

Editorial

Zustimmung erkauf



Das Krankenhaus-transparenzgesetz hat im Vermittlungsausschuss Zustimmung erhalten, die endgültige Abstimmung im Bundesrat erfolgt am 22. März. Es ist damit zu rechnen, dass keine weiteren Probleme mehr entstehen werden.

Die Aussage, dass jetzt erstmals Transparenz geschaffen werde, ist jedoch so nicht zutreffend, denn bereits seit 2005 gibt es Qualitätsberichte der Krankenhäuser, die Grundlage für diverse Portale sind und auch zu ca. 90 Prozent den neuen Atlas befüllen werden.

Die aus Sicht des BMG positive Wende dürfte maßgeblich damit zusammenhängen, dass zum einen die Zusage erfolgt ist, die Landesbasisfallwerte anzupassen und Tarifierungen besser abzubilden und auch unterjährig zu berücksichtigen und zum anderen für die geplante Krankenhausreform ein Transformationsfonds mit einem Volumen von 50 Milliarden Euro in Aussicht gestellt worden ist. Es stellt sich die Frage, wer eine solche enorme Summe aufbringen soll. Nach Vorstellung des Ministers soll der Betrag über zehn Jahre gestreckt und gemeinsam von Bund und Ländern paritätisch aufgebracht werden. Der Anteil des Bundes soll aus dem Gesundheitsfonds fließen, also von den Krankenkassen gezahlt werden. Demnach handelt es sich um eine Finanzierungszusage „zu Lasten Dritter“, deren Realisierung höchst zweifelhaft ist. Es bestehen erhebliche Zweifel daran, dass der Zugriff auf den Gesundheitsfonds rechtmäßig ist, insbesondere bestehen verfassungsrechtliche Bedenken. Eine anteilige Finanzierung des Bundes ist der Griff in den Gesundheitsfonds jedenfalls nicht. Auch der Anteil der Länder ist mit erheblichen Fragezeichen versehen, zumal die Kassen weitestgehend leer sind. Unter Umständen wird beim „Transformationsfonds“ auf Rahmenbedingungen des „Strukturfonds“ zurückgegriffen, was diverse weitere Probleme schaffen und gegebenenfalls zur Abwälzung des Finanzierungsanteils der Länder auf die Häuser führen würde. Das so die existenzbedrohende Situation für viele Krankenhäuser nicht gelöst werden kann, dürfte mehr als offensichtlich sein.

Prof. Dr. Bernd Halbe

Krankenhausreform:

Einen Schritt weiter – scharfe Kritik an Finanzierung des Transformationsfonds

Sven C. Preusker

Das „Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz“ (Krankenhaus-transparenzgesetz) ist bekanntermaßen am 21.02. vom Vermittlungsausschuss ohne Änderungen bestätigt worden und kann nun in der nächsten Bundesratssitzung die letzte Hürde nehmen – theoretisch kann der Rat allerdings dennoch Einspruch gegen das Gesetz einlegen.

Konkreter beziffert wurde nach der Einigung auch der angekündigte Transformationsfonds – Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach (SPD) sprach von 50 Milliarden Euro über zehn Jahre. Mit einer noch inoffiziellen, erweiterten Protokollnotiz, datiert auf den 20. Februar, werden einige Details unter anderem zum Transformationsfonds klar – dieser soll in Form einer Mittelzuführung in den ursprünglich mit dem Anfang 2016 in Kraft getretenen

In dieser Ausgabe

Krankenhausreform:

Einen Schritt weiter – scharfe Kritik an Finanzierung des Transformationsfonds 1-4

Köpfe..... 3

Kommentar:

Zum Glück geht es weiter – aber mehr Mut wäre möglich gewesen 6-7

Von der Krise zur Chance:

Cyberangriff auf die Bezirkskliniken Mittelfranken 7-9

Cybersicherheit:

Nimmt die Bürokratie Rücksicht auf Krisensituationen?..... 9-12

Aufschlagszahlungen:

Maßgeblicher Zeitpunkt für die Erhebung durch die Krankenkassen 12-14

Umsatzsteuerkorrektur:

Bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln auch ohne Rechnungsberichtigung möglich..... 14-16

Termine/Impressum..... 16

Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) eingeführten Strukturfonds umgesetzt werden. Konkret heißt es: „Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung werden dem beim Bundesamt für Soziale Sicherung errichteten Strukturfonds in den Jahren 2026 bis 2035 weitere Mittel in Höhe von insgesamt bis zu 25 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt (Transformationsfonds); die zugeführten Mittel können jährlich höchstens bis zu 2,5 Milliarden Euro betragen zuzüglich der in den Vorjahren nicht ausgeschöpften Mittel.“ Verteilt werden sollen 95 Prozent der Mittel nach dem Königsteiner Schlüssel, wobei die Anträge für die Jahre 2026 bis 2035 jeweils spätestens bis zum 30. September des Vorjahres gestellt werden müssen. Dabei darf die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Januar 2026 noch nicht begonnen haben – laufende Restrukturierungen sind also von der kommenden Förderung ausgenommen. Roland Enghausen, Geschäftsführer der Bayerischen Krankenhausgesellschaft (BKG) kritisierte, dass der Fonds erst in der nächsten Legislatur finanzwirksam werde – Umwandlungen stünden ja jetzt an, weil die Kliniken endlich Klarheit brauchten. Abwarten sei keine Option und daher wäre es richtig, wenn der Fonds frühzeitig in Kraft treten könnte.

Das antragstellende Land, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, muss bei geförderten

Vorhaben mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten tragen (Ko-Finanzierung), wobei das Land mindestens die Hälfte dieser Ko-Finanzierung aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringen muss. Für die Zuteilung von Fördermitteln muss sich das antragstellende Land außerdem verpflichten, in den Jahren 2026 bis 2035 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2021 bis 2025 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht. Dabei müssen diese Mittel um die beantragten Mittel erhöht werden, diese dürfen also nicht Teil der Investitionsfinanzierung des Landes sein. Fünf Prozent der Mittel sollen zur Förderung von länderübergreifenden Vorhaben eingesetzt werden und für die die beteiligten Länder einen gemeinsamen Antrag stellen.

Förderfähig sollen sein:

1. Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten, wenn diese zur Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder zur Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen nach § 135f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich ist,
2. Vorhaben zur Umstrukturierung eines Krankenhauses, nachdem dieses nach § 6b als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde,
3. Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen, auch soweit Hochschul-

kliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind,

4. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen an Hochschulkliniken, soweit Hochschulkliniken und nicht universitäre Krankenhäuser an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind,
5. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Krankenhausverbänden, Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen und
6. Vorhaben zur Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses.

„Verfassungswidriger Missbrauch“

Scharfe Kritik an der vorgesehenen Finanzierung des „Bundesanteils“ am Transformationsfonds kam unter anderem von Kassen-seite – denn laut der Pläne ist vorgesehen, dass die 2,5 Milliarden Euro jährlich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds kommen, ergo aus den Beitragsgeldern der Versicherten bezahlt werden sollen. Franz Knieps, Vorstandsvorsitzender des BKK Dachverbands, sagte dazu: „Erneut zeichnet sich ab, dass die Beitragszahlenden Opfer eines verfassungswidrigen Missbrauchs werden. Die Sozialkassen finanzieren die Betriebskosten und nicht die Reform von Infrastrukturen. Dem müssen notfalls Gerichte einen Riegel verschieben.“ Er ergänzte, dass es ärgerlich sei und bleibe, dass auch die Verteilung von Geldern per Gießkanne noch nicht überwunden scheint. Egal ob Liquiditätshilfen oder

Transformationsmittel, von entscheidender Bedeutung sei, dass begonnen werde, die begrenzten Mittel gezielt auf solche Krankenhäuser zu konzentrieren, deren Angebote heute und morgen für die Versicherten auch tatsächlich bedarfsnotwendig seien.

Mit Blick auf die Anpassung der Landesbasisfallwerte (LBF) ist vorgesehen, dass zukünftig, sollte der Orientierungswert über der Veränderungsrate liegen, der volle Orientierungswert zur Anwendung kommen kann. Außerdem soll eine unterjährige Neuvereinbarung des LBF möglich werden, sollten Kostensteigerungen dies notwendig machen. In dem Papier heißt es dazu: „Abweichend von Satz 6 ist der Basisfallwert, sofern er bereits vereinbart oder

festgesetzt ist, auf Verlangen einer Vertragspartei nach Absatz 1 Satz 1 während des laufenden Kalenderjahres unverzüglich unter Berücksichtigung der anteiligen Erhöhungsrates nach Satz 5 und des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung neu zu vereinbaren.“ In der Begründung heißt es: „Damit die Verbesserung der wirtschaftlichen Lage und der Liquidität der Krankenhäuser schnellstmöglich wirksam werden kann, wird vorgesehen, dass Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter von Krankenhausbeschäftigten erstmals beim Landesbasisfallwert für das Jahr 2024 unterjährig und vollständig zu berücksichtigen sind.“

Von Seiten der Krankenhäuser hieß es dazu, dass diese Rege-

lungen im Prinzip in die richtige Richtung gehen könnten, aber die Gültigkeit des vollen Orientierungswertes anstelle der Kapung auf ein Drittel als Grundlage für den Veränderungswert wäre wegen der Inflationslücke vor allem in den Jahren 2022, 2023 und insbesondere 2024 erforderlich. Wenn diese Regelung erst mit Wirkung ab 2025 eingeführt werde, bringe das nichts, denn die Lücke der letzten „Inflationslage“ werde dadurch nicht aufgeholt. Ab dem Jahr 2025 könne damit gerechnet werden, dass erstmals wieder die Veränderungsrate oberhalb des Orientierungswertes liegen werde, also käme die Regelung gar nicht zum Tragen. Grund dafür ist, dass es im letzten und in diesem Jahr bei Löhnen und Gehältern den Nachholeffekt

Köpfe

Asklepios-Gründer Dr. Bernard große Broermann verstorben

Der Gründer und Gesellschafter von Asklepios, Dr. Bernard große Broermann, ist am 25. Februar im Alter von 80 Jahren verstorben. Er gründete die Asklepios-Kliniken-Gruppe Mitte der 1980er Jahre. Gr. Broermann wurde am 20. November 1943 in Damme geboren. Er studierte Medizin und Chemie, bevor er sich Betriebswirtschaftslehre und Rechtswissenschaften widmete, unter anderem an der europäischen Managementenschule INSEAD in Fontainebleau und der Harvard Business School. Seine berufliche Laufbahn startete er bei Ernst & Whinney (heute Ernst & Young), bevor er sich als Rechtsanwalt und Wirtschaftsprüfer selbständig machte.

Erst wenige Wochen vor seinem Tod hatte gr. Broermann die langjährigen operativen Asklepios-Vorstände Joachim Gemmel und Marco Walker mit sofortiger Wirkung zu neuen Co-CEOs des Unternehmens ernannt, der langjährige CEO Kai Hankeln hatte das Unternehmen verlassen.

Asklepios entwickelte gr. Broermann über die vergangenen knapp vierzig Jahre kontinuierlich weiter. Die operative Führung der Asklepios Kliniken hatte er sukzessive an ein Managementteam übergeben und sich seitdem zunehmend auf seine Gesellschafteraufgaben konzentriert. Damit die Asklepios Gruppe auch weiterhin dauerhaft in Familienbesitz verbleibt, als Einheit fortbestehen

kann und zu jedem Zeitpunkt entscheidungs- und handlungsfähig ist, sind sämtliche Beteiligungen in der Broermann Holding GmbH gebündelt worden, in der künftig ein Gremium aus Familienangehörigen und langjährigen Vertrauten die Wahrung der Gesellschafterinteressen dauerhaft sicherstellen und die Vision von Bernard große Broermann fortschreiben soll, hieß es aus dem Unternehmen.

„Wir trauern mit der Familie von Dr. Bernard große Broermann, der wir im Namen des Unternehmens und aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unser tiefstes Mitgefühl und aufrichtiges Beileid aussprechen. Mit seiner Vision und seinem unternehmerischen Wirken hat er nicht nur die Asklepios Gruppe, sondern die gesamte Gesundheitsbranche in Deutschland über Jahrzehnte entscheidend geprägt. Dafür sind wir ihm zu großem Dank verpflichtet. Wir verlieren mit ihm eine herausragende Persönlichkeit und einen großartigen Menschen“, sagte Joachim Gemmel, CEO der Asklepios Gruppe.

Marco Walker, CEO der Asklepios Gruppe, ergänzte: „Den Einfluss von Dr. Bernard große Broermann auf das Gesundheitswesen in Deutschland kann man nicht hoch genug schätzen. Seine Leidenschaft und sein Engagement für die Gesundheitsvorsorge und soziale Verantwortung haben Maßstäbe gesetzt, die weit über die Grenzen der Asklepios Gruppe hinausgehen.“

(scp)

der Inflation gibt, welcher sich dann auch bei den GKV-Einnahmen positiv niederschlägt und daher die Veränderungsrate deutlich steigen lässt, während sich die Kostensteigerung zunächst etwas beruhigt.

Vage Ankündigungen

Insgesamt gab es deutliche Kritik ob der Empfehlung des Vermittlungsausschusses, das Transparenzgesetz unverändert anzunehmen. Der Vorsitzende der Saarländischen Krankenhausgesellschaft (SKG), Manfred Klein, sagte: „Unsere Krankenhäuser sind von Gesundheitsminister Karl Lauterbach und den Ministerpräsidenten und Ministerpräsidentinnen maßlos enttäuscht, weil sie den Kliniken die dringend notwendigen Finanzhilfen zur Deckung der Betriebskosten weiterhin verweigern.“ Das sich „an der dramatischen Lage vieler Krankenhäuser [...] absehbar gar nichts“ ändern werde, befürchtet Dr. Hans-Heinrich Aldag, Vorsitzender der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft (NKG). „Vage Ankündigungen und immer neue Absichtserklärungen helfen nicht weiter, sondern frustrieren nur massiv. Die Krankenhäuser brauchen jetzt endlich konkrete Maßnahmen zur finanziellen Stabilisierung. Nur das sorgt in den Kliniken für Planungssicherheit und eine Perspektive bis zum Wirksamwerden der Reform“, so Dr. Aldag. Statt konkreter inhaltlicher Festlegungen oder zumindest einer zeitlichen Perspektive seien nach der Einigung im Vermittlungsausschuss erneut in ihrer Wirkung maßlos überschätzte Liquiditätshilfen präsentiert worden. Auch deren Bezif-

ferung von Seiten Lauterbachs mit sechs Milliarden Euro halten die Krankenhäuser nach wie vor für übertrieben, die Schätzung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) auf 2,4 Milliarden Euro wird allgemein für deutlich realistischer gehalten. Der Vorstandsvorsitzende der DKG, Dr. Gerald Gaß, sagte: „Angesichts der unübersehbaren wirtschaftlichen Notlage der Krankenhäuser hat die Mehrheit im Vermittlungsausschuss aus Bundesregierung und SPD-Ländern die Chance verpasst, der Insolvenzwelle in der Krankenhauslandschaft wirksam entgegenzutreten. Die bloße Ankündigung des Bundesgesundheitsministers, dass die Landesbasisfallwerte für das laufende Jahr erhöht werden sollen, um die Erlöse der Kliniken an die inflationsbedingt gestiegenen Kosten anzupassen, ist eine wertlose Beruhigungsspiel für die Krankenhäuser. Es bleibt auch nach dem Vermittlungsausschuss und dem heutigen Pressestatement des Ministers völlig unklar, wie der sich täglich verschärfende kalte Strukturwandel gestoppt werden soll.“ Mit Blick auf den Transformationsfonds hieß es von der DKG neben grundsätzlicher Zustimmung, auch hier müssten schnell Fakten geschaffen werden, denn die Krankenhausträger stünden in den Startlöchern, um ihre Zukunftsprojekte zügig zu beginnen. Dass der Bund seinen Finanzierungsanteil aus dem Gesundheitsfonds entnehmen möchte, habe die Krankenkassen zurecht irritiert. Außerdem kritisiert die DKG das Transparenzgesetz weiter grundsätzlich – wobei sich diese Kritik ausdrücklich nicht gegen den Aufbau eines zusätzlichen Transparenzportals

richte, hieß es. Transparenz über Qualität sei wichtig. Dazu brauche es aber nicht den jetzt beschlossenen massiven Zuwachs an Bürokratie durch die sinnlose Ausweitung von detaillierten Datenlieferungen. Man brauche die Beschäftigten am Patientenbett und nicht an den Computern im Stationszimmer. Außerdem entmachte der Bundesgesundheitsminister die Länder mit dem Gesetz bei der Krankenhausplanung, indem er zentral schon in diesem Jahr den Kliniken Leistungsgruppen und Level zuordnen wolle. „Bis auf Nordrhein-Westfalen wird kein Land in der Lage sein, jetzt schon Leistungsgruppen den Krankenhäusern zuzuweisen. Damit übernimmt der Gesundheitsminister weitgehend die Planungshoheit der Länder,“ so Gaß.

Stefanie Stoff-Ahnis, Vorständin des GKV-Spitzenverbandes, sagte mit Blick auf das Transparenzgesetz, die nach wie vor geringe Belegung der Krankenhäuser zeige, dass es nicht für alle Angebote der Häuser an jedem Standort einen medizinischen Bedarf gebe. „Deshalb ist es inhaltlich falsch und unnötig teuer für die Beitragszahlenden, dass diese veralteten Strukturen nach dem Gießkannenprinzip gefördert werden sollen. Denn nichts anderes ist die geplante Erhöhung der Landesbasisfallwerte. Besser wird die Versorgung dadurch nicht, nur teurer. Transparenz ist die Voraussetzung, um einerseits die richtigen Angebote weiter zu entwickeln, sich aber andererseits auch von dem für die gute Versorgung der Menschen nicht Notwendigen zu trennen. Deshalb wäre die angekündigte zusätzliche Gießkannenfinanzierung so fatal.“



6. HFG 2023 | © medhochzwei 2023

24./25. APRIL 2024

7. HEIDELBERGER FORUM GESUNDHEITSVERSORGUNG

Prävention, Innovation und die Medizin der Zukunft

Neue Bündnisse für Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens

Die Lage im Gesundheitswesen ist geprägt vom demografischen Faktor, der unweigerlich zu mehr Gesundheitsnachfrage führen wird. Dem stehen starre Strukturen und defizitäre Versorgungsprozesse gegenüber. Es wird darum gehen müssen, die strukturellen Schwächen des herrschenden Medizinverständnisses und der Finanzierung von Versorgung zu überwinden. Was die Anwendung klassischer Gesundheitsversorgung vor diesem Hintergrund anbelangt, befinden wir uns an einem Wendepunkt.

Freuen Sie sich auf eine spannende Keynote von **Prof. Dr. Eckhard Nagel**, Universität Bayreuth, und weitere hochkarätige Referentinnen und Referenten wie

- **Niklas Best** (Oska Health GmbH)
- **Thomas Bodmer** (DAK Gesundheit)
- **Dr. Florian Brandt** (IKK Südwest)
- **Dr. Gertrud Demmler** (SBK),
- **Dr. med. Anke Diehl** (Universitätsmedizin Essen)
- **Katrin Erk** (Universitätsklinikum Heidelberg)
- **Dr. Ruth Hecker** (APS),
- **Pelin Meyer** (Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg)
- **Prof. Dr. Susanne Wurm** (Universität Greifswald) u. v. m.

Moderiert wird die Veranstaltung gewohnt unterhaltsam von Prof. Dr. Lutz Hager (Gesundheitsplattform Rhein-Neckar) und Rolf Stuppardt (Welt der Gesundheitsversorgung).

Wie jedes Jahr wird das **traditionelle Tischgespräch am Vorabend** stattfinden – mit einer Tischrede von **Prof. Dr. Thomas Klie** zum Thema: *Who cares? Das Gesundheits- und Pflegesystem im demographischen Druck – Analysen, Prognosen, Perspektiven.*



Jetzt anmelden,
Frühbucherpreis sichern
und mitdiskutieren!



HEIDELBERGER
FORUM
GESUNDHEITSVERSORGUNG

www.heidelberg-forum-gesundheitsversorgung.de

Kommentar:

Zum Glück geht es weiter – aber mehr Mut wäre möglich gewesen

Prof. Dr. Andreas Beivers

Nun ist es endlich gelungen: Der Vermittlungsausschuss zum Transparenzgesetz hat zu einer „Einigung“ geführt. Die Vorstufe der großen Krankenhausreform ist somit geschafft – und weitere Schritte können folgen. Aber ist die Einigung mehr als nur ein Burgfrieden – oder hat sie gar neue Gegner und Streit hervorgebracht? Das würde zusätzliche Fronten eröffnen.

Zum Ernst der Sache: Es ist gut und wichtig, dass nun ein Durchbruch mit den Ländern gelungen ist. Doch was bedeutet das im Detail? Ist es ein „gekaufter Burgfrieden“?

Die Umsetzung des Transparenzgesetzes ist ein erster wichtiger Schritt hin zum Gelingen der geplanten Krankenhausreform. Die Zuordnung von Leistungsgruppen und die Publikation von zentralen Qualitätsparametern im Netz für „interessierte Leserinnen und Leser“ ist dem Grunde nach richtig. Letzteres, sprich die Offensive zur Qualitätstransparenz, ist am Ende aber nicht neu, sondern schon seit der Etablierung der Qualitätsberichte im Jahr 2005 erklärtes Ziel des

Bundesgesundheitsministeriums – ganz unabhängig von der politischen Couleur oder der jeweils amtierenden Koalition. Bleibt nur zu hoffen, dass diese Initiative



Prof. Dr. Andreas Beivers ist Professor für Volkswirtschaftslehre und Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitischer Sprecher der Carl Remigius Fresenius Education Group und Assoziierter Wissenschaftler am RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung Essen.

Foto: Privat

nun auch bei den Adressaten, sprich den Bürgerinnen und Bürgern bzw. Patientinnen und Patienten „verständlich“ ankommt und Interesse weckt – sonst wäre am Ende nicht viel gewonnen, außer noch mehr Bürokratie. Daher wäre ein genauer „Kommunikationsplan“, wie man die Adressaten am besten erreichen kann, sicherlich zielführend gewesen. Ein Problem, das bei

vielen der derzeitigen Reformpläne zu wenig bedacht wird: Wie informiere ich die Bevölkerung und nehme Sie mit. Auch die versprochene, bürokratiearme Umsetzung muss sich erst noch in praxi beweisen.

Was aber wirklich neu ist, sind die Leistungsgruppen. Hier hat man sich bewusst für den NRW-Weg entschieden. Leider hat man den Schweizer Leistungsgruppen-Ansatz, welcher durchaus elaboriert und pragmatisch umsetzbar

ist, nicht weiter verfolgt. Schade, dass hier keine weiteren Diskussionen geführt wurden.

Ein weiterer wichtiger Punkt: Auch wenn es sich hier um eine Art „Vorschaltgesetz“ zur eigentlichen Krankenhausreform handelt, hätte man ein Stück weit mehr aus der sektoralen Denke heraustreten sollen bzw. müssen. Gerade wenn die Ambulantisierungsbemühungen in Kombination mit Hybrid-DRGs greifen, werden vermehrt auch Ärztezentren und MVZ in diesem Bereich agieren und sich wesentlich an der (elektiven) Versorgung beteiligen. Wäre es dann nicht auch sinnvoll, diese im Rahmen des Gesetzes mit aufzunehmen, um auch in diesem Bereich die Transparenz zu erhöhen? So könnten dann die Patientinnen und Patienten besser auswählen, wo sie beispielsweise ihre ambulanten Operationen durchführen lassen wollen. Es kann doch nicht sein, dass die Transparenz- und die gewünschte Qualitätsoffensive (Stichwort Mindestmengen sowie sonstige Struktur- und Prozessvorgaben) an der dual geförderten Kliniktüren enden?

Aber nun zum eigentlichen Nucleus, der wohl zur Einigung geführt hat: Die Finanzierung bzw. die in Aussicht gestellten Finanzmittel. Das war wohl der notwendige Katalysator, der zu einer Verbindung von Bund und Län-

den beigetragen hat. Dabei sind jedoch zwei Elemente zu unterscheiden:

Das eine ist kurzfristige Finanzierung via einer Erhöhung der Landesbasisfallwerte. Inwieweit dies ausreichen kann, um den aktuell stattfindenden „kalten Strukturwandel“ aufzuhalten, bleibt dabei ungewiss. Die derzeitige Insolvenzwelle hat mehr Gründe als „nur“ steigende Tariflöhne. Ein gezielter und geplanter Strukturwandel ist ja gewünscht und auch sinnvoll, doch was derzeit geschieht, erweckt keinen geplanten Eindruck: Bei den in Summa 47 Klinikstandorten, die seit 1.1.2022 ein Insolvenzverfahren angemeldet haben, handelt es sich mit Nichten um ein abgestimmtes Vorgehen, das einem „Masterplan“ folgt. Wenn es jedoch so ungesteuert weitergeht, läuft man Gefahr, dass zum einen auch versorgungsrelevante Kliniken, die mach im neuen Zielbild der Versorgung benötigt, von der Insolvenzwelle mitgerissen werden. Zum anderen riskiert man, dass sich sozioökonomische Versorgungsunterschiede in Deutschland weiter vergrößern. Bürger mit geringerem Einkommen und höherer Schuldenlast weisen schon heute eine im Durchschnitt geringere Lebenserwartung auf. Jedoch werden sich gerade ärme-

re, ggf. gentrifizierte Kommunen die Rettung ihrer (öffentlichen) Kliniken wahrscheinlich seltener leisten können. Sprich: Wer die Insolvenzwelle ungesteuert laufen lässt, konterkariert das Ziel des Strukturfonds, der ja mit 50 Milliarden durchaus gut ausgestattet wäre – wenn es denn so kommt.

Um es aber nicht kleinzureden: Dieses zweite, zentrale Element der Finanzierung – der Strukturfonds – ist bemerkenswert, vor allem wenn es wirklich gelänge, ihn in anvisierter Höhe zur Verfügung zu stellen: So könnte er helfen, gezielt die neue und gewünschte Versorgungsstruktur – einem Masterplan folgend – für die Bedarfe der Zukunft zu schaffen.

Aber: Ein Griff in den Gesundheitsfonds wird zu Budgetkämpfen zwischen den Sektoren führen, Verteilungsfragen werden wahrscheinlich auch populistisch geführt werden. Dabei ist es genau das, was es in der derzeitigen politischen Lage zu verhindern gilt. Auch wenn sich mittelfristig Einsparungen durch neue Strukturen einstellen können, wird in der Transformationsphase zunächst das Fonds-Geld an anderer Stelle im System fehlen. Da ein zusätzliches Sondervermögen mit dem Finanzminister wohl kaum durchzusetzen ist, könnte auch

über neue fiskalische Finanzierungsquellen, wie die Erhöhung der Tabak- oder die Einführung einer Zuckersteuer sowie sonstige Lenkungssteuern mit Bezug zum Gesundheitswesen nachgedacht werden. Auch ein „Gesundheits-Solidaritätsbeitrag“ könnte diskutiert werden. Eine Lösung via der Umsatzsteuer wiederum hätte den Vorteil, dass die Erlöse hälftig den Ländern zufließen – welche die Planung ja am Ende verantworten. Das könnte dann auch dazu führen, dass die andere Finanzierungshälfte, die ja von den Ländern kommen soll, leichter mobilisiert werden könnte.

Summa summarum: Es ist gut, dass es nun endlich vorangeht. Verbesserungspotenziale wird es immer geben – es kommt aber im Moment darauf an, dass wir vorankommen. Die Zeit drängt: Jeder weitere verlorene Tag ist einer zu viel. Aber: Alle sprechen seit Jahrzehnten von der Überwindung der Sektorengrenzen. Dies scheint hier ein wenig vergessen worden zu sein. Eine Transparenzrevolution im Klinikum allein wird nicht reichen. Und: Die ungesteuerte Insolvenzwelle muss schnell in einen geregelten Strukturwandel überführt werden. Ob dies mit der „wackligen“ Finanzierung gelingen kann, ist ungewiss.

Von der Krise zur Chance:

Cyberangriff auf die Bezirkskliniken Mittelfranken

Alexander Seidl

Am Samstag, dem 27. Januar 2024, stellten Kriminelle den Arbeitsalltag in den Bezirkskliniken Mittelfranken auf den Kopf.

Nach einem Hackerangriff war der Klinikverbund gezwungen, alle IT-Systeme sofort vom Netz zu nehmen. Die Computer fielen

aus. Ärztinnen und Ärzten blieb der Zugriff auf digitale Patientenakten verwehrt. Grundlegende Verwaltungstools, zum Beispiel

für die Gehaltszahlungen oder die Arbeitszeiterfassung, funktionierten nicht mehr. Auch mehrere Wochen nach dem Angriff läuft ein Großteil der Prozesse noch analog ab. Eine Krise, die Chancen in sich trägt.

Die genauen Umstände, wie Cyberkriminelle in die Systeme eindringen konnten, sind noch unklar. Fest steht, dass es sich um einen Ransomware-Angriff handelt – eine Schadsoftware, die sich unbemerkt im IT-Netzwerk verbreitet, Daten auf Servern verschlüsselt und unzugänglich macht.

Ungewiss ist auch der genaue Zeitpunkt des Eindringens. Üblicherweise nehmen sich die Angreifer Zeit, um den Schaden zu maximieren und dadurch die Bereitschaft der Opfer zu erhöhen, Lösegeld zu zahlen. In den Bezirkskliniken verschlüsselten sie nicht nur Daten, sondern stahlen auch sensible, unternehmensinterne und personenbezogene Informationen. Als der Angriff erkannt wurde, stand Schadensbegrenzung im Vordergrund.

Sofortmaßnahmen zur Schadensbegrenzung

Trotz aller Sicherheitsmaßnahmen und einer gut aufgestellten IT bleibt ein großflächiger Cyberangriff immer ein drohendes Szenario. Das genaue Vorgehen in dieser Ausnahmesituation regelt in den Bezirkskliniken das Cyber-Incident-Handbuch. Dieser Maßnahmenkatalog ermöglichte es den Verantwortlichen, unverzüglich die ersten Schritte einzuleiten.

Unmittelbar nach der Entdeckung des Hackerangriffs isolierten die IT-Experten sämtliche Systeme und informierten alle relevanten Behörden, einschließlich Polizei, Staatsanwaltschaft sowie die Datenschutzaufsichtsbehörden Bayerns. Gleichzeitig nahm der Krisenstab, unterstützt durch ein Team aus internen und externen Sicherheitsexperten, die Untersuchung des Vorfalls auf.

Bisher konnten die Täter nicht identifiziert werden. Da Cyberkriminelle weltweit agieren und ihre Spuren gut verwischen, ist davon auszugehen, dass die Ermittlungen ins Leere führen.

Notfallpläne stellen Patientenversorgung sicher

Obwohl die digitale Infrastruktur das Rückgrat klinischer Einrichtungen wie der Bezirkskliniken bildet, zogen die Verantwortlichen zu keinem Zeitpunkt Verhandlungen mit den Erpressern in Erwägung. Dieses Vorgehen ist mit der Sorge verbunden, dass die Hacker gestohlene Daten veröffentlichten könnten. Gleichzeitig zwang der Ausfall der digitalen Systeme, auf traditionelle, das heißt analoge, Methoden zurückzugreifen.

Dr. Matthias Keilen, Vorstand der Bezirkskliniken Mittelfranken, erläutert: „Dank unserer Notfallkonzepte konnten wir binnen weniger Tage auf den analogen Betriebsmodus umschalten. So

werden etwa Patientenakten und Therapiepläne nun wieder auf Papier geführt. Diese manuelle Dokumentation der Behandlungsverläufe erschwert den Stationsalltag und ist zeitintensiver.

Aber die durchgehende Versorgung unserer Patientinnen und Patienten war und ist zu jedem Zeitpunkt sichergestellt.“

Die Notfallpläne wurden bereits 2016 im Zuge der Cyberangriffe durch den Erpressertrojaner „Locky“ vorausschauend entwickelt. Sie trugen

auch dazu bei, dass schnell wirksame Strukturen für eine lückenlose interne und externe Kommunikation etabliert werden konnten. Mitarbeitende erhalten fortlaufend Informationen zum aktuellen Sachstand. Zudem wurden die Telefonkapazitäten ausgebaut, um das erhöhte Anrufaufkommen – sowohl von Patientinnen und Patienten als auch von zuweisenden Ärztinnen und Ärzten – zu bewältigen.

Neustart statt Wiederherstellung

Die Bezirkskliniken haben sich entschieden, die gesamte IT-Infrastruktur neu aufzusetzen. Das heißt: Alle Serversysteme und Endgeräte müssen neu konfiguriert werden. Das gewährleistet mehr Stabilität und Sicherheit, kostet aber auch Zeit. Bis zu einem halben Jahr kann der Neustart in Anspruch nehmen.



Dr. Matthias Keilen, Vorstand der Bezirkskliniken Mittelfranken.
Foto: Bezirkskliniken Mittelfranken

Die IT-Systeme sind mit ca. 160 Einzelanwendungen umfangreich und komplex. Daher erarbeitete der Krisenstab gemeinsam mit den IT-Experten einen detaillierten Zeitplan. Zunächst wurden die Anwendungen identifiziert, die für den reibungslosen Klinikbetrieb unverzichtbar sind. Diese Auswahl bestimmt, was sofort umgesetzt werden muss, was nachgelagert werden und was möglicherweise wegfallen kann.

„Wir entschieden uns bewusst für diesen Neuanfang und folgen dabei dem Grundsatz, dass Sicherheit wichtiger ist als Schnelligkeit“, betont Keilen. „Wir nutzen diese Phase nicht nur zur Erneuerung unserer IT-Struktur, sondern auch, um wichtige Updates und Verbesserungen umzusetzen.“

Dabei ist klar, dass in den kommenden Monaten viele Dokumente analog geführt und später

wieder digitalisiert werden müssen. Das ist eine Belastung für alle Mitarbeitenden, bietet aber auch die Chance, gestärkt aus der Krise hervorzugehen.

Kein Einzelfall

Die Bezirkskliniken sind kein Einzelfall. In diesem Jahr wurden zahlreiche Krankenhäuser Ziel von Cyberangriffen, darunter auch die Caritas-Klinik Dominikus in Berlin-Reinickendorf und das Dreifaltigkeits-Hospital in Lippstadt. Mitte Februar legten Cyberkriminelle 21 Krankenhäuser in Rumänien lahm.

Vor diesem Hintergrund sieht Keilen die Politik in der Verantwortung: „Die Kliniken in Deutschland sind bereits einem enormen Kostendruck ausgesetzt. Dieser wird durch die Anforderungen des Krankenhauszukunftsgesetzes und jetzt auch durch die

Notwendigkeit, in IT-Sicherheit zu investieren, weiter verschärft. Die Politik muss hier ausreichende Mittel bereitstellen, um die IT-Systeme von Gesundheitseinrichtungen wirksam zu schützen.“

Trotz aller Herausforderungen bleibt die Erkenntnis, dass jede Krise auch eine Chance birgt. Und in dieser Krise sind es sogar zwei: In den Bezirkskliniken läutet sie einen vielversprechenden IT-Neustart ein – und deutschlandweit kann sie, zusammen mit den aktuellen Attacken auf andere Kliniken, zu einem Umdenken in der Politik und einer Stärkung der Cybersicherheit in Gesundheitseinrichtungen führen. Durch den offenen und transparenten Umgang mit dem Angriff wollen die Bezirkskliniken einen Beitrag zu dieser Diskussion leisten und ihre Erfahrungen mit anderen Krankenhäusern teilen.

Cybersicherheit:

Nimmt die Bürokratie Rücksicht auf Krisensituationen?

Roland Engehausen

Zu Beginn des Jahres 2024 gibt es für die Krankenhäuser keine guten Nachrichten. Die enorme Finanznot aus dem Jahr 2023 wird sich gemäß des aktuellen Krankenhaus-Barometers des Deutschen Krankenhaus Instituts (DKI) nach Ansicht von 80 Prozent der befragten Kliniken sogar 2024 noch verstärken. Die fortlaufende Unsicherheit bezüglich der Krankenhausreform führt außerdem zunehmend zu einem Maßnahmenstau in den Krankenhäusern.

Cyberangriffe nehmen zu

Doch damit nicht genug. Ebenso gab es zu Beginn des Jahres auch eine spürbare Zunahme öffentlich bekannt gewordener Cyberangriffe auf Krankenhäuser mit konkreten Schäden. Einerseits sind teilweise Datenabflüsse und auch Erpressungsversuche zu beklagen. Andererseits sind mit diesen Cyberangriffen enorme Belastungen für die Krankenhäuser und die reguläre Behandlung

von Patientinnen und Patienten verbunden. Ein Angriff mit großer Tragweite kann dazu führen, dass ein Krankenhaus monatelang seine IT-Systeme nicht regulär im Betrieb hat, weil ein kompletter Neuaufbau der IT-Anwendungslandschaft in einem Krankenhaus sehr komplex ist. Dennoch dürfte es für Krankenhäuser in der Regel keine Option sein, auf einen Erpressungsversuch einzugehen und zur Vermeidung einer längeren „Downtime-Zeit“ tatsächlich

zu bezahlen. Belastbare Zahlen dazu gibt es aber in Deutschland bisher nicht. Ein ganz aktueller Cyberangriff auf die große US-Gesundheitsplattform „Change Healthcare“ zeigt dabei auch die internationale Dimension. US-Behörden gehen davon aus, dass es sich um gezielte Ransomware-Angriffe auf das Gesundheitswesen handeln könnte.

Neben den relevanten Fragen des Schutzes, regelmäßiger Sicherheitschecks und Vorbereitungen auf einen Schadensfall durch Notfallpläne und auch finanzieller sowie rechtlicher Absicherungen steht auf der anderen Seite daher der langwierige Prozess eines IT-Neuaufbaues nach neusten Standards, mit Lernschleifen sowohl aus den Angriffsanalysen als auch der Zeit der Improvisation. Mit diesem Neuaufbau sind auch Chancen verbunden, denn bei einem solchen Neustart können auch bereits länger geplante Ideen und Überlegungen teilweise einfacher umgesetzt werden, als im laufenden Betrieb eines etablierten Altsystems. Es ist auch sicher anzuraten, diese Chancen – bei allen Herausforderungen und Sorgen – konsequent zu nutzen.

Krankenhausbetrieb im Notsystem nach einem Cyberangriff

Doch wie kann der Krankenhausbetrieb in der Zeit des Neuaufbaues sichergestellt werden? Bei dieser Frage können die IT-gestützten Prozesse grob in fünf Bereiche eingeordnet werden:

1. originäre Primärprozesse der Patientenversorgung
2. für die Patientenversorgung erforderliche Sekundärprozesse

3. für die Mitarbeitenden erforderliche Prozesse wie Gehaltszahlungen und alle Vorgänge der Personalwirtschaft
4. Abrechnungsprozesse mit den Krankenkassen zur Sicherung der Liquidität und Erlöse
5. diverse Prüf- und Meldeprozesse zur Erfüllung von Bürokratievorgaben

Je nach Leistungsspektrum eines Krankenhauses kann die primäre Patientenversorgung durchaus auch ohne IT noch funktionieren. Mit zunehmender digitaler Reife in den Krankenhäusern könnte dies aber schwieriger werden. In der IT-Architektur wird daher ein Fokus darauf liegen müssen, die für die Patientenversorgung benötigten Kernsysteme und IT-gestützten medizinischen Prozesse getrennt zu schützen.

Für Sekundärprozesse und die Prozesse der Personalwirtschaft sind in der Regel Übergangslösungen erforderlich und – mit hohen Herausforderungen – möglich.

Liquiditätsunterstützung der Krankenkassen

Für die Abrechnung mit den Krankenkassen ist zwar ein Ersatzverfahren im Datenträgeraustauschverfahren (DTA) vorgesehen, aber praktisch nicht mehr sachgerecht. Die Krankenkassen werden in der Regel mit sich reden

lassen, zunächst über Abschläge die Liquidität zu sichern. Aber letztlich wird es in aller Regel unabdingbar sein, mit den entsprechenden Dokumentationen und Meldewegen die ordnungsgemäße Abrechnung nachzuholen. Bisher sind erfreulicherweise aus Verbandssicht keine Fälle bekannt, bei denen sich bei der

Liquiditätssicherung nicht das betroffene Krankenhaus mit den Krankenkassen fair einigen konnte. Dies kann auch als positives Signal dafür verstanden werden, dass sich in solchen Krisenlagen die Kostenträger für den betroffenen Leistungserbringer bei allen Streitfragen im Alltag auch als Partner begreifen. Dies gilt vermutlich umso mehr,

nachdem auch viele Krankenkassen im Jahr 2023 von einem massiven Cyberangriff betroffen waren.

PraxiscHECK Krisenfall für die Bürokratie

Als erstaunlich komplex und als praktischer Beleg für die enorme Bürokratie im Krankenhaus erweisen sich die unter Punkt fünf zusammengefassten Prüf- und Meldeprozesse. Einerseits gibt es eine enorme Zahl von Meldepflichten, einzuhaltende Fristen und damit verbunden die Abgabe von Unterlagen zu diversen Prüfzwecken. Andererseits sind auch die Empfänger der jeweiligen staatlichen Stellen auf regionaler Ebene, auf Landes- und auf Bundesebene, aus dem Bereich der



Roland Engehausen ist Geschäftsführer der Bayerischen Krankenhausgesellschaft
Foto: BKG

Prüfinstanzen (z. B. Medizinischer Dienst und Landesarbeitsgemeinschaften zur Qualitätssicherung) sowie weitere Institute wie das InEK zu beachten.

In der Krise zeigt sich ganz besonders, wie komplex die Bürokratievorschriften geworden sind und wie wenig relevant – wenn es darauf ankommt – die einzelne Meldevorschrift ist und doch erfüllt werden muss. Ein besonders deutliches Beispiel ist die in der Pandemielage eingeführte tägliche Meldung (auch am Wochenende) der Bettenbelegungen an das RKI über eine DEMIS-Meldung. Mehrere Versuche der Verbände, diese Meldepflicht in Nicht-Pandemielagen aussetzen zu können, sind gescheitert. Es ist völlig unklar, ob und wenn ja was die staatlichen Stellen mit diesen Meldungen machen, aber die Verpflichtungen bleiben bestehen. Selbst bei einem Cyberangriff. Ein einziger Lichtblick ist dabei, dass bisher kein Fall bekannt ist, in dem die Sanktionsregelung bei einer Nicht-Meldung vollzogen worden wäre. Es zeigt sich aber, dass die Vielzahl unterschiedlicher Meldevorschriften einen „Praxischeck Krisenfall“ nicht bestehen würden.

Ein einheitlicher Datenkranz für Meldepflichten fehlt

In Bayern wurde im Jahr 2023 auf Initiative des bayerischen Gesundheitsministeriums vom MD, der BKG und der AOK sowie 16 teilnehmenden Kliniken der Versuch unternommen, Maßnahmen zum Bürokratieabbau zu identifizieren, die möglichst auch in Bayern umsetzbar sind. Dabei konnten einige Erfolge im Freistaat

erzielt werden. Bei den Meldepflichten ist aber diese Initiative ohne eine grundsätzliche Neuregelung gescheitert, weil weder die Meldepflicht abzuschaffen war noch vollständig zu automatisieren. Als zentrale Ursache dafür wurde erkannt, dass für eine effizientere Erfüllung der Meldevorschriften ein einheitlicher Datenkranz erforderlich wäre, der sich aus den unterschiedlichen Anforderungen der jeweiligen Institutionen in einem abgestimmten Prozess ergeben würde. Für so einen festgelegten Datenkranz aller Meldevorschriften für Krankenhäuser könnte dann ein einheitliches Standardisierungs- und Schnittstellenverfahren etabliert werden, welches wiederum für die IT-Anbieter der Kliniken verpflichtend zu erfüllen wäre – mit vereinbarten Ersatzverfahren bzw. Aussetzungsoptionen im besonderen Fall beispielsweise eines Cyberangriffs oder ähnlichen schwerwiegenden Ereignissen wie Naturkatastrophen.

Leider ist es bisher auch nach den Cyberangriffen in diesem Jahr noch kein konkretes Thema, an so einer Standardisierung und Steuerung der Datenmeldung zu arbeiten, obwohl damit die Bürokratiebewältigung sowohl im Krisenfall als auch im Normalbetrieb deutlich vereinfacht werden könnte.

Neues KRITIS-Dachgesetz

Mit einem neuen KRITIS-Dachgesetz werden weitere technische und organisatorische Anforderungen an die digitale und physische Resilienz auf die Krankenhäuser zukommen. Während der Cyberschutz für Krankenhäuser

inhaltlich inzwischen weitgehend definiert ist und einen wiederholt als geeignet im Sinne des § 8a BSI-Gesetz festgestellten branchenspezifischen Sicherheitsstandard besitzt, fehlen diese Grundlagen bisher für den Bereich der physischen Resilienz und sollen durch das KRITIS-DachG bundeseinheitlich und sektorenübergreifend als Vorgaben und Mindeststandards etabliert werden. Ziel ist es, Risiken zu minimieren, welche die Stabilität der betreffenden Einrichtungen bedrohen oder beeinträchtigen können. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedrohungen ist dies auch grundsätzlich verständlich. Doch aufgrund der enormen wirtschaftlichen Herausforderungen, in denen sich die Krankenhäuser heute befinden, macht es sich die Politik zu einfach, wenn ein Schutz durch immer neue Vorschriften und Auflagen an die Krankenhausbetreiber erreicht werden soll.

Es fehlt in der Regel eine echte Hilfe durch staatliche Stellen. In Bayern gibt es zwar erfreulicherweise mit dem Landesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (LSI) eine IT-Sicherheitsbehörde, die auch ganz praktisch berät. Leider ist dies aber nicht in jedem Bundesland der Fall und das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) auf Bundesebene sieht sich in allererster Linie als Prüfungsinstanz. Auch das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) stellt in erster Linie nur Vorlagen, Muster und Leitlinien zur Umsetzung der Verpflichtungen zur Verfügung.

Ein zentraler Punkt der Überarbeitung der gesetzlichen Regelungen

kann aber auch als Chance begriffen werden. Es soll eine gemeinsame Rechtsverordnung zur Bestimmung von Betreibern kritischer Anlagen sowie wichtiger und besonders wichtiger Einrichtungen nach dem KRITIS-DachG und dem BSIG geben. Mit der Rechtsverordnung soll ersichtlich werden, welche Verpflichtungen für Betreiber von kritischen Anlagen sowie wichtigen und besonders wichtigen Einrichtungen im Hinblick auf Resilienz-Maßnahmen nach dem KRITIS-DachG und im Hinblick auf den Cyberschutz nach BSIG gelten. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) spricht sich dafür aus, soweit wie möglich Synergie-Effekte zwischen den bisherigen Regelungen im Cyberschutz und den neuen Resilienz-Anforderungen zu nutzen.

Vorgesehen ist nun auch eine Evaluierung der weiteren Angleichungen zwischen den Regelungen dieses Gesetzes und den Regelungen des Cyberschutzes. In dieser Evaluation kann deutlich gemacht werden, dass für die Krankenhäuser jetzt schon insbesondere im Bereich Cyberschutz umfangreiche Vorgaben gelten

und der von der DKG vorgelegte branchenspezifische Sicherheitsstandard (B3S) einen wertvollen Beitrag leistet. Mit der Einführung des § 75 c SGB V bzw. in der Neufassung in § 391 SGB V wurde der verpflichtende Cyberschutz bereits umfangreich auf alle Krankenhäuser erweitert. Auf dieser Grundlage sollte die Evaluation daher auch dazu genutzt werden, die Kosten sowohl der Schutzmaßnahmen als auch der allgemeinen Bürokratiemaßnahmen – die auch im Krisenfall besonders sichtbar werden – transparent zu machen und daraus Forderungen in drei Richtungen abzuleiten:

1. Vorschriften und Aufwände des Cyberschutzes und weiterer Resilienz-Maßnahmen auf ihren praktischen Nutzen hin zu überprüfen.
2. Meldeverpflichtungen in einem einheitlichen Datenkranz bündeln, was sowohl bezüglich Resilienz und Sicherheit im Krisenfall als auch im normalen Klinikbetrieb ein großer Vorteil wäre.
3. Kosten transparent machen als Grundlage für eine faire Berücksichtigung bei den Erlösen der Krankenhäuser.

Es besteht zumindest die Hoffnung, dass mit dem größeren Bewusstsein für Cybersicherheit und physikalische Resilienz von sensiblen Einrichtungen wie Krankenhäusern auch ein Bewusstsein dafür entsteht, dass die entsprechenden Schutzmaßnahmen und Bürokratievorschriften gebündelt und fokussiert werden müssen, dass sie aufwändig sind und daher entsprechend finanziell abgebildet werden müssen. Bei aller Kritik an Meldevorschriften, die im Krisenfall als vermeidbare Bürokratie besonders sichtbar werden, gibt es eine Meldevorschrift, die vielleicht auch erweitert werden sollte. Bisher sind nur diejenigen Krankenhäuser bei Cyberangriffen mit Schadensfolge meldepflichtig, die aufgrund der Größe als Einrichtung der kritischen Infrastruktur gelten. Um eine bessere Übersicht zur konkreten Gefährdungslage durch Cyberangriffe auf Krankenhäuser zu erhalten und aus erfolgreichen Angriffen mit Schadensfolge lernen zu können, wäre es nicht zu kritisieren, wenn diese Meldeverpflichtung künftig für alle Krankenhäuser gelten würde.

Aufschlagszahlungen:

Maßgeblicher Zeitpunkt für die Erhebung durch die Krankenkassen

Das Bundessozialgericht (BSG) musste sich jüngst mit der Frage nach dem maßgeblichen Zeitpunkt für die Erhebung von Aufschlagszahlungen durch die Krankenkassen auseinandersetzen (BSG, Urt. v. 19.10.2023 – B 1 KR 8/23 R).

Der Sachverhalt

Ursprünglich geklagt hatte ein Krankenhaus, in dessen Hause eine bei der beklagten Krankenkasse versicherte Patientin in der Zeit vom 24.09.2020 bis zum

Aylin Grollmann

26.09.2020 stationär behandelt worden war. Nachdem die Beklagte den von der Klägerin in Rechnung gestellten Betrag zunächst vollständig beglichen hatte, beauftragte sie den Medizinischen Dienst (MD) am 10.12.2020

mit der Überprüfung des streitgegenständlichen Behandlungsfalls. Der MD gelangte in seinem Gutachten vom 01.02.2022 zu dem Ergebnis, dass die Beklagte einen geringeren als den ursprünglich von der Klägerin in Rechnung gestellten Betrag zu entrichten habe. Den daraufhin von der Beklagten geltend gemachten Erstattungsanspruch akzeptierte die Klägerin und korrigierte ihre Abrechnung entsprechend. Mit Bescheid vom 15.07.2022 setzte die Beklagte zudem eine Aufschlagszahlung in Höhe von 300,00 € fest. Der hiergegen von der Klägerin gerichtete Widerspruch wurde mit Bescheid vom 01.09.2022 zurückgewiesen.



Aylin Grollmann¹

Foto: Dr. Halbe
Rechtsanwälte

gen die Entscheidung des SG und rügte vor dem BSG eine Verletzung der §§ 35 Abs. 1, 2; 24 Abs. 1, 2 Nr. 4; 41 Abs. 1 Nr. 2 SGB X und § 275c Abs. 3 SGB V. Die Beklagte hielt an der Auffassung fest, dass der angefochtene Bescheid sowohl formell als auch materiell rechtmäßig gewesen sei. Eine vorherige Anhörung sei gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 4 SGB X nicht erforderlich gewesen und ein etwaig bestehender Anhörungsmangel zudem im Widerspruchsverfahren geheilt worden. Überdies sah sich die Beklagte auch materiell dazu ermächtigt, eine Aufschlagszahlung zu erheben, da die Formulierung „ab dem Jahr 2022“ in § 275c Abs. 3 Satz 1 SGB V den Zeitpunkt der Leistungsentscheidung der Krankenkassen meine, welche im konkreten Fall nach dem 01.01.2022 erfolgt sei.

Die Entscheidung des BSG

Das BSG wies die Sprungrevision der Beklagten unter Verweis darauf, dass ihr Bescheid rechtswidrig gewesen sei und die Klägerin in ihren Rechten verletzte, als unbegründet zurück. Im Weiteren führte das BSG hierzu aus, dass die Beklagte zwar grundsätzlich zur Erhebung einer Aufschlagszahlung nach § 275c Abs. 3 SGB V berechtigt sei, allerdings sei der von ihr erlassene Bescheid materiell rechtswidrig, da sie für vor dem 01.01.2022 eingeleitete Prüfungen keine Aufschlagszahlungen erheben dürfen.

Hinsichtlich der formellen Rechtswidrigkeit führte das BSG aus,

dass sich eine solche weder aus dem Umfang der Begründung noch aus der zunächst unterbliebenen Anhörung ergebe. Erforderlich sei vorliegend, dass die Begründung den notwendigen Einzelfallbezug herstelle. Ein Entfallen der Begründungspflicht nach § 35 Abs. 2 Nr. 3 SGB X sei vorliegend nicht gegeben. Eine nach § 35 Abs. 1 S. 2 SGB X gebotene Mitteilung aller entscheidungserheblichen Gründe ist aus Sicht des BSG in ausreichender Form ergangen, da bei der Überprüfung der Begründung immer auch die Sachkunde des Adressatenkreises mit einzubeziehen sei. So war im streitgegenständlichen Fall bereits – unter Berücksichtigung der Sachkunde der Klägerin bezüglich der Aufschlagsbescheide – der notwendige Einzelfallbezug durch die Betreffzeile des Bescheides unter Angabe des Namens der Versicherten, der Versicherungsnummer, der Aufnahme- und der Rechnungsnummer der Klägerin und des Behandlungszeitraumes gegeben. Eine Anhörung sei zwar nicht entbehrlich gewesen, jedoch war diese bereits im Widerspruchsverfahren nachgeholt worden.

Das BSG sah den Bescheid jedoch als materiell rechtswidrig an, da die Beklagte für Prüfungen, die vor dem 01.01.2022 eingeleitet wurden, nicht zur Erhebung der Aufschlagszahlung berechtigt gewesen sei. Bei § 275c Abs. 3 SGB V handele es sich nicht um eine originäre Vergütungsvorschrift, sondern vielmehr um eine Strafzahlung, sodass nach der ständigen Rechtsprechung des Senats wie sie bereits für die Auslegung der Prüfverfahrensvereinbarungen gilt, auf alle anerkannten

Verfahrensgang

Hiergegen wandte sich die Klägerin mit ihrer Klage zum Sozialgericht (SG) Düsseldorf, welches den Bescheid der Beklagten aufhob, da es diesen für formell und materiell rechtswidrig hielt. Ferner sei die Beklagte weder zur Erhebung einer Aufschlagszahlung gemäß § 275c Abs. 3 SGB V berechtigt gewesen, noch seien die Anforderungen an eine ausreichende Begründung und vorherige Anhörung erfüllt worden (SG Düsseldorf, Urt. v. 12.01.2023 – S 30 KR 1356/22 KH). Die Beklagte wandte sich daraufhin im Rahmen der erstinstanzlich zugelassenen Sprungrevision ge-

¹Aylin Grollmann, Rechtsanwältin;
E-Mail: koeln@medizin-recht.com,
Internet: www.medizin-recht.com; Dr. Halbe –
Rechtsanwälte, Im Mediapark 6A, 50670 Köln

Auslegungsmethoden (Wortlaut, Systematik, Sinn und Zweck der Regelung und Gesetzeshistorie) zurückgegriffen werden müsse. Eine derart durchgeführte Auslegung ergebe den Ausführungen des BSG zufolge, dass sich die Angabe des Zeitraums „ab dem Jahr 2022“ auf den Zeitraum der Einleitung der Rechnungsüberprüfung durch die Krankenkassen bezieht. Dies folge zwar nicht aus dem Wortlaut der Vorschrift, ergebe sich aber aus dem systematischen Zusammenhang zwischen Rechnungsprüfung, Prüfquote und Aufschlagszahlung. Mit § 275c Abs. 2 SGB V hat der Gesetzgeber ein System fester, quartalsbezogener Prüfquoten eingeführt, nach dem die Überprüfung von Krankenhausabrechnungen nur noch innerhalb dieser Prüfquote durchgeführt werden darf. Hierbei wird die entsprechende Prüfquote für jedes Krankenhaus quartalsbezogen durch den GKV-Spitzenverband auf Grundlage der Prüfergebnisse des vorangehenden Quartals ermittelt. Darüber hinaus sieht § 275c Abs. 3 SGB V ab dem Jahr 2022 als zusätzliches Instrument vor, dass Krankenhäuser, deren Anteil unbean-

standeter Abrechnungen unter 60 Prozent beträgt, dass diese Aufschlagszahlungen zu leisten haben. Die Höhe dieser Aufschlagszahlen richtet sich nach der krankenhausesindividuellen quartalsbezogenen Prüfquote. Bezugspunkt der hier maßgeblichen Fassung des § 275c Abs. 3 S. 2 SGB V sind die seit 2022 geltenden quartalsbezogenen Prüfquoten, sodass Aufschlagszahlungen nur für solche Rechnungsprüfungen zu leisten sind, die ab dem 01.01.2022 innerhalb der quartalsbezogenen Prüfquote entstanden sind. Aus der Verknüpfung zu § 275c Abs. 2 S. 3 SGB V ergebe sich schließlich, dass das Datum der Einleitung der Prüfung durch die Krankenkassen maßgeblich für die Zuordnung von Rechnungsprüfungen zu der für sie geltenden Prüfquote sei.

Aus entstehungsgeschichtlichen oder teleologischen Gründen ergebe sich hier auch kein anderweitiges Verständnis der Norm. Das BSG betonte in diesem Zusammenhang, dass der Gesetzgeber bereits mit dem MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019 eine quartalsbezogene dynamisierte

Prüfquotenregelung in § 275c Abs. 2 SGB V eingeführt habe. Sinn und Zweck dieser Prüfquotenregelung war die Verringerung von MDK-Prüfungen aufgrund nicht regelkonformer Rechnungsstellung des Krankenhauses. Mit der später eingeführten Aufschlagszahlung sollte zudem ein weiterer Anreiz geschaffen werden, um unnötig überhöhte Abrechnungen zu vermeiden. Die Verknüpfung von Prüfquote und Aufschlagszahlungen habe ihren Grund darin, dass das Krankenhaus durch sein Abrechnungsverhalten auf beide Faktoren Einfluss habe.

Zudem stellte das BSG klar, dass der Gesetzgeber im Zuge des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes zur Entlastung der Krankenhäuser während der Pandemie auf die Erhebung der Aufschläge für vor dem 01.01.2022 begonnenen Prüfverfahren gänzlich verzichtet habe und sie nicht, wie beklagenseits vorgetragen, nur habe stunden wollen. Das gesetzgeberische Ziel der Entlastung würde jedoch konterkariert, wenn die Aufschläge nachträglich doch erhoben werden dürften.

Umsatzsteuerkorrektur:

Bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln auch ohne Rechnungsberichtigung möglich

Thomas Röglin

Am 27. Februar 2024 hat das Bundesfinanzministerium (BMF) ein Schreiben zum Ausweis einer falschen Steuer in Rechnungen veröffentlicht. Dieses ist insbesondere hinsichtlich der Umsatzsteuerkorrektur bei der

Abgabe von (Fertig-)Medikamenten erwartet worden. Nach den Ausführungen sollte nunmehr eine Korrektur von 19 Prozent auf sieben Prozent auch ohne aufwendige Rechnungsberichtigungen möglich sein.

Umsatzsteuerkorrektur bei ambulanter Medikamentenabgabe

Mit der umsatzsteuerrechtlichen Behandlung der Verabreichung von patientenindividuell herge-

stellten Medikamenten (insbesondere Zytostatika) sowie der Abgabe von (Fertig-)Medikamenten während der ambulanten Behandlung hatte sich der BFH bereits mehrfach befasst. Die Finanzverwaltung hatte hierauf u.a. mit BMF-Schreiben vom 13. Dezember 2022 reagiert und sich der Rechtsauffassung angeschlossen, dass die Medikamentenabgabe durch die Krankenhausapotheke ein eng mit der Krankenhausbehandlung und der ärztlichen Heilbehandlung verbundener Umsatz des Krankenhauses sein kann. Die Abgabe von (Fertig-)Medikamenten kann zudem eine unselbständige Nebenleistung zu einer umsatzsteuerfreien Heilbehandlungsleistung darstellen (hierzu KMi Ausgabe 1/2023).

Die Finanzverwaltung beanstandet es dabei für das Besteuerungsverfahren nicht, wenn der Unternehmer seine vor dem 1. Januar 2023 ausgeführten Umsätze aus ambulanter Medikamentenabgabe nicht beanstandet, als umsatzsteuerpflichtig behandelt. Somit besteht für die Krankenhäuser für die Vergangenheit ein Wahlrecht. Soweit es sich hierbei um die Abgabe von Arzneimitteln innerhalb des Zweckbetriebs eines Kranken-

hauses nach § 67 AO handelt, ist auf diese Lieferung der ermäßigte Steuersatz nach § 12 Abs. 2 Nr. 8 Buchstabe a) UStG anzuwenden. Dies ermöglicht es, – anders als die Umsatzsteuerbefreiung – aus den damit zusammenhängenden Eingangsleistungen unter den weiteren Voraussetzungen den Vorsteuerabzug geltend zu machen.



Thomas Röglin¹

Foto: PwC

19 Prozent ausgewiesene Umsatzsteuer unrichtig ist. Der leistende Unternehmer schuldet den Mehrbetrag (§ 14c Abs. 1 UStG). Eine Umsatzsteuerkorrektur von 19 Prozent auf sieben Prozent – welche die Krankenkassen forderten, um den Differenzbetrag erstattet zu bekommen – war bislang das Erfordernis einer Rechnungsberichtigung geknüpft. Aufgrund komplexer Abrechnungsstrukturen sahen sich viele Krankenhäuser in dieser Hinsicht erheblichen Schwierigkeiten ausgesetzt. Zudem setzt die Berichtigung nach § 14c Abs. 1 Satz 2 in Verbindung mit § 17 Abs. 1 UStG voraus, dass der zu viel vereinnahmte Steuerbetrag an den Rechnungsempfänger zurückgezahlt wurde.

Der EuGH hatte allerdings am 8. Dezember 2022 (Az. C-378/21) entschieden, dass ein Steuerpflichtiger, der eine Dienstleistung erbracht und in seiner Rechnung einen Mehrwertsteuer-

erbtrag ausgewiesen hat, der auf der Grundlage eines falschen Steuersatzes berechnet wurde, den zu Unrecht in Rechnung gestellten Teil der Mehrwertsteuer nicht schuldet, wenn keine Gefährdung des Steueraufkommens vorliegt, weil diese Dienstleistung ausschließlich an Endverbraucher erbracht wurde, die nicht zum Vorsteuerabzug berechtigt sind (hierzu KMi Ausgabe 3/2024 zu Urteil des Finanzgerichts Köln, Az. 8 K 2452/21).

Unrichtiger Steuerausweis

Aus der Anwendung des ermäßigten Steuersatzes folgt, dass in den Rechnungen mit

Endverbraucher als Rechnungsempfänger

Mit dem aktuellen BMF-Schreiben vom 27. Februar 2024 nimmt die Finanzverwaltung nun die Grundsätze des EuGH-Urteils an. Interessant ist dabei insbesondere auch, dass „Endverbraucher“ in diesem Sinn nicht nur Nichtunternehmer sind.

Auch Unternehmer, die nicht als solche handeln (insbesondere Unternehmer bei Leistungsbezug für ihren privaten Bereich oder für eine nichtwirtschaftliche Tätigkeit i. e. S.) unterfallen dem Endverbraucherbegriff. Zu den nichtwirtschaftlichen Tätigkeiten im engeren Sinne sind u.a. hoheitliche Tätigkeiten juristischer Personen des öffentlichen Rechts (Abschnitt 2.3 Abs. 1a UStAE). Somit gelten die gesetzlichen Krankenkassen als Leistungsempfänger für ihren hoheitlichen Bereich auch als „Endverbraucher“. Da sie in diesem Bereich grundsätzlich keine Berechtigung zum Vorsteuerabzug haben, ist eine Gefährdung des Steueraufkommens nicht gegeben.

¹Thomas Röglin | PwC | Steuerberater | Director Tax Public Services/Healthcare | Phone: +49 341 9856 112 | Mobile: +49 151 1612 3671 | Email: thomas.roeglin@pwc.com | PricewaterhouseCoopers GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft | Querstraße 13, 04103 Leipzig | www.pwc.com/de

Die Tatsache, dass die fragliche Rechnung an einen Endverbraucher im Sinne des EuGH-Urteils ausgestellt wurde, ist durch den Unternehmer glaubhaft darzulegen bzw. plausibel zu begründen.

Fazit

Für Krankenhäuser bedeutet dies nun, dass nach den Ausführungen des BMF eine Umsatzsteuerkorrektur von 19 Prozent auf sieben Prozent für die Abgabe von (Fertig-)Medikamenten im Rahmen der ambulanten Krankenhausbehandlung auch ohne Rechnungsberichtigung möglich sein sollte. Zudem ist

somit auch die Möglichkeit für eine einfachere Korrektur bei Zytostatika- und Medikamentenabgaben mit Umsatzsteuer ausweis an Privatpatienten gegeben.

Da nach den Grundsätzen des EuGH-Urteils der Unternehmer den zu Unrecht in Rechnung gestellten Teil der Mehrwertsteuer bereits zum Zeitpunkt der Rechnungserteilung nicht schuldet, hat Erstattung der an das Finanzamt abgeführten Umsatzsteuer durch rückwirkende Korrektur auf den Besteuerungszeitraum der Rechnungsausstellung nebst Zinsen zu erfolgen. Dabei sind die Grundsätze des BMF-Schrei-

bens in allen offenen Fällen anzuwenden.

Zu berücksichtigen ist dabei allerdings, dass ohne Rückzahlung des Differenzbetrages zwischen Regelsteuersatz und ermäßigtem Steuersatz an den Leistungsempfänger der erhaltene Rechnungsbetrag abzüglich darin enthaltene (richtige) Umsatzsteuer als Entgelt im Sinne des Umsatzsteuerrechts gilt. Das heißt, dass sodann die Umsatzsteuer von sieben Prozent aus dem bisherigen (Brutto-)Rechnungsbetrag herauszurechnen ist (Abschnitt 14c.1 Abs. 5 UStAE).

Impressum

Klinik Markt inside

Herausgeber: Dr. Uwe K. Preusker

Herausgeberbeirat: Dr. Nils Brüggemann,

Prof. Dr. Bernd Halbe;

Prof. Dr. Christian Schmidt;

Alexander Schmidtke

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

Chefredakteur und Redaktion:

Sven C. Preusker

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 als elektronische Ausgabe für jährl. 598,00 Euro. 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 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** Vervielfältigung nur nach Absprache mit dem Verlag.

Termine

21.-22.03.2024, Berlin: DRG-Forum 2024;
Infos: <https://drg-forum.de>

09.-11.4.2024, Berlin: DMEA 2024 –
Next Level of Digital Health;
Infos: <https://www.dmea.de>

17.-18.04.2024, Köln: Gesundheitskongress
des Westens 2024: Bereit zur Veränderung –
nutzen wir die Chance!;
Infos: <https://www.gesundheitskongress-des-westens.de/home>

23.04.2024, Berlin: Expertenforum Künstliche
Intelligenz und Medizin – Wie verändert sich
das Gesundheitswesen?
Infos: <https://rsmedicalconsult.com/veranstaltungen/veranstaltungen-2024/ki2024>

24./25.04.2024, Heidelberg:
7. Heidelberger Forum Gesundheitsversorgung –
Prävention, Innovation und
die Medizin der Zukunft;
Infos: <https://heidelberger-forum-gesundheitsversorgung.de>

24.04.2024, Berlin: Expertenforum: EU-HTA
„ante portas“ – wie verändern sich AMNOG
und HTA in der EU?

Infos: <https://rsmedicalconsult.com/veranstaltungen/veranstaltungen-2024/amnog2024>

26.-29.04.2024, Schloss & Gut Liebenberg in
Brandenburg: NextHealth Business Retreat;
Infos: <https://nexthealth.de/veranstaltung/business-retreat-8/>

13.-14.05.2024, Berlin: 14. Beschaffungskongress
der Krankenhäuser;
Infos: <https://www.beschaffungskongress.de>

15.-16. 05 2024, Berlin:

18. Kongress für Gesundheitsnetzwerker;
Infos: <https://www.gesundheitsnetzwerker.de/>

26.-28.06.2024, Berlin:
Hauptstadtkongress/24;
Infos: www.hauptstadtkongress.de

18.-19.09.2024, Hamburg: Gesundheits-
wirtschaftskongress 2024;
Infos: <https://www.gesundheitswirtschaftskongress.de>

Die nächste Ausgabe erscheint am 18.03.2024