ostdeutschland, gefolgt vom Süden. Freigemeinnützige Träger schneiden bei der pflegerischen Betreuung besser ab als öffentlich-rechtliche und private und punkten auch bei der Weiterempfehlung. Bei der Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung gibt es keine Unterschiede zwischen den Trägern.

Ländlichkeit schützt nicht vor Erfolg

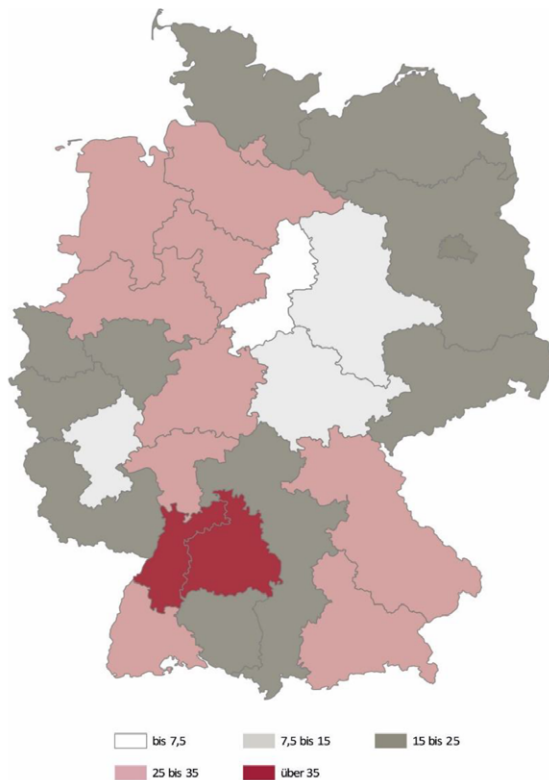
Die Ländlichkeit der Kliniken ist laut Studie weder für das Rating noch die Ertragslage bedeutsam. Ein weiteres Ergebnis aus dem Stadt-Land-Vergleich: In städtisch geprägten Gebieten fällt die Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung besser, mit der pflegerischen Betreuung dagegen schlechter aus. Das könne daran liegen, dass ländliche Gebiete größere Schwierigkeiten hätten, ärztliche Fachkräfte zu akquirieren, wohingegen städtische eher Probleme bei der Rekrutierung von pflegerischem Personal hätten, schreiben die Autoren. Auffällig sei, dass kleinere Häuser bessere Werte erzielten als große.

Das gelte auch für Kliniken mit einem höheren Spezialisierungsgrad.

Bei Fortschreibung des Status quo, eines steigenden Orientierungswertes und eines stärkeren Wachstums der Löhne, würde laut Report der Anteil der Kliniken im „grünen Bereich“ von 64 Prozent bis 2025 auf 54 Prozent sinken. Eine vorübergehende wirtschaftliche Erholung in im laufenden Jahr durch Stützungsmaßnahmen aus dem COVID-19-Gesetz werde bereits 2021 voraussichtlich größtenteils wieder wegfallen, sodass spätestens 2022 wieder das „Normalniveau“ erreicht werde. Für einzelne Häuser könne der Effekt jedoch sehr unterschiedlich ausfallen.

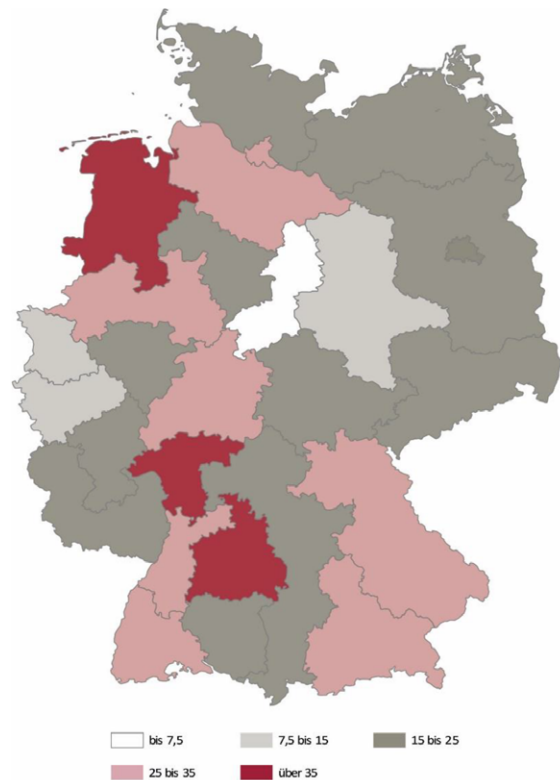
Anteil gefährdeter Krankenhäuser nach Regionen

2017; Anteil in %



Anteil gefährdeter Krankenhäuser nach Regionen

2018; Anteil in %



Anmerkung: Anteil gefährdet = Anteil im roten Bereich zzgl. 50% des Anteils im gelben Bereich.
Regional ist die ökonomische Lage der Kliniken sehr unterschiedlich.

Quelle: RWI / hcb

Viele elektive Fälle werden nicht nachgeholt

Denn mancherorts werde die Lage durch die Pandemie verschärft. Wegen der Verschiebung nicht zwingend notwendiger Eingriffe sei ein einmaliger Rückgang von mindestens sechs bis zu zehn Prozent zu erwarten, sagte Augurzky. Nur die Hälfte der verschobenen Eingriffe würden wahrscheinlich in diesem und ein „sehr kleiner Teil“ im nächsten Jahr nachgeholt werden.

Laut Analyse lag die durchschnittliche Insolvenzwahrscheinlichkeit der Krankenhäuser 2018 bei knapp zwei Prozent. In den beiden Vorjahren habe sie 1,4 Prozent beziehungsweise „niedrige“ 0,6 Prozent betragen.

Regional betrachtet liegen Baden-Württemberg, Hessen und Bayern auf den hintersten Plätzen

des Rankings, der Osten schneidet weiter signifikant besser ab als die alten Bundesländer. „Die Lage im Osten ist besser, weil sie immer noch davon profitieren, viel investiert zu haben“, erläuterte Augurzky. „Zudem haben sie weniger, aber größere Krankenhäuser.“

Die Krankenhausstrukturen hätten sich dynamisch weiterentwickelt. Viele Landkreise befassten sich intensiv mit der Frage, wie sie eine nachhaltig stabile Struktur schaffen und dabei die Grundversorgung gewährleisten könnten. Vielfach würden im Zentrum einer Region eine leistungsfähige moderne Medizin mit hoher Qualität angeboten und gleichzeitig die Peripherie durch solide ambulante und telemedizinische Angebote an das Zentrum ange-dockt. Gleichwohl zeige eine Sonderanalyse, dass schätzungsweise 40 Prozent der Landkreise instabi-

le Klinikstrukturen aufwiesen und in den kommenden Jahren Handlungsbedarf hätten.

300 Krankenhäuser weniger bis 2030?

Die Krankenhäuser sollten „Lust auf Ambulantisierung bekommen“, verlangte Augurzky. Er gehe davon aus, dass bis zum Jahr 2030 knapp 300 Kliniken vom Markt verschwunden seien. Noch wichtiger sei aber die Frage, was Krankenhäuser in Zukunft leisten sollen. Denkbar sei, dass sich viele kleinere Kliniken zu „Versorgungszentren“ entwickelten: „Stationär ist ein Teil davon.“ Für viele junge Fachärzte seien derartige Zentren attraktiv.

„Die Kliniken bräuchten mehr als das Doppelte“

Die Fördermittel nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) beliefen sich im Jahr 2018 bei 3,04 Milliarden Euro. Gegenüber dem Vorjahr lagen sie damit um ein Prozent, gegenüber 2016 um 7,4 Prozent höher. Im langfristigen Trend seien sie aber zurückgegangen. Bezogen auf den Umsatz machten Fördermittel im Jahr 2018 nur 3,4 Prozent aus – 1991 waren es noch rund zehn Prozent. Zum Erhalt der Unternehmenssubstanz sollten laut Report jährlich sieben bis acht Prozent des Umsatzes in Investitionen fließen. Krankenhäuser schlossen diese Lücke zum Teil aus eigener Kraft, was ihnen in jüngster Zeit aufgrund ihrer schwierigeren Ertragslage immer schlechter gelinge. Besonders freigemeinnützige Träger hätten ein geringes Sachanlagevermögen. Augurzky bilanzierte zur Investitionslücke

Jetzt erhältlich:



Der wirtschaftliche Abwärtstrend bei Krankenhäusern hält weiter an. Die Zahl der Insolvenzen nimmt weiter zu und die Unsicherheit steigt – sowohl aufgrund vieler neuer Gesetze als auch durch Unvorhergesehenes wie die Corona-Krise –, die nicht nur die Planbarkeit der Patientenversorgung einschränkt, sondern auch wichtige Lieferketten destabilisiert. Erschwerend dabei ist die weiter anhaltende Knappheit an geeignetem Fachpersonal, insbesondere in der Pflege, die regelmäßig zu vorübergehenden Stationsschließungen führt.

Augurzky/Krolop/Pilny/Schmidt/Wuckel: Krankenhaus Rating Report 2020 – Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt. medhochzwei Verlag, 1. Auflage 2020. ISBN: 978-3-86216-628-2. 236 Seiten. Preis: 349,99 € (Buch inkl. eBook). Softcover mit eBook Code (epub) inside. Infos: <https://www.medhochzwei-verlag.de/Shop/ProduktDetail/krankenhaus-rating-report-2020-978-3-86216-628-2>

aus Sicht der Kliniken: „Die Länder zahlen 3,1 Milliarden Euro, wir bräuchten aber sieben Milliarden, also mehr als das Doppelte.“

Die Ambulantisierung werde sich beschleunigen. Dazu dürften neben Fortschritten in der Medizin die mit dem MDK-Reformgesetz initiierte Überarbeitung des Katalogs „ambulantes Operieren“ und künftig mögliche sektorenübergreifende Vergütungsmodelle beitragen. Weil die Arbeitsplatzsicherheit im Gesundheitswesen im

Vergleich zu anderen Wirtschaftszweigen während und nach der COVID-19-Pandemie steigen dürfe, könnte sich der Personalmangel im Krankenhausbereich mittelfristig vorübergehend entschärfen. Langfristig blieben die mit dem rückläufigen Nachwuchs verbundenen Herausforderungen bestehen.

Neustart des SGB V gefordert

Das Sozialgesetzbuch V hat nach Ansicht der Autoren über die

vergangenen drei Jahrzehnte erheblich Staub angesetzt. Das Paragrafenwerk sei „stark institutionenbezogen aufgebaut“ und enthalte inzwischen zahlreiche Detailregulierungen, schreiben sie. Eine Neuformulierung des SGB V sei eine Mammutaufgabe. Sie gehöre zu den großen Visionen der 2020er-Jahre und solle spätestens im Jahr 2030 abgeschlossen sein.

Krankenhäuser wollen IT-Investitionen vorziehen:

Coronavirus beschleunigt Digitalisierung in Kliniken

René Adler

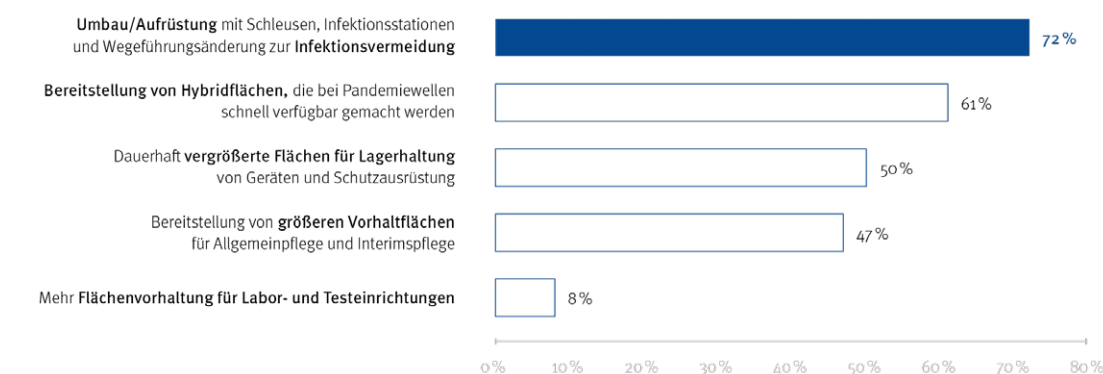
Bei der Digitalisierung schneiden deutsche Krankenhäuser in internationalen Vergleichen regelmäßig schlecht ab. Das könnte sich infolge der Pandemie ändern. Kliniken wollen nach Corona stärker in digitale Prozesse investieren, geht aus einer Umfrage hervor. Der Bundesverband Gesundheits-IT fordert umfassende Investi-

tionen in die Digitalisierung. In der Pandemie werde an vielen Beispielen deutlich, wie digitale Anwendungen unser Gesundheitssystem unterstützen könnten.

Das Beratungsunternehmen Drees & Sommer hat nach eigenen Angaben in einer Blitzumfrage 36 Experten aus Klinik-

verbunden und medizinischen Einrichtungen zu dem Thema befragt. Demnach gaben 53 Prozent an, dass die bisherige Digitalisierungsstrategie ihres Hauses nachgeschärft werden müsse, um etwa smarte Diagnosegeräte und Telemedizin ausreichend berücksichtigen zu können. 42 Prozent erklärten zudem, Investitionen in die IT im Vergleich zu ihrer bisherigen Planung vorziehen zu wollen. Mehr als jeder dritte Befragte strebt mit digitalem Management angepasste Betriebsprozesse und Abläufe für eine schnelle und durchgängige Datenerfassung und Analytik an.

WIE WIRKT SICH DIE CORONA-PANDEMIE AUF DEN FLÄCHENBEDARF UND DIE FLEXIBILITÄT IN DEN KLINIKEN AUS?



Infrastrukturell planen viele Krankenhäuser Änderungen.

Quelle: Drees & Sommer

Zielmarke: Fünf Prozent der Gesamtinvestitionen

„Digitalisierung ist natürlich nicht umsonst zu haben, rechnet sich aber für die Kliniken“, betonte Frank Reuther, Partner bei Drees & Sommer. „Im Schnitt reden wir von rund fünf Prozent der Gesamtinvestitionen pro Haus. Gerade bei Klinikbetrieben, die in den roten Zahlen stehen, tun sich die Betreiber mit Investitionen oft schwer. Dabei können digitale Lösungen, klug kombiniert und miteinander vernetzt, Abläufe und Diagnosefindungen entscheidend verbessern. Das führt nicht nur zu mehr Patientensicherheit, sondern trägt auch zur wirtschaftlichen Gesundung bei.“

Beispielsweise könnten digitale Technologien in Operationssälen die Luftsteuerung übernehmen und die Patientensicherheit durch Keimfreiheit erhöhen. Insgesamt ermögliche die Digitalisierung eine Ablaufoptimierung. So könne schneller agiert und durch Kontaktvermeidung insbesondere für das Personal der Infektionsschutz sichergestellt werden. Um derartige Potenziale zu heben, halten es 42 Prozent der Befragten für sinnvoll, IT-Investitionen und moderne Medizintechnik jetzt zu tätigen.

Bauliche Veränderungen

Aber nicht nur digital wollen sich viele Krankenhäuser anders aufstellen. 72 Prozent der Befragten erklärten, zu den Auswirkungen der Pandemie zähle ein Umbau oder eine Aufrüstung ihrer Klinik mit Schleusen, Infektionsstationen und Wegeführungsänderung zur Infektionsvermeidung.

61 Prozent wollen Hybridflächen bereitstellen, die schnell verfügbar gemacht werden können. 50 Prozent gaben an, dauerhaft vergrößerte Flächen für die Lagerhaltung von Geräten und Schutzausrüstung reservieren zu wollen.

„Um das steigende Patientenaufkommen in den Griff zu bekommen und gleichzeitig die Behandlungsqualität trotz Personalmangel sicherzustellen, können eine ganze Reihe baulich-funktionale Lösungen zum Einsatz kommen“, verdeutlichte Prof. Christian K. Lackner, Mediziner und Director der Healthcare Division. „Dabei gilt: Prozesse, Menschen und Räumlichkeit sind die drei erfolgskritischen Größen, die immer zusammengehören. Im Fall einer Pandemie wie Corona müssen beispielsweise frühzeitig Wege getrennt, Behandlungsflächen eingerichtet und ressourcensparend digital vernetzt werden.“

Weitere Konsequenzen der Pandemie

Eine höhere Vorhaltung von Material und medizinischen Geräten sehen mehr als zwei Drittel der Befragten für notwendig an. Fast gleichauf liegt der Wunsch nach einer „Klinik-Plattform“, etwa um dringend benötigtes Material schneller austauschen zu können. Um einer drohenden Überforderung bei Pandemiewellen entgegenzuwirken, plädieren 39 Prozent außerdem für mehr Pflegepersonal und eine Spezialisierung der Ausbildung.

„Wenn die Krankenhäuser selbst Teil der Abwehrkette sein sollen, muss die Immobilie den Kranken-

hausbetrieb reibungslos sicherstellen können. Sie muss flexibel auf neue Anforderungen reagieren und in ihrer Ausstattung dem Leistungsbedarf und Betriebskonzept folgen“, fasste Reuther zusammen. „Die Immobilie ist das zentrale Rückgrat, um Patientenzugänge und betriebsinternen Prozesse abzubilden.“

Um das Gesundheitswesen für zukünftige Krisen besser zu wappnen, fordert der Bundesverband Gesundheits-IT (bvitg) umfassende Investitionen. Von Corona-Screening-Apps über Meldesysteme für Intensivkapazitäten bis hin zur Videosprechstunde – in der Pandemie werde deutlich, wie digitale Anwendungen unterstützen können.

„Einmalige Chance ergreifen

„Das Potenzial ist groß. Es auch nachhaltig zu erschließen ist aber alles andere als ein Selbstläufer“, unterstrich Geschäftsführer Sebastian Zilch. „Deshalb dürfen Politik und Selbstverwaltung nach der Krise nicht auf ausgetretene Pfade zurückfallen. Stattdessen müssen wir diese einmalige Chance ergreifen und die umfassende und nachhaltige Digitalisierung unseres Gesundheitssystems vorantreiben.“

Erforderlich seien Investitionen in die digitale Infrastruktur sowie die Vernetzung von Krankenhäusern, Arztpraxen und Pflegeeinrichtungen. Zudem müssten sich die Qualität der Gesundheitsdaten verbessern und diese einfacher verfügbar gemacht werden. Von zentraler Bedeutung sind laut eines Positionspapier des Verbandes Projekte mit realen

Mehrwerten für die Versorgung, weshalb er eine zügige Einführung der elektronischen Patientennakete, von E-Rezepten und elektronischer Krankschreibung sowie die Ausweitung von Telemedizin fordert. „Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz und dem Patientendaten-Schutzgesetz hat die Bundespolitik die Grundlage für eine digitale Zukunft gelegt, jetzt müssen weitere Schritte folgen“, erklärte Zilch. In seinem Positi-

onspapier fordert der bvitg unter anderem:

- Eine ganzheitliche Analyse des digitalen Reifegrades der Krankenhauslandschaft unter starker Einbeziehung der Anwender, u. a. des medizinischen und pflegerischen Personals
- Ein darauf aufbauender Dialogprozess mit Politik, Kliniken, Berufsverbänden und der Industrie zur Ableitung einer bundeswei-

ten Strategie zur Digitalisierung des Sektors

- Mehr Bundesmittel für die Krankenhäuser zur Finanzierung notwendiger Investitionen in die Digitalisierung – mit gesondertem Fonds für die IT-Sicherheit
- Harmonisierung datenschutzrechtlicher Standards und die Reduzierung bürokratischer Vorgaben

Video-Angebot ohne Effekt für Notaufnahme:

Weltweit erste Operationen mit Kopfnicken nun auch in deutscher Klinik

René Adler

Mikrochirurgische Eingriffe dauern auch deshalb oft lange, weil der Arzt selbst Operationsmikroskope mit guten optischen Systemen immer noch von Hand verstellen muss. Änderungen des Sichtwinkels erfordern, dass die Position des Mikroskops, des Patienten oder des Chirurgen verändert wird. Will der Operateur die Eingriffsstelle aus einem anderen Winkel sehen, muss er meistens die Seite am OP-Tisch wechseln, mit seinen Instrumenten. Das führt zu Unterbrechungen, die sich summieren. Zudem muss der Arzt oft stundenlang in gebeugter, starrer Haltung arbeiten. Doch es geht jetzt auch anders: Weltweit erstmals haben Mediziner am Universitätsspital Zürich ein neu entwickeltes Mikroskop bei einer Operation eingesetzt. Das Gerät lässt sich mit Kopfbewegungen steuern und ist seit kurzem auch

in einem deutschen Krankenhaus im Einsatz.

Seine Weltpremiere feierte das RoboticScope® in der Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie des Unispitals Zürich. Dabei wurde das Trommelfell eines 69-Jährigen rekonstruiert. Das System basiert auf einer hochauflösenden 3D-Kamera an einem Roboterarm und wird über ein Headset gesteuert. Mikroskop und Headset sind entkoppelt, was freie Bewegungen erlaubt. Kleine Kopfbewegungen oder eine Körperneigung reichen aus, das Mikroskop anders zu positionieren; das Headset erkennt die Änderung und überträgt diese auf die Position der 3D-Kamera am Mikroskop. Auch der Abstand des Mikroskops lässt sich so anpassen. Aktiviert wird die Steuerung über ein Fußpedal. Die Hände bleiben

so im Operationsfeld, die Instrumente müssen nicht niedergelegt werden.

Mehr Qualität und Patientensicherheit

Gebaut wird RoboticScope® vom Medizingerätehersteller bhs-technologies aus Österreich. Die Spezialisten der Klinik in Zürich waren innerhalb eines Forschungsvertrags an der Entwicklung beteiligt. Die Vorteile von RoboticScope® für die OP-Technik und Ergonomie wurden in einer Studie getestet.

„Die Bewegungsfreiheit und die Steuerung ohne Hände bringen einige Vorteile gegenüber den bisherigen Mikroskopen“, erklärte Prof. Alexander Huber, Direktor der Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie. „Uns begeistern aber nicht nur die

bessere Ergonomie und die intuitive Bedienung des Geräts. Wir können das Operationsgebiet nun aus Blickwinkeln betrachten, die wir auch mit einem Positionswechsel am OP-Tisch nicht erreichen.“ Was aufs Erste nur nach mehr Komfort klinge, sei sehr bedeutsam: „Die Operation dauert in vielen Fällen weniger lang. Das ist ein wichtiger Faktor für die Qualität und Patientensicherheit. Das RoboticScope kommt bei uns nach dem erfolgreichen Start deshalb dauerhaft zum Einsatz.“ Künftig sollen über mehrere Headsets Assistenten oder Ärzte

für die Ausbildung direkt mit dem Mikroskop verbunden werden.

Brustrekonstruktion nach Mamma-Ca

Deutschlandweit erstmals eingesetzt wurde RoboticScope® in der Fachklinik Hornheide im westfälischen Münster. Nach Angaben des Herstellers war es zugleich die weltweit erste derartige Operation in der Plastischen Chirurgie. „Bisher waren wir mit Sichtfeld nah an den Situs gebunden, das sorgte für schwierige Arbeitsverhältnisse. Beim RoboticScope ist die Bewegung des Mikroskops an die Bewegung des Kopfes angepasst. Damit können wir zielgenauer, sicherer und ergonomischer arbeiten“, erläuterte Prof. Tobias Hirsch als Chefarzt der Abteilung für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie sowie Handchirurgie.

Mit seinem Team führte er vier mikrochirurgische Gewebstransplantationen zur Brustrekonstruktion nach Mamma-Ca durch. „Das RoboticScope können wir überall dort einsetzen, wo wir sehr fein operieren müssen und



Eine Klinik in Münster operiert als erste deutsche mit RoboticScope® in 3D.
Foto: Sputnik GmbH

eine sehr hohe Auflösung brauchen“, schilderte er. Damit gearbeitet hat mittlerweile auch die Abteilung Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, in der mikrochirurgischen Rekonstruktion im Kopf-Hals-Bereich. Chefarzt Dr. Dr. Jan Dirk Raguse lobte nicht nur eine leichte und intuitive Handhabung: „Es könnten sich neben den getesteten neue Indikationen ergeben, die ergonomisch bisher nicht zugänglich waren.“ Insbesondere für die Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde sowie Neurochirurgie sieht er große Perspektiven.

Produkt passt sich den Operierenden an

„Wir wollten ein Produkt entwickeln, das sich den Operierenden anpasst und nicht umgekehrt“, sagte Michael Santek, CTO von BHS Technologies. „Mit dem RoboticScope können die Ärztin-

nen und Ärzte nun die Hände als ihre wichtigsten Werkzeuge uneingeschränkt nutzen und jederzeit in ergonomischer Körperhaltung operieren.“ Dadurch könnten die Arbeitsbelastung deutlich reduziert und die Effizienz gesteigert werden.

Während Videosprechstunden in der ambulanten Versorgung wegen Corona Hochkonjunktur haben, scheinen sie Klinik-Notaufnahmen derzeit nicht entlasten zu können. Das Friedrich-Ebert-Krankenhaus (FEK) in Neumünster hat sein auf zwei Jahre angelegtes

Projekt „Online-Docs“ nach nur zehn Monaten mangels Nachfrage eingestellt. Vor der Pandemie nutzten bis zu acht Patienten täglich die Videosprechstunde, seit Mai gar keine mehr. Patienten konnten seit August 2019 über das Internet ihre Beschwerden schildern und erhielten einen Termin für eine Videosprechstunde. Das FEK zielte auf Patienten, die sonst selbstständig in die Notaufnahme kommen. Aber der Andrang dort habe sich nicht signifikant verringert. „Mit diesem Pilotprojekt sollte geschaut werden, inwieweit digitale Angebote auch jetzt schon in die Patientenversorgung integriert werden können. Das FEK scheint mit dieser Idee allerdings seiner Zeit voraus zu sein“, hieß es.

Kliniken können sich bis zum 6. August beteiligen

Infektionsrisiko senken: Entwurf zur ersten Norm für die Krankenhausreinigung

René Adler

Für den erfolgreichen Kampf nicht nur gegen das Coronavirus ist die Hygiene in Krankenhäusern von entscheidender Bedeutung. Dazu gehört neben der Desinfektion vor allem der Hände von Ärzten und Pflegepersonal auch die Reinigung. Das Deutsche Institut für Normung (DIN) hat nun einen Entwurf für die Norm DIN 13063 „Krankenhausreinigung“ zur Kommentierung im Internet bereitgestellt. Bis zum 6. August können alle interessierten Fachleute das Papier kostenlos einsehen und auch kommentieren.

Bislang existieren hierzulande beispielsweise die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO), an denen sich Kliniken bei der Erstellung ihres einrichtungsspezifischen Hygieneplans orientieren können. Einen einheitlichen Reinigungsstandard für deutsche Krankenhäuser gibt es jedoch nicht. Der Norm-Entwurf legt nun erstmalig Anforderungen für die Krankenhausreinigung fest. Mehr als 40 Experten haben ihn erarbeitet, darunter Vertreter aus Wissenschaft und Forschung, Wirtschaft, von Fachverbänden und Politik sowie Hygieneexperten und Vertreter des DIN-Verbraucherrats.

„Wichtige Hilfestellung bei Hygienemaßnahmen“

„Bereits als Entwurf kann die DIN 13063 Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen wichtige Hilfestellung bei der Durchführung von Hygienemaßnahmen geben“, erklärte Benjamin Eilts, Professor für Angewandte Reinigung und Hygiene an der Hochschule Albstadt-Sigmaringen und Obmann des zuständigen Arbeitsausschusses Krankenhausreinigung. „Änderungen sind im Rahmen des Erarbeitungsprozesses allerdings noch möglich.“

Die DIN 13063 legt erstmalig einheitliche Vorgaben zur sach- und fachgerechten Reinigung von Flächen und zu den diesbezüglichen Voraussetzungen im Krankenhaus fest. Sie beschreibt unter anderem notwendige baulich-funktionelle und betrieblich-organisatorische Rahmenbedingungen der Einrichtungen sowie Anforderungen an die personelle Ausstattung beziehungsweise Struktur und Sachkenntnisse des Personals. Darüber hinaus definiert sie Verfahren sowie Art, Umfang und Häufigkeit der Reinigung und desinfizierenden Reinigung.

Inhalte des Entwurfs

Reinigung werde oft nur als ein Unterstützungsdienst für das

Kerngeschäft angesehen. Eine Reihe von Studien hätten allerdings die Bedeutung klinischer Reinigung und Desinfektion für die Prävention von nosokomialen Infektionen deutlich gemacht, so der Ausschuss.

Zur Hygienesicherung seien bei der Reinigung Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund macht der Entwurf einheitliche Vorgaben zur sach- und fachgerechten Reinigung und den diesbezüglichen Voraussetzungen im Krankenhaus. Dazu gehören:

- Anforderungen an die Auftraggeber/Leistungsempfänger (baulich-funktionelle und betrieblich-organisatorische Rahmenbedingungen)
- Anforderungen an die personelle Ausstattung und Struktur sowie Sachkenntnisse des Personals
- Anforderungen an die materielle Ausstattung
- Verfahren zur Reinigung und desinfizierenden Reinigung
- Umfang der Unterhaltsreinigung
- Prüf- und Messmethoden zur Überprüfung der Krankenhausreinigung sowie Handhabung und Aufbereitung der Reinigungstextilien
- Art, Umfang und Häufigkeit der Reinigung und desinfizierenden Reinigung (Leistungsverzeichnis definierter Raumgruppen)

- Hinweise zur öffentlichen Vergabe von Reinigungsdienstleistungen

Der Norm-Entwurf lässt sich über die Website des DIN-Arbeitsausschusses Rettungsdienst und Krankenhaus (NARK) bis zum 6. August unter <https://www.din.de/de/mitwirken/normenausschuesse/nark/sauber-der-entwurf-din-13063-ist-da--705734> kostenlos einsehen und kommentieren. Zudem stellt DIN den Entwurf als PDF zum Herunterladen zur Verfügung. Die Kommentare zum Entwurf werden vom zuständigen Ausschuss geprüft

und ggf. eingearbeitet. Die Veröffentlichung der Norm ist für 2021 geplant. Ihre Anwendung der ist allerdings freiwillig.

In einer durch den zuständigen DIN-Arbeitsausschuss initiierten langfristigen Praxisstudie wird versucht, evidenzbasierte Leistungswerte in der Krankenhausreinigung zu ermitteln. Ziel ist u. a., das Reinigungsergebnis zu prüfen (Ergebnisqualität), die örtlichen Gegebenheiten zu dokumentieren (objektspezifischer Charakter der Einrichtung inklusive Inventar) sowie Auf- und Abrüstzeiten zu ermitteln.

Außerdem soll das im Entwurf DIN 13063 festgelegte Leistungsverzeichnis über einen langen Zeitraum betrachtet werden, um den gesamten Umfang übers Jahr abzubilden. Die Ergebnisse der Studie sollen für die Weiterentwicklung der künftigen Norm herangezogen werden. Um ein möglichst umfassendes Bild zu erhalten, ist es der Wunsch des Gremiums, dass sich möglichst viele Akteure daran beteiligen. Auch Krankenhäuser, die derzeit nicht im Arbeitsausschuss mitarbeiten, können sich in die Studie einbringen.

Bessere Information für behandelnde Ärzte:

Intensiv- und Notfallmediziner entwickeln neuen Anamnesebogen bei Verdacht auf COVID-19

Sven C. Preusker

Die medizinische Dokumentation der Verdachtsabklärung auf COVID-19 soll erleichtert werden. Dafür hat die Sektion „Notaufnahmeprotokoll“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) nun einen passenden Anamnesebogen (<https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen-alt/covid-19/1656-anamnesebogen-bei-verdacht-auf-sars-cov-2-covid-19/file>) entwickelt. „Unser Ziel ist, die Dokumentation in allen Sektoren des Gesundheitswesens passend in den Arbeitsablauf zu integrieren. Das gilt auch für temporäre Einrichtungen wie Fieberambulanzen“, sagte Projektinitiator Markus Baacke, Mitglied der Sek-

tion und Notfallmediziner am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Trier. Der nun vorgelegte Anamnesebogen dient vor allem der Informationsübermittlung an weiterbehandelnde Ärzte im ambulanten und stationären Sektor, um dort eine erneute COVID-19-spezifische Anamneseerhebung unnötig zu machen.

Zudem dient der neue Anamnesebogen einer gesteuerten Aufzeichnung der eigenen Tätigkeit, um die getroffenen Schritte transparent darzustellen. Dieses Modul ist auf die spezifischen Anforderungen eines Szenarios vorbereitet, bei dem eine große Anzahl an Patienten in Praxen, Fieberambulanzen und Notauf-

nahmen bei Verdacht auf eine COVID-19-Erkrankung untersucht und dokumentiert werden soll. Das Szenario berücksichtigt zudem, dass möglicherweise ein größerer Anteil der eingesetzten Mitarbeiter in der Erstbehandlung respiratorisch erkrankter Patienten ungeübt sein kann.

IT-Nutzung: Datenelemente stehen als Open Source zur Verfügung

Der Bogen ist auch zum Einsatz in Notaufnahmen gedacht und kann dort als Zusatzmodul zum Notaufnahmeprotokoll verwendet werden, in dem die übliche klinische Dokumentation, wie Dringlichkeitseinschätzung, Erhebung

von Vitalparametern oder der Ausschluss relevanter Differentialdiagnosen bereits vorgesehen ist. Die DIVI-Sektion „Notaufnahmeprotokoll“ hat den Anamnesebogen auf Basis des Datensatzes „Notaufnahme“ und vor allem auf Basis des Flussdiagramms des Robert-Koch-Instituts (Stand 12.

Mai 2020) entwickelt. Der „Anamnesebogen COVID-19“ liegt als Papierformular vor.

Zusätzlich stehen die modellierten Datenelemente des Moduls COVID-19 auf der Open-Source-Plattform ART-DECOR als Szenario zur Verfügung, um diese

elektronisch für die Umsetzung in IT-Systemen zu nutzen – <https://art-decor.org/decor/services/RetrieveTransaction?id=2.16.8-40.1.113883.2.6.60.3.4.26&language=de-DE&effectiveDate=2020-03-23T18:04:15&format=html&hidedecolumns=56bcdefghijklmnop>.

Bundesverwaltungsgericht:

Kooperation mit anderem Krankenhaus kann Leistungsfähigkeit belegen

Maurice Berbuir

Das Bundesverwaltungsgericht hat am 26.02.2020 einen langjährigen Rechtsstreit zur Frage entschieden, inwieweit ein Krankenhaus im Rahmen des Verfahrens zur Aufnahme in den Krankenhausplan seine Leistungsfähigkeit hinsichtlich des jederzeit verfügbaren ärztlichen Personals auch damit belegen kann, dass es eine langfristige Kooperation mit einem anderen Krankenhaus eingeht, in deren Rahmen das ärztliche Personal von dort zur Verfügung gestellt wird (Az. 3 C 14.18). Die Angaben beruhen auf dem Terminbericht, die Urteilsgründe sind bislang noch nicht veröffentlicht.

Eine Klinikträgerin versuchte im Wege des Konkurrentenstreitverfahrens anstelle eines anderen



Maurice Berbuir¹

Foto: Dr. Halbe
Rechtsanwälte

Krankenhauses mit einer Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit zwölf Betten in den Landeskrankenhausplan Thüringen aufgenommen zu werden. Das Verfahren nahm seinen Ausgang bereits im Jahre 2010, im Jahr 2012 erhielt dann ein anderes Krankenhaus den Zuschlag für die Tagesklinik. Zur Begründung führte die Behörde u.a. aus, dass es an einer endgültigen Klärung der Liegenschaften zum Betrieb der Klinik mangle. Die Klinik könne auch nicht vor Ort auf eine psychiatrische Infrastruktur im Krisenfall zurückgreifen. Zudem fehlten die Verbindungen zu Sozialleistungsträgern. Der Die Klinikträgerin klagte hiergegen ohne Erfolg vor dem Verwaltungsgericht Gera. Sie berief sich u.a. darauf, dass das konkurrierende Krankenhaus schlicht nicht ge-

eignet sei, da es nach seinem Konzept die Leistungen nur aufgrund einer Kooperation mit einem Universitätsklinikum abbilden könne, über welches der ärztliche Dienst zur Verfügung gestellt werde. Insofern fehle dem Konkurrenten eine elementare Voraussetzung für die Erfüllung des Versorgungsauftrages.

Mit dieser Argumentation konnte sich das klagende Krankenhaus jedoch weder in der ersten noch in der Berufungsinstanz durchsetzen. Auch das BVerwG hat nunmehr die Auffassung der Vorinstanzen bestätigt. Demnach kann ein Krankenhaus im Planaufnahmeverfahren die eigene Leistungsfähigkeit hinsichtlich des jederzeit verfügbaren Personals auch ohne eigene angestellte Mitarbeiter nachweisen. Voraussetzung ist dann jedoch, dass das Fremdpersonal auf Grundlage eines entsprechend detaillierten Kooperationsvertrages vorgehalten wird. Im strittigen Fall enthielt der vorgelegte Vertrag mit der Uniklinik nach Bewertung des

¹Maurice Berbuir, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht; E-Mail: koeln@medizin-recht.com, Internet: www.medizin-recht.com; Dr. Halbe – Rechtsanwälte, Im Mediapark 6A, 50670 Köln

Gerichts ausreichende Vorgaben, um eine ständige ärztliche Leitung durch jederzeit verfügbares ärztliches Personal (hier teilstationär) in tatsächlicher Hinsicht zu gewährleisten. Auch war dort vorgesehen, dass das Klinikum Einfluss auf die Auswahl der bei ihm eingesetzten Ärzte nehmen und ggf. deren Austausch einfordern konnte. Zudem müsse gewährleistet sein, dass dieselben Qualitätsstandards eingehalten werden wie bei der Erbringung der Krankenhausleistungen durch eigenes ärztliches Personal.

Abweichende Personalbeschaffung darf nicht zu Qualitätseinbußen führen

Insoweit sehe zwar das traditionelle Leitbild eines Krankenhauses die Leistungserbringung durch eigenes Personal vor, weil dann am ehesten davon auszugehen sei,

dass dieses nach dem Maßstab höchstmöglicher Qualifikation ausgewählt, angeleitet und überwacht werde. Der Gesetzgeber habe zudem in den letzten Jahren durch verschiedene Maßnahmen eine Flexibilisierung der Anstellungsmöglichkeiten von Ärzten vorgenommen (hier insbesondere die Möglichkeit der Krankenhäuser auch Vertragsärzte in die Krankenhausbehandlung einzubinden), so dass erkennbar sei, dass Abweichungen von dem vorgenannten Leitbild zulässig seien, soweit anderweitig sichergestellt werde, dass die fachlichen Anforderungen und Nachweispflichten in demselben Umfang erfüllt werden, wie sie auch für die fest angestellten Ärztinnen und Ärzte bestehen. Es müsse letztlich gesichert sein, dass die abweichende Personalbeschaffung nicht zu Qualitätseinbußen bei der Behandlung führt.

Mit Blick auf die aktuelle Rechtsprechung des BSG zu den Honorärärzten sei diese vorliegend nicht einschlägig, da es sich um ein anderes Modell handele.

Festzustellen ist demnach, dass das BVerwG hier eine flexible Gestaltungsmöglichkeit für (zukünftige) Plankrankenhäuser eröffnet hat, um mit dem grassierenden Personalmangel umzugehen bzw. neue Wege in der Kooperation unterschiedlicher Krankenhausträger aufzeigt. Nicht konkret ausgeführt wurde im verwaltungsrechtlichen Verfahren die Frage der konkreten arbeitsrechtlichen Einordnung des dauerhaften Einsatzes der Universitätsärzte im externen Klinikum. Dieser Aspekt wäre in der Praxis dann noch vertieft zu prüfen.

Rhön-Klinikum AG:

Asklepios steigert Stimmrechtsanteil deutlich, Holzinger geht

Die Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA hat bekanntgegeben, dass im Rahmen des freiwilligen öffentlichen Übernahmeangebots an die Aktionäre der Rhön-Klinikum AG bis zum 17. Juni rund 22 Millionen Aktien angedient wurden. Die B. Braun Melsungen AG hatte am 16. Juni das Übernahmeangebot angenommen und ihre Anteile an der Rhön-Klinikum AG eingeliefert. Das B. Braun-Engagement an Rhön hatte zuletzt bei einem Aktienanteil von 25,3 Prozent gelegen.

Insgesamt komme Asklepios damit auf einen Stimmrechtsanteil von rund 83 Prozent, hieß es aus dem Unternehmen. Im Vergleich zum letzten veröffentlichten Ergebnis entspreche dies einem Anstieg von 25,56 Prozent der Stimmrechte. Die weitere Annahmefrist des Übernahmeangebots läuft voraussichtlich noch bis zum 6. Juli. Bis dahin haben alle übrigen Rhön-Aktionäre Zeit, das Übernahmeangebot anzunehmen.

Der Vorstandsvorsitzende der Rhön-Klinikum Gruppe, Stephan Holzinger, hat derweil sein Vorstandsmandat und seine weiteren Ämter innerhalb der Gruppe am 22. Juni mit sofortiger Wirkung niedergelegt. Der Aufsichtsrat der Rhön-Klinikum AG hat der

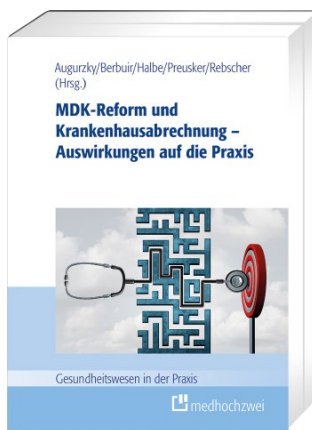
einvernehmlichen Aufhebung des Vorstandsdienstvertrages von Holzinger zum 30. September 2020 zugestimmt. Holzinger war seit 2017 Vorstandsvorsitzender der Rhön-Klinikum AG.

Das Bundeskartellamt hatte den geplanten Erwerb von bis zu 100 Prozent der Anteile an und alleiniger Kontrolle über die Rhön-Klinikum AG durch die Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA Ende Mai in der ersten Prüfungsphase freigegeben.

Wie genau der zukünftige Krankenhauskonzern, der aus dieser Fusion hervorgehen wird, aussehen soll, ist noch offen – möglicherweise wird die Übernahme zum Vehikel für einen Börsengang von Asklepios.

(scp)

Neue Bücher



Mit dem „Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen“ (MDK-Reformgesetz) waren vor allem auf Krankenhausseite hochgespannte Erwartungen verbunden: Die bisherigen Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen sollten einfacher und gerechter werden – und die Häufigkeit sollte deutlich eingeschränkt werden, um nur die wichtigsten Ziele zu benennen.

Doch Änderungen im Gesetzgebungsverfahren – kurz vor der endgültigen Verabschiedung im Deutschen Bundestag – haben viele dieser Hoffnungen zunichtegemacht. Das Buch gibt wertvolle Hinweise und Handreichungen, um mit der neuen Situation umzugehen.

Augurzyk/Berbuir/Halbe/Preusker/Rebscher (Hrsg.): MDK-Reform und Krankenhausabrechnung – Auswirkungen auf die Praxis. 1. Auflage, medhochzwei Verlag 2020. Softcover, 212 Seiten. ISBN: 978-3-86216-615-2; Preis: 69,99€
Infos: <https://bit.ly/2x700Xt>

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: Sven C. Preusker

Redaktion: René Adler

kmi-redaktion@medhochzwei-verlag.de

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

Bezugsbedingungen: Klinik Markt inside erscheint mit 24 Ausgaben pro Jahr, Abonnement jährl. 655,00 Euro inkl. Versandkosten. Auch als elektronische Ausgabe in der KMi-App erhältlich. Weitere Informationen unter www.klinikmarktinside.de. Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 8 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
Vervielfältigung nur nach Absprache mit dem Verlag.

Termine

12.-14.03.2020, Berlin: Deutscher
Pflegetag 2020 – verschoben
auf den 11.-12.11.2020!;

Infos: www.deutscher-pflegetag.de

Seit 22.04.2020: Digitale Ring-
vorlesung „#Corona – Facetten,
Implikationen und Auswirkungen
einer Pandemie“ – zehn Vorle-
sungen, Mittwochs ab 15.30 Uhr;
Infos: [https://www.medhochzwei-
verlag.de/Shop/ProduktDetail/
corona-ringvorlesung-gesamt](https://www.medhochzwei-verlag.de/Shop/ProduktDetail/corona-ringvorlesung-gesamt)

30.06.2020, 15.30-16.30 Uhr:
Digitaler Live-KMi-Talk 2020;
Inof und kostenlose Anmel-
dung: [https://www.medhoch-
zwei-online-akademie.de/
digitaler-live-kmi-talk-welche-
krankenhaus-reform-kommt-nach-
corona-mehr-spezialisierung-mehr](https://www.medhochzwei-online-akademie.de/digitaler-live-kmi-talk-welche-krankenhaus-reform-kommt-nach-corona-mehr-spezialisierung-mehr)

22.09.-23.09.2020, Hamburg:

16. Gesundheitswirtschafts-
kongress;

Infos und Anmeldung: [www.
gesundheitswirtschaftskongress.de](http://www.gesundheitswirtschaftskongress.de)

15.05.2020, Berlin: Recare
Summit 2020: Cross-Industry
Innovation – verschoben auf
den 16.10.

Infos: [https://www.recaresolutions.
com/summit-2020](https://www.recaresolutions.com/summit-2020)

26.-28.05.2020, Helsinki: HIMSS &
Health 2.0 Europe Conference 2020
– als digitale Veranstaltung vom
07.-11.09.2020!;

Infos: [https://www.himss.org/
events/europe-digital](https://www.himss.org/events/europe-digital)

21.-25.07.2020, online: Deutscher
Schmerz- und Palliativtag;
Infos: [https://www.dgschmerzme-
dizin.de/presse/aktuelle-informa-
tionen/](https://www.dgschmerzmedizin.de/presse/aktuelle-informationen/)

Hinweis: Bei allen Veranstal-
tungen, die vor Ort stattfinden
sollen, besteht nach wie vor ein
hohes Risiko der Absage/Ver-
schiebung oder Verlegung in den
digitalen Raum – bitte immer
vorher überprüfen!

Interview-Tipp

Buchvorstellung: „Ich bin völlig unwichtig“



„Ich bin völlig unwichtig!“ Das hat Ursel Preuhs der Autorin Isabel Lenuck in vielen langen Gesprächen immer wieder gesagt. Dabei ist die persönliche Geschichte der 1931 geborenen gelernten Krankenschwester ein Spiegel-

bild der Zeit, auch wenn das Maß ihres Engagements nur als außergewöhnlich bezeichnet werden kann. Die Herausgeber Ulla und Heinz Lohmann von dialogKultur stellen in diesem Video das Buch vor und sprechen mit Ursel Preuhs im Interview über ihre bewegende Geschichte.

Ihr Vater verlor als Gewerkschaftssekretär mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten seinen Arbeitsplatz und musste um seine Unversehrtheit fürchten. Die Erfahrungen der frühen Jahre waren Ausgangspunkt für ein aktives gesellschaftliches Leben – bis heute.

Das Video können Sie unter [https://www.medhochzwei-verlag.de/Video/De-
tails/79760](https://www.medhochzwei-verlag.de/Video/Details/79760) sehen.

Die nächste Ausgabe erscheint am 20.07.2020