

# novus

## GESUNDHEITSWESEN

Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung mit Änderungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte in Kraft getreten

Bestimmung der eigenen Marktposition vor dem Hintergrund zunehmender Ambulantisierung

Controlling in Altenpflegeeinrichtungen – ein Paradigmenwechsel ist (häufig) notwendig



## Vorwort



Liebe Leserinnen und Leser,

zur Sommerferienzeit möchten wir Ihnen gerne die Lektüre unserer zweiten Ausgabe des novus Gesundheitswesens 2021 bereitstellen und hoffen, Ihnen damit interessante Themen anzubieten.

Auch wenn uns alle die Pandemie weiterhin beschäftigt, gilt es doch, den Blick auch wieder verstärkt auf strategisch wichtige Themen zu lenken. Zum einen sollte im Zuge der sich glücklicherweise abschwächenden COVID-19-Pandemie der Blick auf die Bestimmung der eigenen Marktposition vor dem Hintergrund zunehmender Ambulantisierung gerichtet werden. Zudem ist in Altenpflegeeinrichtungen beim Controlling häufig ein Paradigmenwechsel notwendig.



Darüber hinaus halten wir Sie mit den wichtigsten steuerlichen und rechtlichen News auf dem Laufenden. So hat der Bundesfinanzhof (BFH) entschieden, dass Abrechnungen von Krankentransportleistungen fremder Leistungserbringer als eng mit der Sozialfürsorge verbundene Leistungen unter bestimmten Bedingungen umsatzsteuerfrei sein können. Als nicht umsatzsteuerfrei definiert ein Urteil des BFH hingegen medizinische Gutachten von Subunternehmern der MDK.

Wesentliche rechtliche Änderungen ergeben sich für Krankenhäuser und Vertragsärzte weiterhin durch das Ende Juni gebilligte Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG), das vor allem Qualität und Transparenz der medizinischen Versorgung stärken sowie eine engere Vernetzung zwischen den einzelnen Leistungserbringern erreichen soll. Die detaillierten Erörterungen finden Sie auf Seite 9.

Für einen weiteren Austausch stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Wir freuen uns stets über Ihr Feedback und Interesse.

**Niko Ballarini**  
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater  
Director bei Ebner Stolz

**Annika Brunkhardt**  
Dipl. Gesundheitsökonomin  
Senior Managerin bei Ebner Stolz



■ STEUERBERATUNG

**Ertragsteuern**

Verlängerung der Abgabefristen für Steuererklärungen auch für 2020 4

**Umsatzsteuer**

Verlängerung der Ermäßigungen für Restaurationsleistungen 5

Zur Steuerbefreiung eng mit der Sozialfürsorge verbundener Dienstleistungen im Bereich des Rettungsdienstes 5

Medizinische Gutachten von Subunternehmern der MDK nicht umsatzsteuerfrei 6

Einrichtungsfremde Leistungen fallen nicht unter die Steuerbefreiung des § 4 Nr. 16 UStG 6

Sachspenden in der Corona-Krise: Ergänzung des Umsatzsteueranwendungserlasses 7

**Kraftfahrzeugsteuer**

Kraftfahrzeugsteuerbefreiung nach § 3 Nr. 5 KraftStG bei verschiedenartigen Beförderungsleistungen 8

■ RECHTSBERATUNG

Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung mit Änderungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte in Kraft getreten 9

Medizinprodukte aus der Schweiz werden in der EU nicht mehr als gleichwertig anerkannt 12

Keine Befristung des Arbeitsverhältnisses wegen herausgehobener Position 13

■ UNTERNEHMENSBERATUNG

Bestimmung der eigenen Marktposition vor dem Hintergrund zunehmender Ambulantisierung 14

Controlling in Altenpflegeeinrichtungen – ein Paradigmenwechsel ist (häufig) notwendig 15



## ERTRAGSTEUERN

# Verlängerung der Abgabefristen für Steuererklärungen auch für 2020

Im Rahmen des sog. ATAD-Umsetzungsgesetzes vom 25.06.2021 (BGBl. I S. 2035) wurden die Fristen für die Abgabe der Ertrags- und Umsatzsteuererklärungen für 2020 verlängert. Für beratene Steuerpflichtige verlängert sich danach die Abgabefrist nach § 149 Abs. 2 AO vom 28.02.2022 auf den 31.05.2022, für nicht beratene Steuerpflichtige vom 31.07.2021 auf den 31.10.2021 (soweit der Tag im jeweili-

gen Bundesland (konkret in Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen) ein Feiertag ist, verlängert sich die Frist auf den 01.11.2021).

**Hinweis:** Der Gesetzgeber hat mit Rücksicht auf die coronabedingten Mehrbelastungen auch für die Erklärungen 2021 Fristverlängerungen gewährt. Allerdings sollte für beratene Steuerpflichtige eine Abgabe der Erklärungen bis zum 31.05.2022 erfolgen, da ansonsten obligatorische Verspätungszuschläge drohen (vgl. BMF-Schreiben vom 20.07.2021, Az. IV A 3 – S 0261/20/10001 :014).

**Wolfgang Reinhart**

+49 711 2049-1425

# Verlängerung der Ermäßigungen für Restaurationsleistungen

Durch das Dritte Corona-Steuerhilfegesetz vom 10.03.2021 (BGBl. I 2021, 330) hat der Gesetzgeber die Gewährung des ermäßigten Umsatzsteuersatzes i.H.v. 7 Prozent für

erbrachte Restaurant- und Verpflegungsdienstleistungen mit Ausnahme der Abgabe von Getränken über den 30.06.2021 hinaus befristet bis zum 31.12.2022 verlängert.

Damit können Speisen weiterhin zum ermäßigten Steuersatz abgegeben werden.

**Wolfgang Reinhart**  
+49 711 2049-1425

# Zur Steuerbefreiung eng mit der Sozialfürsorge verbundener Dienstleistungen im Bereich des Rettungsdienstes

Abrechnungen von Krankentransport- und Rettungsdienstleistungen fremder Leistungserbringer, die ein Rettungsdienst für den Träger des Rettungsdienstes übernommen hat, können gemäß Urteil des BFH vom 14.02.2021 (Az. XI R 32/20) als „eng mit der Sozialfürsorge und der sozialen Sicherheit verbundene Dienstleistungen i.S.d. Art. 132 Abs. 1 g MwStSystRL anzusehen sein. Eine hierfür erforderliche „Einrichtung mit sozialem Charakter“ kann in Bezug auf solche Abrechnungsleistungen auch darin liegen, dass der Sozialversicherungsträger ein solches Abrechnungsverfahren von den Leistungserbringern verlangt und entsprechende Vereinbarungen geschlossen werden, die auf gesetzlicher Grundlage beruhen.

Im Streitfall übernahm der gemeinnützige Rettungsdienstleister neben der Wahrnehmung seiner eigenen Rettungstätigkeiten und deren Abrechnung gegenüber dem Landkreis als Träger des Rettungsdienstes auch die Abrechnung der anderen Rettungsdienste gegen Entgelt.

Nach Auffassung des BFH sind auch die Abrechnungsleistungen für andere Rettungsdienste nach Art. 132 Abs. 1 g MwStSystRL steuerfrei. Die Klägerin sei auch insoweit als Einrichtung mit sozialem Charakter anzusehen. Die Abrechnungsleistung sei für die jeweils abgerechnete Leistung unerlässlich, weil nach dem Verlangen der Sozialversicherungsträger in jedem Landkreis jeweils nur eine Abrechnungsstelle vorzuhalten war und anderenfalls eine vollständige Kostenübernahme nicht zu erlangen gewesen sei. Es komme auch für die Umsatzsteuerbefreiung nicht darauf an, ob die Leistungen gegenüber dem jeweiligen Hilfsbedürftigen erbracht werden, sondern ob diese Tätigkeit

für die Maßnahmen der Sozialfürsorge unerlässlich sind (vgl. EuGH-Urteil vom 08.10.2020, Rs. C-657/19 „Finanzamt D“, Rn. 36). Insoweit hält der BFH nicht mehr an seiner bisherigen Rechtsprechung fest.

Auch erfüllte der Kläger die Voraussetzungen einer Einrichtung mit im wesentlichen sozialen Charakter, weil die Übernahme der Abrechnung für Dritte auf speziellen vertraglichen Grundlagen beruhte und nur auf Geheiß der Sozialleistungsträger erfolgte.

**Hinweis:** Soweit Krankenhäuser solche Abrechnungen von Rettungsdienstleistungen für Dritte auf Geheiß des Sozialversicherungsträgers übernehmen, können diese Leistungen umsatzsteuerfrei behandelt werden.

**Wolfgang Reinhart**  
+49 711 2049-1425

## Medizinische Gutachten von Subunternehmern der MDK nicht umsatzsteuerfrei

In dem vom BFH mit Urteil vom 24.02.2021 (Az. XI R 30/20) zu entscheidenden Fall hatte eine Krankenschwester mit medizinischer Grundausbildung Gutachten zur Pflegebedürftigkeit von Patienten im Auftrag der MDK erstellt und ohne Umsatzsteuer gegenüber der MDK abgerechnet. Das Finanzamt hatte aber eine Umsatzsteuerpflicht angenommen. Dies hat der BFH nach Vorlage der Rechtsfrage an den EuGH (Entscheidung vom 08.10.2020, Rs. C-657/19) bestätigt.

Er kommt zu dem Ergebnis, dass eine umsatzsteuerfreie Heilbehandlung nach § 4 Nr. 14 UStG nicht vorliegt, weil Hauptziel des Gutachtens nicht der Schutz einschließlich der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit sei, sondern die Schaffung der Voraussetzungen für eine rechtswirksame Entscheidung. Aufgabe der MDK sei die Begutachtung für Zwecke der Sozialversicherung, nicht dagegen die Therapie.

Auch die Steuerbefreiung nach § 4 Nr. 15 UStG sei nicht einschlägig, da die Gutachterin kein in dieser Vorschrift genannter Träger der Sozialversicherung sei.

Eine Berufung auf die Art. 132 Abs. 1 Ziff. g Mehrwertsteuersystemrichtlinie (MwStSystRL) wurde im Ergebnis ebenfalls verneint. Zwar wurde das Gutachten als eng mit der Sozialfürsorge und der sozialen Sicherheit verbundene Leistung im Sinne dieser Vorschrift angesehen. Danach ist es nicht mehr Voraussetzung, dass die Leistungen an die hilfsbedürftige Person selbst erbracht werden müssen. Insoweit hält der BFH nicht mehr an seiner entgegenstehenden Rechtsprechung (Urteil vom 01.12.2010, Az XI R 46/08) fest. Allerdings sei die Gutachterin „keine Einrichtung mit sozialem Charakter“. Zwar können auch natürliche Personen und Einheiten mit Gewinnerzielungsabsicht hierunter fallen. Die Beauftragung durch den MDK und der Umstand, dass die Kosten

des Gutachtens von den Sozialversicherungen getragen werden, reiche hierfür – wie der EuGH bereits im Vorlageverfahren entschieden hatte – aber nicht aus. An seiner bisherigen Auffassung (Urteil von 18.08.2015, Az. V R 13/14) hält der BFH nun nicht mehr fest.

**Hinweis:** Über den konkreten Fall hinaus hat dieses Urteil auch Auswirkungen auf die Auslegung des § 4 Nr. 18 UStG, weil auch eng mit der Sozialfürsorge verbundene Leistungen definiert werden.

**Wolfgang Reinhart**  
+49 711 2049-1425

## Einrichtungsfremde Leistungen fallen nicht unter die Steuerbefreiung des § 4 Nr. 16 UStG

Nach § 4 Nr. 16 UStG ist der Betrieb von Einrichtungen u. a. zur Betreuung und Pflege hilfsbedürftiger Personen steuerfrei. Dabei sind alle Personen hilfsbedürftig, die auf Grund ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustands der Betreuung oder Pflege bedürfen. Auch wenn eine Einrichtung die Voraussetzungen des § 4 Nr. 16 UStG erfüllt, sind ihre Leistungen nur dann umsatzsteuerfrei, wenn sie auch an hilfsbedürftige Personen i. S. d. Vorschrift erbracht werden. Dies hatte der BFH mit Beschluss vom 09.12.2020 (Az. XI B 22/20) im Rahmen der Ablehnung einer Nichtzulassungsbeschwerde bestätigt. Die betroffene Einrich-

tung erbrachte aufgrund eines Bescheides der zuständigen Bezirksregierung „niedrigschwellige Hilfs- und Betreuungsangebote“ gemäß § 45 b Abs. 1 S. 6 N.r. 4 SGB XI, aber auch Haushaltshilfeleistungen an Privatpersonen, die nicht unter § 4 Nr. 16 UStG fallen. Das Finanzamt behandelte letztere Leistungen als umsatzsteuerpflichtig, was der BFH letztlich mit der Ablehnung der Nichtzulassungsbeschwerde bestätigte. Die Voraussetzungen des § 4 Nr. 16 S. 1 UStG müssen für jeden Umsatz der betreffenden Einrichtung gesondert geprüft werden und vorliegen. Auch eine Berufung auf Art. 132 Abs. 1 g MwStSystRL lehnte der

BFH ab, weil die Besteuerung der einrichtungsfremden Haushaltshilfeleistungen nicht zur Erhöhung der Kosten der umsatzsteuerfreien einrichtungsbezogenen Leistungen führt.

**Hinweis:** Es sollte darauf geachtet werden, dass Leistungen von Einrichtungen nach § 4 Nr. 16 UStG an nicht hilfsbedürftige Personen der Umsatzsteuer unterworfen werden.

**Wolfgang Reinhart**  
+49 711 2049-1425



## Sachspenden in der Corona-Krise: Ergänzung des Umsatzsteueranwendungserlasses

Sachspenden unterliegen als sog. „unentgeltliche Wertabgabe“ nach § 3 Abs. 1b UStG der Umsatzsteuer, sofern der (später gespendete) Gegenstand zum vollen oder teilweisen Vorsteuerabzug berechtigt hat. Die Bemessungsgrundlage einer Sachspende bestimmt sich nicht nach den ursprünglichen Anschaffungs- oder Herstellungskosten, sondern nach dem fiktiven Einkaufspreis im Zeitpunkt der Spende. Das gilt auch für im Unternehmen selbst hergestellte Gegenstände (Abschnitt 10.6 Abs. 1 Satz 3 UStAE).

Dies kann allerdings zu einer ungerechtfertigten Besteuerung führen, wenn der Wert der Sachspende erheblich unter dem fiktiven Einkaufspreis zum Spendenzeitpunkt liegt, zumal die Verkehrsfähigkeit von Sachspenden häufig vermindert ist. Deswegen wurde in Abschnitt 10.6 UStAE ein Abschnitt 1a eingefügt, nach dem bei der Ermittlung der umsatzsteuerlichen Bemessungsgrundlage

für Sachspenden auch festzustellen ist, ob Gegenstände zum Zeitpunkt der unentgeltlichen Wertabgabe aufgrund ihrer Beschaffenheit nicht mehr oder nur noch stark eingeschränkt verkehrsfähig sind. Hiervon ist bei Lebensmitteln auszugehen, wenn diese kurz vor Ablauf des Mindesthaltbarkeitsdatums stehen oder die Verkaufsfähigkeit als Frischware, wie Backwaren, Obst und Gemüse, wegen Mängeln nicht mehr gegeben ist.

Dies gilt auch für Non-Food-Artikel mit Mindesthaltbarkeitsdatum wie beispielsweise Kosmetika, Drogerieartikel oder pharmazeutische Artikel und andere verderbliche Waren. Bei anderen Gegenständen ist die Verkehrsfähigkeit eingeschränkt, wenn diese aufgrund von erheblichen Material- oder Verpackungsfehlern oder fehlender Marktgängigkeit nicht mehr oder nur noch schwer verkäuflich sind. Werden solche Gegenstände

im Rahmen einer unentgeltlichen Wertabgabe abgegeben (z. B. Hingabe als Spende), kann eine im Vergleich zu noch verkehrsfähiger Ware geminderte Bemessungsgrundlage angesetzt werden.

Ergänzend hierzu wird mit BMF-Schreiben vom 18.03.2021 (Az. IV A 3 – S 0336/20/10001:037) bei Waren, die von Einzelhändlern, die durch die Corona-Krise unmittelbar und nicht unerheblich negativ wirtschaftlich betroffen sind, an steuerbegünstigte Organisationen gespendet werden bzw. gespendet worden sind, auf die Besteuerung einer unentgeltlichen Wertabgabe verzichtet. Diese Regelung gilt nur für Spenden, die zwischen dem 01.03.2020 und dem 31.12.2021 erfolgen.

**Wolfgang Reinhart**  
+49 711 2049-1425



## KRAFTFAHRZEUGSTEUER

# Kraftfahrzeugsteuerbefreiung nach § 3 Nr. 5 KraftStG bei verschiedenartigen Beförderungsleistungen

Der BFH hatte am 17.12.2020 in zwei Fällen über die Kraftfahrzeugsteuerbefreiung bei verschiedenartigen Beförderungsleistungen zu entscheiden. Gemäß § 3 Abs. 5 KraftStG sind u. a. Fahrzeuge, die ausschließlich im Rettungsdienst oder zur Krankenförderung verwendet werden, von der Kraftfahrzeugsteuer befreit. Voraussetzung ist, dass die Fahrzeuge äußerlich als für diese Zwecke bestimmt erkennbar sind (§ 3 Nr. 5 Satz 2 KraftStG). Nicht hierunter fallen deswegen Taxifahrten.

In dem einen Fall (Az. IV R 37/19) ging es um ein Kraftfahrzeug, das als Sonderfahrzeug für Behinderte mit Rollstuhlhebevorrichtung zugelassen war und mit einer Sonderausstattung, bestehend aus einem Aluminiumsystemboden, speziellen Einzelsitzen und Platz für wahlweise einen Rollstuhl oder zwei Tragestühle ausgestattet war. An der Heckklappe befand sich die Aufschrift „Krankenfahrten“. Mit dem Fahrzeug wurden u. a. Fahrten in zwei Kliniken vorgenommen. Es lagen ärztliche Verordnungen für die Fahrten vor. Das Hauptzollamt setzte Kraftfahrzeugsteuer fest und verneinte die Anwendung der

Befreiungsvorschrift des § 3 Abs. 5 KraftStG, weil es für die Befreiung einer fachgerechten medizinischen Betreuung der beförderten Person während der Fahrt bedürfe. Zudem setze die Befreiung die Verwendung für „dringende Soforteinsätze“ voraus, was hier wegen des Fehlens einer medizinischen Ausrüstung und geschulten Personals verneint wurde.

Der BFH verneinte zunächst das Vorliegen eines dringenden Soforteinsatzes. Es genüge danach, dass die Person behandlungsbedürftig ist und die Beförderung mit der Behandlung im Zusammenhang steht. Für letzteres sei aber nicht erforderlich, dass bereits eine fachgerechte Betreuung während der Fahrt vorliegen muss. Denn in § 3 Nr. 5 KraftStG würde zwischen Rettungsdienst und Krankenförderung unterschieden.

Wegen der Besonderheiten des Fahrzeugs und der Zwecke der Fahrt stellt die Steuerbefreiung des § 3 Nr. 5 KraftStG auch keine ungerechtfertigte Bevorzugung gegenüber dem üblichen Taxibetrieb dar.

Im zweiten Fall (Az. IV R 40/19) wurde hingegen bei der Verwendung des Fahrzeugs auch zur Beförderung von Personen zu einer Tagespflegestätte die Steuerbefreiung des § 3 Nr. 5 KraftStG verneint. Denn bei den Fahrten zur Tagespflege gehe es nicht darum, die beförderte Person zur erforderlichen medizinischen Behandlung zu bringen. Der BFH stellt damit klar, dass die Befreiung nicht für Beförderungen zu „sozialrechtlich beanspruchbaren Betreuungen“ oder „allgemein sozial wertvollen Aufgaben“ gilt.

**Hinweis:** Um die Steuerbefreiung des § 3 Nr. 5 KraftStG für Krankenförderungen zu erlangen, sollte sichergestellt werden, dass das Fahrzeug ausschließlich zu Fahrten für medizinische Zwecke verwendet wird.

**Wolfgang Reinhart**

+49 711 2049-1425



# Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung mit Änderungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte in Kraft getreten

**Am 11.06.2021 hat der Bundestag das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) beschlossen, das am 25.06.2021 vom Bundesrat gebilligt worden ist. Damit wird ein weiteres Gesetz zur Verbesserung der medizinischen Versorgung auf den Weg gebracht. Der Gesetzgeber verfolgt mit dem Gesetz unter anderem das Ziel, die Qualität und Transparenz der medizinischen Versorgung zu stärken, Leistungsangebote zu erweitern und eine stärkere Vernetzung zwischen den einzelnen Leistungserbringern zu erreichen.**

Im Bereich der Krankenhaus- und vertragsärztlichen Versorgung sind folgende relevante Änderungen zu beachten:

## **Ersteinschätzungsverfahren für die ambulante Notfallbehandlung**

Eingeführt wird ein einheitliches Ersteinschätzungsverfahren für die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus. Positiv zu bewerten ist zunächst das damit verfolgte Ziel, die Krankenhäuser zu entlasten und Patienten in die richtige Versorgungsebene zu leiten.

Der Gesetzgeber sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Vorgaben für ein qualifiziertes und standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren für ambulante Notfallbehandlungen in Krankenhäusern entwickelt. Das Verfahren setzt die Krankenhäuser aber dadurch unter Druck, dass die Anwendung des Ersteinschätzungsverfahrens künftig Voraussetzung für die Abrechnung ambulanter Notfallleistungen ist. Eine Vergütung ambulanter Leistungen zur Behandlung von Notfällen findet nur dann

statt, wenn zuvor in dem gesonderten Ersteinschätzungsverfahren die sofortige ambulante Behandlungsnotwendigkeit festgestellt wurde.

Mit der Neuregelung versucht der Gesetzgeber, Patienten zielgerichtet zu Haus- und Fachärzten zu steuern. Fraglich ist aber bereits, ob mit der Neuregelung eine sachgerechte Zuordnung der Patienten zu der richtigen Versorgungsebene sowie eine damit einhergehende wünschenswerte Entlastung der Notfallambulanzen der Krankenhäuser sichergestellt werden kann. Demgegenüber zeichnet sich klar ab, dass der Bürokratieaufwand der Krankenhäuser ein weiteres Mal erhöht wird. Tatsächlich wäre ein stärkerer Fokus auf eine wirtschaftlich tragfähige und nachhaltige Finanzierungslösung wünschenswert gewesen. Aufgrund der aktuellen Situation, dass Patienten häufig in der Notaufnahme der Krankenhäuser vorstellig werden, weil sie im niedergelassenen Bereich keine zeitnahe Versorgung erhalten können, bleibt abzuwarten, inwieweit die Krankenhäuser durch diese Regelung tatsächlich eine Entlastung im Patientenaufkommen erfahren.

## **Übergangspflege im Krankenhaus**

Zu begrüßen ist die Einführung des neuen § 39e SGB V, der einen Anspruch auf stationäre Übergangspflege begründet. Mit Inkrafttreten des GVWG sind Krankenhäuser nunmehr berechtigt, Leistungen der Kurzzeitpflege zu erbringen und bei den Krankenkassen abzurechnen, sofern eine Anschlussversorgung nicht oder nur unter erheblichem Aufwand sichergestellt werden kann. Die Übergangspflege muss im behandelnden Krankenhaus erbracht werden und kann für höchstens zehn Tage

beansprucht werden. Sie umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.

Die Neuregelung sorgt primär für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung für Patienten. Aber auch den Krankenhäusern wird ein gewisser Druck genommen. Bei Überschreiten der Grenzverweildauer können sie jetzt auf eine explizite Kostenregelung zurückgreifen, die bislang fehlte. Auch im Hinblick auf die bestimmte Bettenbelegung im Krankenhaus kann die Neuregelung für mehr Planungssicherheit sorgen. Schwierigkeiten in der kritischen Phase zwischen stationärer Krankenhausversorgung und weitergehender medizinischer, rehabilitativer oder pflegerischer Versorgung können so etwas abgemildert werden und werden nicht mehr allein auf dem Rücken der Krankenhäuser ausgetragen. Hinsichtlich des Anspruchs auf Erstattungen durch die Übergangspflege wird es aber maßgeblich auf eine sorgfältige und ausführliche Dokumentation der Krankenhäuser ankommen. Da die Einführung der Übergangspflege im SGB V verortet worden ist, bleibt die Handhabung bei privatversicherten Patienten derzeit noch unregelt.

## **Neue Mindestmengenregelungen und verbindliche Qualitätsverträge**

In der Krankenhausversorgung werden neue Bereiche für Mindestmengen festgelegt. Der neue § 136b SGB V sieht vor, dass bis zum 31.12.2023 vier weitere Leistungen bzw. Leistungsbereiche durch den G-BA festgelegt werden sollen. Gestrichen wurde

der alte § 136b Abs. 3 SGB V, wonach eine Unterschreitung der Mindestmengen ausnahmsweise bei nachgewiesener hoher Qualität möglich war. Gemäß § 136b Abs. 5 SGB V n. F. können zur Sicherstellung der Versorgung zwar weiterhin Ausnahmen von den Mindestmengen durch die zuständige Landesbehörde auf Antrag des Krankenhauses erteilt werden, allerdings nur im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.

Der Gesetzgeber verfolgt mit dieser Neuordnung die Möglichkeit, Mindestmengen besser durchzusetzen, und das Ziel, die Qualitätssicherung in der Krankenhausversorgung zu verbessern. Die Abschaffung von Ausnahmetatbeständen bei den Mindestmengenregelungen kann jedoch einer flächendeckenden und qualitätsorientierten Versorgung in ländlicheren Gebieten gerade auch entgegenstehen, da eine geringfügige Unterschreitung der Mindestmengen nicht zwingend damit gleichzusetzen ist, dass die Qualität der Leistung sinkt und einer Gelegenheitsversorgung entspricht.

Qualitätsverträge zwischen Krankenkassen und Kliniken werden verbindlicher geregelt. Gemäß § 110a Abs. 1 Satz 1 SGB V n. F. haben die Krankenkassen und Krankenhäuser zu von dem G-BA festgelegten vier Leistungen bzw. Leistungsbereichen Qualitätsverträge abzuschließen. Für diese Anwendungsbereiche sollen die Elemente der qualitätsorientierten Vergütung stärker erprobt werden. Welchen Einfluss die neue Verbindlichkeit auf die Verbesserung der medizinischen Versorgung hat und ob sich diese zugunsten der Krankenhäuser auswirkt, ist ungewiss.

### **Mehr Transparenz und Qualität in der Versorgung**

Für den Gesetzgeber war handlungsleitend, die Transparenz und Qualität der Krankenhaus- und vertragsärztlichen Versorgung zu verbessern.

Konkret wird der G-BA mit dem neu eingefügten § 136a Abs. 6 SGB V bis Ende nächsten Jahres verpflichtet, einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit durch einrichtungsbezogene Vergleiche der zugelassenen Krankenhäuser und – ab jetzt auch auf ambulanter Ebene – der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte festzulegen. Dabei muss die Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse der bereits verarbeiteten Daten einrichtungsbezogen und regelmäßig erfolgen.

Die Förderung der Transparenz in der Krankenhausversorgung, soll u. a. durch mehr Informationen über den Pflegepersonaleinsatz in den Krankenhäusern erreicht werden. Dazu werden für jeden Krankenhausstandort die Pflegepersonalquotienten ermittelt und künftig auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) veröffentlicht. Das Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zum Pflegeaufwand wird mit dieser Neuordnung deutlich. Um konkurrenzfähig zu bleiben, sind Krankenhäuser daher angehalten, auf einen angemessenen Ausgleich zwischen Personaleinsatz und Pflegebedarf zu achten.

Weitere Möglichkeiten für eine Verbesserung der Transparenz sah der Gesetzgeber zudem im Bereich der Patientenbefragungen in der Krankenhausversorgung. Durch die Änderung des § 299 Abs. 4 SGB V zur Datenerhebung durch den G-BA wird die Patientenbefragung weiterentwickelt und kann in Zukunft auch digital genutzt werden.

### **Ausweitung des Zweitmeinungsverfahrens**

Ab dem 01.01.2022 soll der G-BA jährlich mindestens zwei weitere Eingriffe bestimmen, für die ein Anspruch der Versicherten auf Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung gemäß der Neufassung in § 27b Abs. 2 SGB V besteht.

### **Implementierung eines Modellvorhabens im Bereich Onkologie**

Das GVWG sieht vor, ein bundeseinheitlich durchzuführendes Modellvorhaben zur umfassenden Diagnostik und Therapiefindung mittels Genomsequenzierung im Bereich der Onkologie bzw. seltenen Krankheiten zu implementieren. Besonders hervorzuheben und begrüßenswert ist hier die darauf aufbauende Datenzusammenführung der gesammelten klinischen und genomischen Daten in einer bundesweiten Dateninfrastruktur. Die im Rahmen des Modellvorhabens gewonnenen Daten können so leichter analysiert werden und tragen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung bei. Von den Krankenhäusern weiterhin im Blick zu behalten sind die datenschutzrechtlichen Anforderungen an die Umsetzung des Modellvorhabens.

### **Refinanzierungsmöglichkeiten für klinische Sektionen**

Mit Streichung des § 9 Abs. 1a Nr. 3 KHEntgG fallen die zur Qualitätssicherung erforderliche Sektionsrate und die Kriterien für die Auswahl der zu obduzierenden Todesfälle weg. Dagegen soll über den vom InEK kalkulierten Zuschlag jede durchgeführte klinische Sektion, die die für die Qualitätssicherung erforderlichen Mindestanforderungen erfüllt, refinanziert werden. Dabei sind im Zuschlag für klinische Sektionen die vom InEK kalkulierten Kosten in voller Höhe zu berücksichtigen.



### **Außerdem: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertrags(-zahn)ärzte**

Ferner ist die leicht zu übersehende Änderung der Zulassungsverordnung für Vertrags(-zahn)ärzte zu beachten. Gemäß § 95e SGB V n. F. besteht nun eine Berufshaftpflichtversicherung für Vertrags(-zahn)ärzte. Der Zulassungsausschuss prüft, ob ein ausreichender Versicherungsschutz bei einem Antrag auf Zulassung, Ermächtigung oder Anstellung besteht. Bei bereits zugelassenen Vertrags(-zahn)ärzten wird der zuständige Zulassungsausschuss verpflichtet, diesen Nachweis nachzufordern.

Hiermit soll der Patientenschutz gestärkt werden, sollte es in Folge einer Berufspflichtverletzung im Ausnahmefall zu einem Wegfall eines solventen Leistungserbringers kommen. Wird der Nachweis nicht erbracht, kann der Zulassungsausschuss das Ruhen der Zulassung und nach Ablauf von zwei Jahren nach dem Beschluss die Entziehung der Zulassung beschließen.

### **Fazit**

Das GWVG bringt viele und in Teilen umstrittene Änderungen mit erheblichem Konfliktpotential mit sich. Der Gesetzgeber

beabsichtigt, mit dem Sammelgesetz allgemein den äußeren Rahmen der Gesundheitsversorgung weiter zu stärken. In welchem Umfang dies mit dem vorliegenden Maßnahmenpaket erreicht werden kann oder die tägliche Arbeit der Leistungserbringer erschwert wird, bleibt abzuwarten.

Bereits jetzt ist klar: Die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen bleibt nach wie vor notwendig.

**Kerstin Reinhard, Hanna Brinkmann**  
+49 221 2064-3688



## Medizinprodukte aus der Schweiz werden in der EU nicht mehr als gleichwertig anerkannt

**Die neue EU-Medizinprodukte-Verordnung (Medical Device Regulation = MDR) ist am 26.05.2021 in Kraft getreten. Sie hat weitreichende negative Konsequenzen für Medizinproduktehersteller aus der Schweiz.**

Leider sind die Verhandlungen zur notwendigen Anpassung des Abkommens zur gegenseitigen Anerkennung von Medizinprodukten zwischen der EU und der Schweiz (Mutual Recognition Agreement = MRA) an die MDR am 26.05.2021 gescheitert.

Für Medizinprodukte-Hersteller aus der Schweiz bedeutet dies, dass sie ab dem 26.05.2021 im Sinne der MDR als sogenannter Drittstaat gelten und daher die neuen Regelungen der MDR zu beachten haben, wenn sie weiterhin in die EU exportieren

möchten. So müssen sie u. a. in der EU einen Bevollmächtigten im Sinne des Art. 2 Nr. 32, 11 MDR benennen. Dieser EU-Bevollmächtigte – wie auch der Hersteller im nicht EU-Ausland – muss eine fachkundige Person im Sinne des Art. 15 Abs. 1 und 6 MDR vorhalten, die das erforderliche Fachwissen über das EU-Medizinprodukterecht nachweisen kann.

Zwar können auch europäische Medizinproduktehersteller ihre Waren nicht ohne Handelsbeschränkungen in die Schweiz exportieren, dies betrifft jedoch nur einen sehr geringen Teil der europäischen Hersteller. Denn die EU führt ca. 10 % der Medizinprodukte aus der Schweiz ein und nur 5 % der Medizinprodukte in die Schweiz aus. Umgekehrt setzt die Schweiz knapp 46 % ihrer Medizinprodukte auf dem europäischen Markt ab und importiert 54 %.

Ob die EU und die Schweiz die Verhandlungen hinsichtlich der Aktualisierung des MRA wieder aufgreifen werden, bleibt abzuwarten. Bis dahin werden die Kosten der Handelsbeschränkungen von den betroffenen Medizinprodukteherstellern getragen werden müssen.

***Daria Madejska, LL.M.***  
+49 221 20643-645



## Keine Befristung des Arbeitsverhältnisses wegen herausgehobener Position

### **Eine herausgehobene Position eines Arbeitnehmers im Rahmen der Unternehmensorganisation rechtfertigt nicht die Befristung des Arbeitsverhältnisses.**

Die Befristung eines Arbeitsverhältnisses wegen der Eigenart der Arbeitsleistung nach § 14 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 TzBfG kann nicht mit der herausgehobenen Position eines Arbeitnehmers im Rahmen der Organisation des Unternehmens und der sich daraus ergebenden Befugnisse gerechtfertigt wer-

den. Dies entschied das LAG Schleswig-Holstein mit Urteil vom 26.01.2021. Dazu führt es aus, dass der Sachgrund nach § 14 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 TzBfG neben einer beiderseitigen Interessenabwägung jedenfalls voraussetzt, dass das Arbeitsverhältnis durch außergewöhnliche Umstände geprägt ist, die ein berechtigtes Interesse der Parteien, insbesondere des Arbeitgebers, an einer Beendigung des Arbeitsverhältnisses ohne Kündigung begründen können.

**Hinweis:** Im Streitfall war der Kläger zunächst als geschäftsführender und als später kaufmännischer Direktor einer rechtsfähigen Anstalt des öffentlichen Rechts (Klinikum) – wenn auch in herausgehobener Stellung – strikt in die Hierarchie der Anstalt eingebunden. Dies rechtfertigt nach Auffassung des Gerichts aber nicht die Befristung seines Arbeitsverhältnisses.

**Daria Madejska, LL.M.**  
+49 221 20643-645

# Bestimmung der eigenen Marktposition vor dem Hintergrund zunehmender Ambulantisierung

Der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser hat durch die Corona-Pandemie im letzten Jahr noch einmal deutlich zugenommen. Nicht nur die Unsicherheit über den Fortgang der Pandemie und die Knappheit an Fachkräften, Schutzartikeln etc., auch die (zukünftigen) stationären und ambulanten Leistungsentwicklungen spielen hierbei eine Rolle.

Insbesondere aufgrund der Corona-Pandemie sind die stationären Fallzahlen um rd. 13 % gesunken. Die wirtschaftlichen Folgen wurden durch Ausgleichszahlungen aufgefangen bzw. insgesamt gesehen sogar überkompensiert, denn trotz des deutlichen Fallzahlrückganges konnten die Erlöse um etwa 15 % gesteigert werden. Es ist jedoch eine differenzierte Betrachtung notwendig, ob sich Ausgleichszahlungen positiv auf das jeweilige Krankenhaus ausgewirkt haben. Hierbei spielt neben der jeweiligen Fachabteilungsstruktur auch die Versorgungsstufe des Krankenhauses sowie die räumlich-strukturelle Situation eine entscheidende Rolle.

Unabhängig jedoch von der Entwicklung in 2020 ist die zukünftige strategische und wirtschaftliche Aufstellung der Krankenhäuser. Es ist zu erwarten, dass sich die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser ab 2022 weiter verschärfen wird, da zum einen die Auswirkungen aus den oftmals noch offenen Budgetverhandlungen zum Pflegebudget aus 2020 mit Unsicherheiten behaftet sind und zum anderen voraussichtlich der Rückgang der Fallzahlen insbesondere durch die voranschreitende Ambulantisierung kein temporärer Effekt in 2020 und 2021 sein wird.

Der Gesetzgeber unterstützt die Ambulantisierung durch die Reform der Regelung zum ambulanten Operieren im Krankenhaus gemäß § 115b SGB V, da Deutschland zu den Ländern gehört, in denen im internationalen Vergleich Operationen überdurchschnittlich häufig stationär erbracht werden. Mit dem MDK-Reformgesetz, das bereits am 01.01.2020 in Kraft getreten ist, wurde beschlossen, die ambulant durchführbaren Operationen, stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Be-

handlungen hinsichtlich des Umfangs und der Vergütung der Leistungen zu untersuchen, um das ambulante Potenzial in der stationären Versorgung zu heben. Ursprünglich sollte der neue AOP-Katalog bereits 2021 zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassennäztliche Bundesvereinigung vereinbart werden. Mit dem zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wurde die Überarbeitung des AOP-Kataloges nach der Maßgabe der Gutachtenergebnisse auf den 31.01.2022 verschoben. Es ist zu erwarten, dass mit Einführung des neuen AOP-Kataloges eine weitere, deutliche Verschiebung zwischen dem stationären und ambulanten Bereich stattfindet. Inwieweit ein Anreiz zur ambulanten Leistungserbringung durch die Krankenhäuser auch unter dem Aspekt der Möglichkeit der wirtschaftlichen Leistungserbringung geschaffen werden kann, bleibt abzuwarten.

Weitere Herausforderungen ergeben sich für die Krankenhäuser durch den Fachkräftemangel, den demografischen Wandel, sinkende Verweildauern oder (gesetzliche) Rahmenbedingungen, wie beispielsweise Strukturprüfungen als Voraussetzung zur Leistungserbringung. Während in der dynamisch verlaufenden Entwicklung der Covid-19-Pandemie insbesondere das kurzfristige tägliche Krisenmanagement in den Vordergrund gerückt ist, gilt es jetzt, insbesondere mittel- und langfristige Maßnahmen und Entwicklungsstrategien wieder verstärkt in den Blick zu nehmen.

Hierbei ist es wichtig, das eigene Krankenhaus bzw. das Leistungsportfolio und die Marktposition im Vergleich zur aktuellen Wettbewerbssituation sowie im Hinblick auf die Versorgungssituation richtig einordnen zu können. Dabei spielen nicht nur die gegenwärtige Situation, sondern auch künftige Bedarfe und Veränderungen in der Versorgungsstruktur eine wichtige Rolle. In Abhängigkeit von der Versorgungslandschaft – Überversorgung in Ballungsgebieten mit Konsequenzen der Bettenreduktionen versus Krankenversorgung in ländlichen Gebieten – sind unter-

schiedliche Maßnahmen notwendig, um eine nachhaltig wirtschaftliche und strategische Perspektive zu entwickeln.

In Kenntnis der eigenen Patientenstruktur und -herkunft auf Fachabteilungs- und Gesamtkrankenhausniveau (regionaler oder überregionaler Versorgungsschwerpunkt, Einweiserströme, etc.) z. B. hinsichtlich Anzahl, Alters- und Schweregradverteilung, ambulanten Potenzialen oder Verweildauerpotenzialen, ist die Ableitung der Stärken und Schwächen möglich. Dies bietet die Möglichkeit, das Leistungsportfolio hinsichtlich der Zielgruppenerreichung, z. B. bei Angeboten in bestimmten Fachabteilungen oder relevanten überörtlich vorzuhaltenden spezialisierten Leistungsangeboten, die der Bedarfsplanung obliegen (z. B. Erbringung neurochirurgischer Leistungen oder Leistungen der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie), zu schärfen. Auch die zur Patientenversorgung zukünftig notwendigen Kapazitäten im Hinblick auf die regional orientierte Gesundheitsversorgung oder zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Regionen können so ermittelt werden.

## Fazit

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die leistungswirtschaftlichen und finanziellen Unsicherheiten für die einzelnen Krankenhäuser aufgrund der absehbaren Entwicklungen in den kommenden Jahren bestehen bleiben. Für eine nachhaltige wirtschaftliche Positionierung spielen die Veränderung der Versorgungslandschaft und die Entwicklung der stationären Fallzahlen aufgrund der demografischen Entwicklung und Ambulantisierung als relevante Einflussfaktoren eine große Rolle. Umso wichtiger ist es daher, die eigene Marktposition im Hinblick auf die jetzige und zukünftige Versorgungssituation zu kennen, da diese die Basis für die zukünftige Wirtschaftlichkeit und Finanzierung darstellen und damit zur Sicherstellung der Liquidität beitragen.

**Britta Krüger**  
+49 711 2049-1140



## Controlling in Altenpflegeeinrichtungen – ein Paradigmenwechsel ist (häufig) notwendig

**Gewinnerzielung in der Altenhilfe ist maßgeblich von einer konsequenten Steuerung durch die verantwortlichen Führungskräfte abhängig. Hier stehen insbesondere die wesentlichen Strukturkennzahlen wie Belegungsauslastung, Pflegekennziffer und Fachkraftquote im Fokus.**

Nur wenn geeignete Kennzahlen sowie deren Entwicklung (auch prognostisch) regelmäßig analysiert werden, gelingt es, eine Einrichtung wirtschaftlich zu führen.

In der Praxis stellt sich jedoch häufig das Problem, dass gerade bei kleineren Trägern die Controlling-Abteilung aufgrund unzureichender personeller und technischer Ressourcen die wesentlichen steuerungsrelevanten Kennzahlen nicht zeitnah zur Verfügung stellen kann. Die Konsequenz daraus ist, dass die verantwortlichen Führungskräfte in den Einrichtungen die Steuerungsgrößen zu spät erhalten, so dass eine notwendige Reaktion auf negative Entwicklungen nicht kurzfristig erfolgen kann. Konsequenz könnte beispielsweise sein, dass die Belegung heruntergefahren werden muss und somit keine ausreichende Refinanzierung der Fixkosten der Einrichtung erfolgt.

Analysiert man die Problematik, kommt man zu zwei unterschiedlichen Lösungsansätzen:

- ▶ Aufstockung von Personal im Controlling
- ▶ Optimierung der Systemlandschaft, um die (ggf. unterdimensionierte) Controlling-Abteilung zu entlasten.

Der erste Lösungsansatz scheitert häufig bereits an der Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal. Außerdem ist eine Refinanzierung über die Pflegesätze in der Regel schwer umzusetzen. Darüber hinaus wird durch eine einfache Kapazitätssteigerung im Controlling ein Grundproblem häufig nicht gelöst: Die zuständigen Mitarbeiter verbringen einen Großteil ihrer Arbeitszeit mit der Aufbereitung von Daten und der Erstellung von Berichten bzw. Reports. Somit verbleibt wenig Zeit für die eigentliche Kernaufgabe der Controller, nämlich der Analyse und Interpretation der ausgewerteten Informationen, um die steuerungsverantwortlichen Führungskräfte beratend zu unterstützen.

Die bessere Lösung ist die Implementierung einer adäquaten Systemlandschaft, die die Daten automatisiert aus den vorhandenen Vorsystemen extrahiert und die benötigten Berichte und Reports im weiteren Schritt weitgehend automatisiert. Hier bietet sich eine sogenannte Corporate Performance Management-Software an. Die Controlling-Abteilung administriert die Software und generiert die benötigten Berichte und Reports.

Neben der Bereitstellung von leistungswirtschaftlichen Strukturkennzahlen kann darüber hinaus durch die Systemlösung der komplette finanzwirtschaftliche Reporting- und Planungsprozess systemgestützt abgebildet werden, wodurch die Mitarbeiter im Controlling weiter entlastet werden.

Zu Beginn einer solchen Einführung entsteht im Rahmen der Implementierungsphase eine zeitliche Mehrbelastung, da das Controlling ggf. in Zusammenarbeit mit externen Software-Beratern die individuellen Anforderungen an zukünftige Prozesse und Berichte erstmalig aufbauen muss. Sobald aber die Implementierung abgeschlossen ist, ergeben sich freie personelle Ressourcen, da die Daten nicht mehr manuell aufbereitet werden müssen. Diese Ressourcen stehen dann der Organisation und den Einrichtungsleitern in Form von Beratungs- bzw. Managementleistungen zur Verfügung.

Die Daten sind in der Regel tagesaktuell verfügbar, so dass eine zeitnahe Steuerung der wesentlichen Strukturparameter möglich und somit ein wesentlicher Beitrag zur wirtschaftlichen Führung der Einrichtungen geleistet wird.

**Niko Ballarini**  
+49 711 2049-1387

---

## IMPRESSUM

---

### Herausgeber:

Ebner Stolz Mönning Bachem  
Wirtschaftsprüfer Steuerberater Rechtsanwälte  
Partnerschaft mbB  
[www.ebnerstolz.de](http://www.ebnerstolz.de)

Ludwig-Erhard-Straße 1, 20459 Hamburg  
Tel. +49 40 37097-0

Holzmarkt 1, 50676 Köln  
Tel. +49 221 20643-0

Kronenstraße 30, 70174 Stuttgart  
Tel. +49 711 2049-0

### Redaktion:

Niko Ballarini, Tel.: +49 711 2049-1387  
Annika Brunkhardt, Tel.: +49 711 2049-1140  
Dr. Ulrike Höreth, Tel. +49 711 2049-1371  
[gesundheit@ebnerstolz.de](mailto:gesundheit@ebnerstolz.de)

**novus** enthält lediglich allgemeine Informationen, die nicht geeignet sind, darauf im Einzelfall Entscheidungen zu gründen. Der Herausgeber und die Autoren übernehmen keine Gewähr für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit der Informationen. Sollte der Empfänger des **novus** eine darin enthaltene Information für sich als relevant erachten, obliegt es ausschließlich ihm bzw. seinen Beratern, die sachliche Richtigkeit der Information zu verifizieren; in keinem Fall sind die vorstehenden Informationen geeignet, eine kompetente Beratung im Einzelfall zu ersetzen. Hierfür steht Ihnen der Herausgeber gerne zur Verfügung.

**novus** unterliegt urheberrechtlichem Schutz. Eine Speicherung zu eigenen privaten Zwecken oder die Weiterleitung zu privaten Zwecken (nur in vollständiger Form) ist gestattet. Kommerzielle Verwertungsarten, insbesondere der (auch auszugsweise) Abdruck in anderen Newslettern oder die Veröffentlichung auf Webseiten, bedürfen der Zustimmung der Herausgeber.

Wir legen großen Wert auf Gleichbehandlung. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verzichten wir jedoch auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers. Im Sinne der Gleichbehandlung gelten entsprechende Begriffe grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform beinhaltet also keine Wertung, sondern hat lediglich redaktionelle Gründe.

### Fotonachweis:

Alle Bilder: © [www.gettyimages.com](http://www.gettyimages.com)