

novus

GESUNDHEITSWESEN

Zur ambulanten Abgabe von Zytostatika durch ermächtigte Ärzte im Rahmen einer genehmigten Nebentätigkeit

„Pflexit“ – Zur Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG

Kennzahlen der Vermögenslage im Benchmark



Vorwort



Liebe Leserinnen und Leser,

Krankenhäuser erhalten zukünftig eine Kombination von Fallpauschalen und Pflegepersonal-kostenvergütung. Das wird zu einem Absinken des Case-Mix-Volumens und finanziellen Einbu-ßen in der Übergangsphase führen. Der Umfang der Budgetminderungen hängt stark vom Leistungsspektrum des jeweiligen Krankenhauses ab. Der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben hierzu am 4.3.2019 die Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung abgeschlossen. Die Vereinbarung definiert die auszugliedernden Pflegepersonalkosten und enthält Vorgaben für die Zuordnung und Abgrenzung von Kosten für Pflegepersonal von den verbleibenden DRG-relevanten Kosten. Hierzu verweisen wir auf unseren Beitrag „Pflexit - Zur Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG“ in dieser Ausgabe sowie auf unsere Mandantenveranstaltungen am 7.11.2019 in Stuttgart und am 26.11.2019 in Köln. Wir freuen uns sehr, Sie bei einem der Workshops begrüßen zu dürfen. Eine gesonderte Einladung erhalten Sie in Kürze.

Ferner informieren wir über den Gesetzentwurf zur Errichtung des Implantateregisters und den geplanten Meldepflichten für Produktverantwortliche, Krankenhäuser, Krankenkassen und andere Gesundheitseinrichtungen. Sollte dieser Gesetzentwurf – wie beabsichtigt – zum 1.1.2020 in Kraft treten, müssen sich viele Akteure im Gesundheitswesen auf einen erhöhten Verwaltungs- und Kostenaufwand einstellen.

Nachdem sich der Bundesgerichtshof und das Bundessozialgericht zu den rechtlichen Themen bei der ambulanten Verabreichung von patientenindividuell hergestellten Arzneimitteln geäu-ßert haben, ist auch an der steuerlichen Front noch keine Ruhe eingekehrt. Auch der Bundesfinanzhof hat sich erneut mit dem Thema Zytostatika auseinandergesetzt. Nach seiner Auffas-sung spielt es bei der ambulanten Abgabe von Zytostatika durch ermächtigte Chefärzte an Patienten keine Rolle, ob der Arzt die Heilbehandlung im Rahmen seiner Dienstaufgabe oder in genehmigter Nebentätigkeit erbringt. In beiden Fällen sieht der BFH eine Zuordnung der Zytostatikalieferung zum ertragsteuerfreien Zweckbetrieb. Einzelheiten finden Sie in dieser Ausgabe des novus Gesundheitswesen. Ebenfalls ist uns bekannt, dass das Bundesfinanzminis-terium ein Schreiben zur Umsatzsteuerfreiheit von individuell hergestellten Arzneimitteln im Rahmen von Verträgen zur Integrierten Versorgung plant. Somit können betroffene Kranken-häuser künftig ebenfalls in dieser Konstellation Umsatzsteuerbeträge zurückfordern. Des Wei-teren möchten wir Sie darauf hinweisen, dass ein Krankenhaus in Sachsen-Anhalt ein Gerichts-verfahren gegen sein Finanzamt in Bezug auf die Umsatzsteuerfreiheit von ambulant verabreichten Fertigarzneimitteln führt. Das zuständige Finanzgericht hat hier – unabhängig vom Ausgang des Verfahrens – bereits angekündigt, dass es eine Sprungrevision zulassen wird.

Zum Schluss möchten wir Sie noch auf unsere Veranstaltungsreihe „Umsatzsteuer Impuls für Gesundheitseinrichtungen“ hinweisen, zu der wir Sie am 24.10.2019 in Stuttgart herzlich einladen. Der Schwerpunkt der diesjährigen Veranstaltung liegt in den unterschiedlichen Formen von Kooperationen im Gesundheitswesen, die wir umsatzsteuerlich beleuchten.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre. Sollten Sie weitere Informationen benötigen, sprechen Sie uns gerne an!

Brent Schanbacher
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater
Partner bei Ebner Stolz

Dr. Sarah Gersch-Souvignet
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht



■ STEUERBERATUNG

Zur ambulanten Abgabe von Zytostatika durch ermächtigte Ärzte im Rahmen einer genehmigten Nebentätigkeit	4
Umsatzsteuerbefreiung für Leistungen eines Gesundheitszentrums	5
Umsatzbesteuerung von Privatkliniken zum Ersten	6
Umsatzbesteuerung von Privatkliniken zum Zweiten – geplante Neuregelungen nach dem Jahressteuergesetz 2019	7
Steuerliche Behandlung der Überlassung von (Elektro-)Fahrrädern an Arbeitnehmer	8
Umfang der lohnsteuerpflichtigen Zuwendungen bei Betriebsveranstaltungen	8
Sachbezugswert für arbeitstäglige Zuschüsse zu Mahlzeiten	9

■ RECHTSBERATUNG

Streitigkeiten um Zytostatikazubereitungen nehmen kein Ende	10
Krankenhaus-Honorarärzte sind regelmäßig sozialversicherungspflichtig	10
„Pflexit“ – Zur Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG	12
Verpflichtung der Krankenhäuser zur Übermittlung von Kalkulationsdaten und Daten nach der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung an das InEK	14
Gesetzentwurf zur Errichtung des Implantatregisters Deutschland (EIRD)	15

■ UNTERNEHMENSBERATUNG

Kennzahlen der Vermögenslage im Benchmark	16
---	----

■ IT

IT-Sicherheitsgesetz 2.0	18
--------------------------	----

■ INTERN

	20
--	----



Zur ambulanten Abgabe von Zytostatika durch ermächtigte Ärzte im Rahmen einer genehmigten Nebentätigkeit

Bereits vor sechs Jahren hatte der BFH mit Urteil vom 31.7.2013 (Az. I R 82/12) entschieden, dass die Lieferung von Zytostatika durch eine Krankenhausapotheke an ambulant im Krankenhaus von einem hierzu nach § 116 SGB V ermächtigten Krankenhausarzt behandelte Patienten zum ertragsteuerfreien Zweckbetrieb gehört.

In dem zugrundeliegenden Fall behandelte der Chefarzt die Patienten im Rahmen seiner Dienstaufgaben. Die Finanzverwaltung nahm dies zum Anlass, nur in diesen speziellen Fällen ausnahmsweise von der Zugehörigkeit der Lieferung zum Zweckbetrieb auszugehen (siehe aktueller Anwendungserlass zur Abgabenordnung zu § 67).

In den Fällen, in denen angestellte Krankenhausärzte zwar über eine Ermächtigung nach § 116 SGB V verfügten, die Tätigkeit aber in genehmigter Nebentätigkeit als freiberufliche Tätigkeit i. S. des § 18 EStG ausübten, bedeutete dies im Umkehrschluss,

dass diese Lieferung der Zytostatika dem ertragsteuerpflichtigen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb zuzuordnen war. Dieser Lesart hat sich die OFD Nordrhein-Westfalen mit Verfügung vom 29.9.2015 (Az. S 0186 – 2014/0002 – St 15) explizit angeschlossen.

Der BFH hatte sich erneut mit einem solchen Fall zu beschäftigen und kommt in seinem Urteil vom 6.6.2019 (Az. V R 39/17) zu dem Schluss, dass es keine Rolle spielt, ob der ermächtigte Krankenhausarzt seine Heilbehandlung im Rahmen seiner Dienstaufgaben oder in genehmigter Nebentätigkeit erbringt. Im Urteilsfall führten alle Ärzte ihre ambulanten Leistungen jeweils nicht als Dienstaufgabe, sondern als genehmigte Nebentätigkeit durch. Sie behandelten im Rahmen ihrer Ermächtigung gesetzlich versicherte Patienten und daneben auch Privatpatienten. Sämtliche Leistungen wurden von den Ärzten entweder gegenüber den Krankenkassen oder den Privatpatienten selbst abgerechnet.

Der BFH begründet seine Auffassung damit, dass Heilbehandlungen der nach § 116 SGB V ermächtigten Ärzte sozialversicherungsrechtlich vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasste Tätigkeiten sind. Es sei nicht entscheidend, ob es sich dabei um eine Dienstaufgabe oder um eine Nebentätigkeit des jeweiligen Arztes handelt. Das Finanzgericht war davon ausgegangen, dass die Behandlung von Privatpatienten nicht die Zuordnung zum Krankenhausbetrieb hindere. In seiner Urteilsbegründung geht der BFH bedauerlicherweise nicht explizit auf die Lieferung von Zytostatika an die Privatpatienten ein, so dass hier Interpretationsspielraum bestehen bleibt.

Hinweis: Es bleibt abzuwarten, ob sich die Finanzverwaltung der Auffassung des BFH anschließt. Sollte sie die Auffassung des BFH teilen, hat das Urteil nicht nur Bedeutung für gemeinnützige Krankenhäuser. Auch die gewerblichen Krankenhäuser könnten zumindest bei der Gewerbesteuer in den betroffenen Fällen von einer Steuerfreiheit ausgehen.



Umsatzsteuerbefreiung für Leistungen eines Gesundheitszentrums

In dem vom BFH mit Urteil vom 11.1.2019 (Az. XI R 29/17, NV) zu entscheidenden Fall war streitig, ob die nicht von Krankenkassen bezahlten Leistungen eines sog. Gesundheitszentrums umsatzsteuerfrei sind. Dies lehnte der BFH ab. Nach seiner Auffassung handelt es sich bei Leistungen eines Gesundheitszentrums, die unabhängig von einem medizinisch diagnostizierten Krankheitsbild erbracht werden, nicht um steuerfreie Krankenhausbehandlungen im Sinne von § 4 Nr. 14 Buchst. b UStG bzw. ärztliche Heilbehandlungen gemäß Art. 132 Abs. 1 Buchst. b Mehrwertsteuersystemrichtlinie (MwStSystRL), da diesen eine therapeutische Zweckbestimmung fehlt.

Hinweis: Heilbehandlungen im Sinne des Umsatzsteuerrechts dienen dem Schutz einschließlich der Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit. Darunter fallen auch Untersuchungen, um eine Krankheit zu diagnostizieren. Grundvoraussetzung ist also die Verfolgung eines therapeutischen Zwecks. Können Maßnahmen sowohl zu Zwecken einer Heilbehandlung als auch bloß zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes dienen, ist auf die Umstände des Einzelfalles abzustellen. Im Streitfall erfolgte die Leistungserbringung unabhängig von einem medizinisch diagnostizierten Krankheitsbild. Der Aufenthalt war nicht von einem ärztlichen Befund

abhängig und die Kunden konnten selbst über ihren Aufenthalt, dessen Dauer und den Leistungsumfang entscheiden. Aus diesen Gründen lehnte der BFH die Umsatzsteuerfreiheit ab.

Umsatzbesteuerung von Privatkliniken zum Ersten

Private Krankenhäuser, die nur eine gewerberechtliche Konzession nach § 30 GewO haben, aber nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind und die auch sonst nicht die Voraussetzungen eines Befreiungstatbestandes nach § 4 Nr. 14 b Satz 2 UStG erfüllen, sind nach nationalem Recht nicht umsatzsteuerbefreit. Dies gilt auch für ärztliche Heilbehandlungsleistungen, welche diese Häuser erbringen (Ziff. 4.14.5 Abs. 4 S. 2 Umsatzsteueranwendungserlass – UStAE).

Ein Versorgungsvertrag einer gesetzlichen Krankenkasse auch mit einem privaten Krankenhaus setzt nach § 109 Abs. 3 Nr. 3 SGB V voraus, dass das Krankenhaus für eine bedarfsgerechte Behandlung erforderlich ist.

Der BFH hat mit Urteil vom 23.1.2019 (Az. XI R 15/16) entschieden, dass sich Privatkliniken, die nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind, direkt auf die Steuerbefreiung des Art. 132 Abs. 1 b MwStSyStRL berufen können, wenn sie abgesehen von einem bestehenden Bedarf die Voraussetzungen für eine Zulassung nach § 108 SGB V erfüllen.

Hinweis: In dem vom BFH entschiedenen Fall versuchte ein privates Krankenhaus eine Umsatzsteuerbefreiung für bestimmte Heilbehandlungsleistungen zu erreichen. Es verfügte über eine gewerberechtliche Konzession nach § 30 GewO, war aber nicht als Krankenhaus nach § 108 SGB V zugelassen. Das Krankenhaus behandelte privat versicherte Patienten, darunter beihilfeberechtigte Beamte, Selbstzahler sowie gesetzlich versicherte Patienten, bei denen die Behandlungskosten teilweise von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden. Daneben führte die Klinik auch nicht medizinisch indizierte Schönheitsoperationen durch. Sämtliche Belegungstage entfielen auf Patienten, die von Belegärzten behandelt wurden.

Der BFH führt aus, dass sich die Klinik nicht auf die Umsatzsteuerfreiheit nach § 4 Nr. 14 b Satz 2 aa) UStG berufen kann, weil sie nicht als Krankenhaus gemäß § 108 SGB V zugelassen sei. Auch die Steuerbefreiungen nach § 4 Nr. 14 b Satz 2 bb) bis ii) UStG waren nicht einschlägig.

Der BFH räumt der Klinik aber das Recht ein, sich unmittelbar auf die Umsatzsteuerbefreiung nach Art. 132 Abs. 1 b MwStSyStRL zu berufen. Nach dieser Norm sind nicht nur Krankenhausbehandlungen von Einrichtungen des öffentlichen Rechts umsatzsteuerfrei, sondern auch solche, die von anderen Krankenanstalten unter Bedingungen erbracht werden, die mit den Bedingungen für öffentliche Einrichtungen „in sozialer Hinsicht vergleichbar sind“.

Hinweis: Grundsätzlich gelten Richtlinien nicht unmittelbar, sondern bedürfen der Umsetzung in nationales Recht. Hat aber der nationale Gesetzgeber bei der Umsetzung gegen die Richtlinie verstoßen, kann sich ein Steuerpflichtiger, der die Voraussetzungen einer Richtlinie erfüllt, unmittelbar auf diese berufen, sofern die betreffende Bestimmung der Richtlinie inhaltlich unbedingt und hinreichend genau bestimmt ist. Als eine inhaltlich unbedingte und genaue Bestimmung anerkennt der BFH auch Art. 132 Abs. 1 b MwStSyStRL (vgl. BFH-Urteil vom 23.10.2014, Az. V R 20/14).

Die Verletzung der Richtlinie sieht der BFH darin, dass die Umsatzsteuerbefreiung davon abhängt, ob nach § 109 Abs. 3 Nr. 3 SGB V eine gesetzliche Krankenkasse einen Versorgungsvertrag mit einem Krankenhaus abschließen darf, wofür eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten erforderlich ist. Dieser Bedarfsvorbehalt ist nach Auffassung des BFH europarechtswidrig. Denn eine Befugnis zur Kontingentierung

von Steuerbefreiungen im Heilbehandlungsbereich nur zugunsten bestimmter Unternehmer nach Maßgabe der Bedarfslage sei der Richtlinie nicht zu entnehmen. Diese stehe auch nicht mit dem vom EuGH betonten Erfordernis in Einklang, Gleichbehandlung herzustellen und die gleichen Dienstleistungen in vergleichbaren Situationen von der Steuer zu befreien (BFH vom 23.10.2014, Az. V R 20/14). Diese Rechtsprechung hat der BFH mit Urteil vom 23.1.2019 bestätigt.

Somit müssen Leistungen eines privaten Krankenhauses, welches kein Plankrankenhaus nach § 108 SGB V ist, mit denen von Krankenhäusern, die von öffentlichen Einrichtungen betrieben werden, in sozialer Hinsicht vergleichbar sein. Der Umstand, dass in dem Krankenhaus auch nicht medizinisch indizierte Schönheitsoperationen durchgeführt wurden, war für den BFH für die Prüfung der sozialen Vergleichbarkeit ohne Belang. Eine „Prägung des Leistungsangebotes z. B. durch nicht medizinisch indizierte Schönheitsoperationen“ sei unerheblich und nicht „Teil der Vergleichsmenge“. Auch die Behandlung durch Belegärzte spielt für den BHF keine Rolle.

Hinweis: Der BFH bestätigt seine Rechtsprechung, dass sich Privatkliniken direkt auf Art. 132 Abs. 1 b MwStSyStRL berufen können, soweit sie die Voraussetzungen des § 108 SGB V (mit Ausnahme der Bedarfsklausel) erfüllen. Auch der Umfang nicht medizinisch indizierter Tätigkeiten ist für den BFH ohne Belang für die Ermittlung der sozialen Vergleichbarkeit.

Umsatzbesteuerung von Privatkliniken zum Zweiten – geplante Neuregelungen nach dem Jahressteuergesetz 2019

Das BMF veröffentlichte am 8.5.2019 den Referentenentwurf eines Gesetzes zur weiteren steuerlichen Förderung der Elektromobilität und zur Änderung weiterer steuerlicher Vorschriften. Da der Referentenentwurf neben den titelgebenden Maßnahmen zur Förderung der Elektromobilität eine Vielzahl steuerlicher Themen enthält, wird das Vorhaben auch als „Jahressteuergesetz 2019“ (JStG 2019) bezeichnet. Mit Datum vom 31.7.2019 hat die Bundesregierung den Entwurf weiterentwickelt und in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht.

Seit der Änderung des Umsatzsteuergesetzes zum 1.1.2009, in der die Besteuerung der Krankenhäuser in § 4 Nr. 14 b Satz 1 und Satz 2 aa) UStG (vorher § 4 Nr. 16 a und b UStG a. F.) neu geregelt wurde, konnte der Großteil der Privatkliniken die Umsatzsteuerbefreiung nicht mehr in Anspruch nehmen. Der Gesetzgeber knüpft die Steuerbefreiung ab 2009 für Krankenhäuser, die nicht von einem öffentlich-rechtlichen Träger betrieben werden, an den Bedarfsvorbehalt des § 108 SGB V. Ist ein Krankenhaus nicht in den Krankenhausbedarfsplan des entsprechenden Bundeslandes aufgenommen, kann es derzeit die Umsatzsteuerfreiheit nach deutschem Recht nicht in Anspruch nehmen. Diese nationale Regelung steht nicht in Einklang mit den Regelungen der Mehrwertsteuersystemrichtlinie. Danach ist die Umsatzsteuerfreiheit unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Durch die Neuregelung im JStG 2019 soll das deutsche Recht an das EU-Recht angepasst werden. Krankenhäuser, die nicht von öffentlich-rechtlichen Trägern betrieben werden oder bei denen es sich nicht um Plankrankenhäuser im Sinne des § 108 SGB V handelt, sind nach der Anpassung des § 4 Nr. 14 b Satz 2 aa) UStG steuerfrei, wenn sie ihre Leistungen in sozialer

Hinsicht unter vergleichbaren Bedingungen wie die Krankenhäuser erbringen, die in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft stehen oder nach § 108 SGB V zugelassen sind. In sozialer Hinsicht vergleichbare Bedingungen liegen vor, wenn

- ▶ das Leistungsangebot des Krankenhauses den von Krankenhäusern in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft oder nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern erbrachten Leistungen entspricht

und

- ▶ die Kosten voraussichtlich in mindestens 40 % der jährlichen Belegungs- oder Berechnungstage auf Patienten entfallen, bei denen für die Krankenhausleistungen kein höheres Entgelt als für allgemeine Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung berechnet wurde

oder

- ▶ voraussichtlich mindestens 40 % der Leistungen den in § 4 Nummer 15 Buchst. b UStG genannten Personen (gesetzlich Versicherte, Leistungsempfänger der Grundsicherung, Sozialhilfeempfänger oder Versorgungsberechtigte) zugutekommen.

Zur Interpretation der aus der Mehrwertsteuersystemrichtlinie übernommenen Voraussetzung „Leistungserbringung unter in sozialer Hinsicht vergleichbaren Bedingungen wie öffentlich-rechtliche Krankenhäuser“ greift der Gesetzgeber teilweise auf die ursprünglich in § 4 Nr. 16 b UStG verankerten Regelungen zurück.

Hinweis: Mit der Verabschiedung des JStG 2019 ist voraussichtlich Ende Oktober bzw. Anfang November zu rechnen. Die Neuregelung soll ab 1.1.2020 Anwendung finden. Wollen Privatkliniken für Zeiträume bis Ende 2019 die Umsatzsteuerbefreiung in Anspruch nehmen, müssen sie sich wie bisher auch auf die Mehrwertsteuersystemrichtlinie berufen. Privatkliniken, die die Voraussetzungen des neuen § 4 Nr. 14 b Satz 2 aa) 2. Halbsatz UStG erfüllen, haben künftig zwingend umsatzsteuerfreie Krankenhausleistungen zu deklarieren, da eine Option zur Umsatzsteuerpflicht nach § 9 UStG nicht vorgesehen ist. Ein de facto-Wahlrecht wie im Zeitraum von 2009 und 2019 besteht dann nicht mehr. Privatkliniken, die sich bisher nicht auf die Mehrwertsteuersystemrichtlinie berufen haben und nach nationalem Recht umsatzsteuerpflichtige Krankenhausleistungen und dementsprechend Vorsteuerabzüge erklärt haben, müssen ggf. mit Vorsteuerkorrekturen nach § 15a UStG rechnen.

Steuerliche Behandlung der Überlassung von (Elektro-)Fahrrädern an Arbeitnehmer

Überlässt der Arbeitgeber seinem Arbeitnehmer ein betriebliches Fahrrad zur privaten Nutzung, ist als geldwerter Vorteil monatlich 1 % der auf volle 100 Euro abgerundeten unverbindlichen Preisempfehlung (inkl. Umsatzsteuer) des Herstellers, Importeurs oder Großhändlers im Zeitpunkt der Inbetriebnahme zu berücksichtigen. Damit ist der geldwerte Vorteil sowohl aus Privatfahrten, aus Fahrten zwischen Wohnung und erster Tätigkeitsstätte sowie aus Familienheimfahrten im Rahmen einer doppelten Haushaltsführung abgegolten (gleich lautende Ländererlasse vom 23.11.2012, BStBl. I 2012, S. 1224). Mit dem Jahressteuergesetz 2018 wurde eine Steuerbefreiung des Nutzungsvorteils vom 1.1.2019 bis 31.12.2021 eingefügt, sofern dieser zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn gewährt wird. Greift die Steuerbefreiung nicht, sehen die gleich lautenden

Erlasse der obersten Finanzbehörden der Länder vom 13.3.2019 (BStBl. I 2019, S. 216) vor, dass zwar grundsätzlich die Ermittlung des geldwerten Vorteils mit monatlich 1 % der unverbindlichen Preisempfehlung beibehalten wird. Bei einer erstmaligen Überlassung des Fahrrads zur Privatnutzung nach dem 31.12.2018 und vor dem 1.1.2022 ist allerdings als geldwerter Vorteil 1 % der auf volle 100 Euro abgerundeten halbierten unverbindlichen Preisempfehlung anzusetzen. Dabei ist nicht maßgeblich, zu welchem Zeitpunkt das Fahrrad vom Arbeitgeber angeschafft, hergestellt oder geleast wurde. Kommt es allerdings bei einem vor dem 1.1.2019 vom Arbeitgeber bereits einem Arbeitnehmer zur Privatnutzung überlassenen Fahrrad zu einem Wechsel des Nutzungsberechtigten, ist weiterhin 1 % der vollen unverbindlichen Preisempfehlung als geldwerter Vorteil anzusetzen.

Hinweis: Die Regelungen gelten auch für Elektrofahrräder, wenn diese verkehrrechtlich als Fahrrad einzuordnen sind und für die demnach u. a. keine Kennzeichen- und Versicherungspflicht besteht. Die Privatnutzung von Elektrofahrrädern, deren Motor auch Geschwindigkeiten über 25 km/h unterstützt, und die somit als Kraftfahrzeug einzuordnen sind, ist nach den Vorgaben für Dienstwagen zu ermitteln.

Umfang der lohnsteuerpflichtigen Zuwendungen bei Betriebsveranstaltungen

Für die Ermittlung des Umfangs der lohnsteuerpflichtigen Zuwendungen, die Arbeitnehmer im Rahmen einer Betriebsveranstaltung zugewendet werden, kommt es nicht auf die Zahl der tatsächlich an der Veranstaltung teilnehmenden Personen, sondern auf die Zahl der tatsächlich angemeldeten Teilnehmer an. Dies entschied das FG Köln mit Urteil vom 27.6.2018 (Az. 3 K 870/17, DStR 2018, S. 2199). Nachträgliche Absagen oder Nicht-

erscheinen einzelner Arbeitnehmer können – so das FG – nicht zu Lasten der teilnehmenden Arbeitnehmer gehen. Es vertritt die Auffassung, dass tatsächlich teilnehmende Arbeitnehmer nicht durch die auf die nicht teilnehmenden Arbeitnehmer entfallenden Kosten bereichert sind und widerspricht damit der Auffassung der Finanzverwaltung (BMF vom 14.10.2015, Az. IV C 5 – S 2332/15/10001, DStR 2015, 2387, Tz. 2).

Hinweis: Das letzte Wort in dieser Frage hat der BFH, bei dem die Revision unter dem Az. VI R 31/18 anhängig ist. Entsprechende Lohnsteuerbescheide sollten mit Einspruch offengehalten werden.



Sachbezugswert für arbeitstägliche Zuschüsse zu Mahlzeiten

Mit Schreiben vom 18.1.2019 (Az. IV C 5 – S 2334/08/10006-01, BStBl. I 2019, S. 66) führt das BMF aus, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit arbeitstägliche Zuschüsse zu Mahlzeiten an Arbeitnehmer nicht in Höhe des Zuschusses, sondern mit dem Sachbezugswert der Mahlzeit als Arbeitslohn zu berücksichtigen sind. Die Vorgaben gelten für Zuschüsse, auf die der Arbeitnehmer einen arbeitsvertraglichen oder einen aufgrund einer anderen arbeitsrechtlichen Rechtsgrundlage vereinbarten Anspruch hat. Zudem hat der Arbeitgeber das

Vorliegen der Voraussetzungen nachzuweisen und die Nachweise aufzubewahren.

Bei Vorliegen der Voraussetzungen ist der Ansatz der Sachbezugswerte der Mahlzeiten auch bei Home Office-Mitarbeitern oder Teilzeitkräften möglich. Erwirbt der Arbeitnehmer am selben Tag weitere Mahlzeiten für andere Tage auf Vorrat, sind hierfür gewährte Zuschüsse nicht mit dem Sachbezugswert, sondern in Höhe des Zuschusses als Barlohn zu erfassen.

Hinweis: Das Schreiben gilt in allen offenen Fällen und ersetzt das BMF-Schreiben vom 24.2.2016 (BStBl. I 2016, S. 238), dessen Inhalt in das aktuelle Schreiben eingegangen ist.

Streitigkeiten um Zytostatikazubereitungen nehmen kein Ende

Ende Juni 2019 hat das Bundessozialgericht (BSG) nunmehr seine Urteilsgründe zu dem sogenannten Zytostatika-Urteil vom 9.4.2019 (Az. B 1 KR 5/19 R) veröffentlicht. Darin ging es um die Rückerstattung der Mehrwertsteuer in Bezug auf die Herstellerpauschale. Wie bereits in der Urteilsverkündung ausgeführt, geht das BSG davon aus, dass aufgrund der Auslegung der Arzneimittelpreisvereinbarung (AMPV) den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) ein vertraglicher Anspruch auf Rückzahlung der überzahlten 19 % Umsatzsteuer zusteht.

Sollten die Krankenhäuser seit Veröffentlichung des Umsatzsteueranwendungserlasses des BMF am 20.10.2016 keinen Einspruch gegen offene Umsatzsteuerbescheide eingelegt haben, steht den GKV ggf. auch ein Schadensersatzanspruch auf Erstattung der überzahlten 19 % Umsatzsteuer zu.

Nach Ansicht des BSG sind der vertragliche Rückzahlungsanspruch und der Schadensersatzanspruch spätestens am 20.10.2016 entstanden. Beide Ansprüche verjähren gemäß dem BSG-Urteil innerhalb der vierjährigen Verjährungsfrist nach § 45 SGB I. Die Anwendung der (rückwirkenden) zweijährigen Verjährungsfrist gemäß § 109 Abs. 5 SGB V hat das BSG abgelehnt.

Hinweis: Das Urteil des BSG weicht damit von der bisherigen unterinstanzlichen Rechtsprechung zum Verjährungsbeginn ab und führt dazu, dass der vertragliche Rückzahlungsanspruch und der Schadensersatzanspruch erst am 31.12.2020 verjähren. Zu der Frage, ob die im § 325 SGB V vorgesehene Ausschlussfrist zum 9.11.2018 auch in den Zytostatikaverfahren greift, hat das BSG keine Stellung genommen.

Eine Besonderheit dieses Verfahrens besteht darin, dass das BSG keine Anrechnung der Vorsteuer auf die Umsatzsteuer beim Rückerstattungsanspruch der GKV zugelassen hat. Dies ist jedoch einer speziellen Klausel in der AMPV geschuldet. Nach dieser ist vorgesehen, dass für den Fall der Umsatzsteuerfreiheit der Zytostatikazubereitungen wegen der fehlenden Möglichkeit des Vorsteuerabzugs die Mehrwertsteuer fiktiv auf den errechneten Arzneimittelpreis hinzugefügt wird. Von dieser fiktiven Hinzurechnung der Mehrwertsteuer wurde jedoch die Herstellerpauschale ausgenommen und genau dieser Mehrwertsteuerbetrag wurde eingeklagt. Wie das BSG bezüglich der Anrechnung der Vorsteuer in den Fällen, in denen es nicht nur um die Herstellerpauschale geht, entscheidet, ist bisher ungeklärt. Es würde jedoch überraschen, wenn das BSG anders als der BGH entscheiden würde. Dieser hatte die Anrechnung der Vorsteuer durch Vertragsauslegung angenommen.

Ferner können nach Ansicht des BSG die finanziellen Belastungen der Krankenhäuser bei der Rückabwicklung gegenüber den GKV nicht aufgerechnet werden.

Hinweis: Im Ergebnis ist das Urteil des BSG für Krankenhäuser sehr unerfreulich und zum Teil auch überraschend, da das BSG entgegen der bisherigen Rechtsprechung der unterinstanzlichen Sozialgerichte den Verjährungsbeginn des Rückerstattungsanspruchs auf den 1.1.2017 datiert und sich zudem – obwohl dies nicht Gegenstand des Verfahrens war – ablehnend zur verkürzten Verjährungsfrist gemäß § 109 Abs. 5 SGB V geäußert hat.

Krankenhäuser, die bereits Vergleiche mit den GKV geschlossen haben, dürften hierüber erleichtert sein. Die Krankenhäuser, die bisher noch keine Vergleiche geschlossen haben, sollten überprüfen, ob die ihnen von den GKV vorgelegten Vergleiche für sie günstig sind. Ein Argument, das man gegenüber den GKV in Vergleichsverhandlungen gegebenenfalls noch anführen kann, ist die Nichteinhaltung der Ausschlussvorschrift zum 9.11.2018 gemäß § 325 SGB V.

Krankenhaus-Honorarärzte sind regelmäßig sozialversicherungspflichtig

Krankenhäuser, die nicht festangestellte Ärzte beschäftigen, müssen mit Nachforderungen zur Sozialversicherung rechnen – und zwar auch dann, wenn dies in vorigen Betriebsprüfungen noch nicht durch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) aufgegriffen worden ist. Da korrespondierend

hiermit der Straftatbestand des Vorenthalzens und Veruntreuens von Arbeitsentgelt gemäß § 266a StGB verbunden ist, muss die bestehende Krankenhauspraxis nach der Entscheidung des BSG überprüft und ggf. umgestellt werden.

Mit Urteil vom 4.6.2019 (Az. B 12 R 11/18 R) hat das BSG den seit mehr als drei Jahren in Rechtsprechung und Praxis bestehenden Streit um den sozialversicherungsrechtlichen Status von Honorarärzten entschieden. Konkret ging es um eine Fachärztin für Anästhesie, die aufgrund eines Honorar-

vertrags wiederholt im Tag- und Bereitschaftsdienst und überwiegend im OP tätig war. Sie erhielt dafür ein Stundenhonorar, das über dem Durchschnittsgehalt für angestellte Ärzte in vergleichbarer Tätigkeit lag.

Laut Pressemitteilung gelangte das BSG zu der Auffassung, dass es bei der Frage der Sozialversicherungspflicht von im Krankenhaus tätigen Ärzten entscheidend auf die Weisungsgebundenheit und die Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Krankenhauses ankomme – beides sei bei der ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus regelmäßig gegeben. Insbesondere das Merkmal der Eingliederung liege bei Ärzten in einem Krankenhaus aufgrund des hohen Organisationsgrads und der arbeitsteiligen Strukturen regelmäßig vor. So seien Anästhesisten bei einer Operation in der Regel Teil eines Teams, das arbeitsteilig unter der Leitung eines Verantwortlichen zusammenarbeiten müsse. Aber auch die Tätigkeit als Stationsarzt setze regelmäßig voraus, dass sich die Betroffenen in die vorgegebenen Strukturen und Abläufe einfügen. Für eine abhängige Beschäftigung spreche auch, dass Honorarärzte ganz überwiegend personelle und sachliche Ressourcen des Krankenhauses bei ihrer Tätigkeit nutzten. Unternehmerische Entscheidungsspielräume seien bei einer Tätigkeit als Honorararzt im Krankenhaus regelmäßig nicht gegeben. Ein vergleichsweise überdurchschnittlich hohes Honorar stelle nur ein Indiz dar und sei im konkreten Fall nicht ausschlaggebend.

Die Entscheidung des BSG erfolgte vor dem Hintergrund flächendeckender Prüfungen honorarärztlicher Sachverhalte durch die DRV und anschließender, divergierender Urteile der Instanzgerichte. Für auf Honorarbasis eingesetzte Notärzte gab es bereits 2017 eine Gesetzesänderung: Im Wahlkreis der Kanzlerin drohte die notärztliche Versorgung zu kippen, nachdem die durch die Landkreise mit der Stellung von notärztlichem Personal beauftragten Krankenhäuser angesichts hoher Nachforderungen der DRV drohten, die Verträge zu kündigen. Um die Verpflichtung der Landkreise zur Daseins-

vorsorge zu gewährleisten, wurde für Notärzte daher der Ausnahmetatbestand des § 23c SGB IV eingeführt. Danach sind Notärzte beitragsfrei, die diese honorarärztliche Beschäftigung neben einer angestellten oder niedergelassenen ärztlichen Tätigkeit ausüben.

Gerade in ländlichen Regionen greifen Krankenhäuser aber auch im Stationsbetrieb auf Honorarärzte zurück, da der Betrieb bei anhaltendem Fachkräftemangel anders oftmals nicht aufrechterhalten werden könnte. Die DRV hatte hier regelmäßig eine Weisungsgebundenheit und eine Eingliederung der Ärzte in den betrieblichen Ablauf der Krankenhäuser bejaht und Nachforderungen zur Sozialversicherung erhoben. In der Rechtsprechung wurden die oftmals gleich gelagerten Fälle uneinheitlich entschieden, wobei ein Stationsarzt im Vertretungs- oder Bereitschaftsdienst tendenziell als abhängig beschäftigt eingestuft wurde. Die Landessozialgerichte akzeptierten aber teilweise Konstellationen, in denen die Krankenhäuser Kooperationsverträge mit Ärzte-Gesellschaften geschlossen hatten oder Vertragsgestaltungen, die die Entscheidung des Arztes über die Auswahl von Patienten, die Einbringung von Betriebsmitteln und die Übernahme von Kosten vorsahen. Auch diese Vertragsgestaltungen dürften nun zu überprüfen sein. Ob und welche Konstellationen künftig noch „halten“, kann abschließend erst nach Veröffentlichung der Urteilsgründe beurteilt werden.

Hinweis: Die Entscheidung überrascht nicht und muss gesetzessystematisch wohl als zwingend angesehen werden. Gleichwohl wird diese Regelung in Zeiten des Personalmangels und der Forderung der Ärzteschaft nach flexiblem Einsatz der Lebenswirklichkeit der (gerade ländlichen) Krankenhauslandschaft nicht gerecht. Ob der Gesetzgeber hier tätig wird, bleibt abzuwarten.

Krankenhäuser, die Honorarärzte einsetzen, sollten diese Praxis nun umgehend überprüfen, das Risiko eventueller Nachzahlungen

bewerten und die Praxis zumindest für die Zukunft ggf. umstellen. Denkbar ist der Rückgriff auf Leiharbeiter oder, in Konstellationen, in denen der betreffende Arzt auch wahlärztliche Leistungen erbringen soll, die Teilanstellung – ggf. auch im Kollegialsystem. Hier kann über flexible Arbeitszeiten und -kontingente eine gewisse Dynamik erreicht werden. Sonderkonstellationen sollten im Wege der Statusfeststellung der DRV zur Überprüfung vorgelegt werden.

Eine Überprüfung bestehender Modelle und die ggf. erforderliche Umstellung sollte insbesondere vor dem Hintergrund des strafrechtlichen Risikos nicht mehr aufgeschoben werden: Wo bislang aufgrund der uneinheitlichen Rechtsprechung ein vorläufiges Vorenthalten von Arbeitsentgelten noch diskutiert werden konnte, ist mit der Entscheidung durch das BSG nun kein Raum mehr.

Im Hinblick auf künftige Betriebsprüfungen sind im kommenden Jahresabschluss ggf. Rückstellungen zu bilden. Auch steuerliche Implikationen sind zu überprüfen.

Von dieser Rechtsprechung sind auch auf Honorarbasis eingesetzte Pflegekräfte betroffen. Mit Urteil vom 7.6.2019 hat das BSG (Az. B 12 R 6/18 R) mit ganz ähnlichen Argumenten entschieden, dass auch auf Honorarbasis eingesetzte Pflegekräfte in stationären Pflegeeinrichtungen regelmäßig sozialversicherungspflichtig sind. Auch hier muss diese Praxis nun überprüft und umgestellt werden.

„Pflexit“ – Zur Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG

Im Zuge der bevorstehenden Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen und der Umstellung der Krankenhausvergütung auf eine Kombination von Fallpauschalen und Pflegepersonalkostenvergütung haben der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft am 4.3.2019 die Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung abgeschlossen. Die Vereinbarung definiert die auszugliedernden Pflegepersonalkosten und enthält Vorgaben für die Zuordnung und Abgrenzung von Kosten für Pflegepersonal zur unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen von den verbleibenden DRG-relevanten Kosten.

Das bedeutet konkret: Die Vertragspartner legen fest, um welche Kalkulationsanteile die Fallpauschalen vermindert werden und welche tatsächlich entstandenen Kosten der Krankenhäuser wo zu erfassen sind.

Für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten werden die DRG-relevanten Kosten nach dem Kalkulationshandbuch für das Budgetjahr 2020 um die Personalkosten des Pflegedienstes auf den Kostenstellengruppen Normalstation, Intensivstation, Dialyse und Patientenaufnahme bereinigt. Von der Ausgliederung nicht umfasst sind die Pflegepersonalkosten für Funktionspersonal im Operationsbereich, in der Anästhesie, den diagnostischen und therapeutischen Bereichen oder der medizinischen Infrastruktur.

Zur Ermittlung der tatsächlich entstandenen vereinbarungsfähigen Pflegekosten wird auf den Musterkontenplan in Anlage 4 der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV), dort Klasse 6 „Aufwendungen“, Konten 6001, 6101, 6201, 6301 und 6401, zurückgegriffen, wobei die ergänzenden Zuordnungsregeln nach Anlage 2 der Vereinbarung und die Vorgaben aus dem Kalkulationshandbuch des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) im Zweifel vorrangig zu beachten sind.



Beispiel: Aufwendungen für Leiharbeiter werden entsprechend des KHBV-Musterkontenplans als Sachaufwand gebucht. Sie sind nun gemäß Anlage 2 der Vereinbarung entsprechend im Kalkulationshandbuch auf das Aufwandskonto für Löhne und Gehälter umzugliedern.

Die seitens des InEK geplanten Konkretisierungen der Zuordnungsregelungen im Kalkulationshandbuch werden mit Spannung erwartet.

Die Umstellung der Krankenhausvergütung wird zu einem Absinken des Case-Mix-Volumens und finanziellen Einbußen in der Übergangsphase führen, die der Gesetzgeber im Jahr 2020 auf 2 % und im Jahr 2021 auf 4 % begrenzt hat. Der Umfang der Budgetminderungen hängt vom Leistungsspektrum des jeweiligen Krankenhauses ab. Besonders betroffen sind pfe-

geintensive Bereiche, wie etwa die Neonatologie oder die Geriatrie.

Hinweis: Mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-Fallpauschalensystem können zwar, wie vom Gesetzgeber angestrebt, die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals und die Qualität der Patientenversorgung verbessert werden. Gleichzeitig werden jedoch – bei nicht sorgsamer Implementierung – neue Fehlanreize gesetzt. So dürfte für die Krankenhäuser die Versuchung bestehen, pflegeentlastende Maßnahmen wieder rückgängig zu machen, mit der Folge, dass Pflegekräfte sich z. B. neben der Patienten- auch wieder der Raumpflege zu widmen hätten. Sofern keine Neudefinition der DRGs erfolgt, könnte es in den schneidenden Disziplinen zudem nahe liegen, minimalinvasive Eingriffe mit kurzen Liegezeiten zu Gunsten offener OP-Verfahren zurückzustellen. Die Umstel-

lung der Krankenhausvergütung ginge damit letztlich zu Lasten der Krankenhäuser mit effizienten Pflegestrukturen und innovativen Behandlungsmethoden – und damit letztlich auch zu Lasten der Patienten.

Allen Krankenhäusern empfehlen wir, die wirtschaftlichen Folgen der Umstellung des Vergütungssystems zu kalkulieren und die internen Prozesse auf die Neuordnung einzustellen. Sprechen Sie uns hierzu gerne an!



Verpflichtung der Krankenhäuser zur Übermittlung von Kalkulationsdaten und Daten nach der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung an das InEK

Kalkulationsteilnahme – Beschluss des Oberverwaltungsgerichts NRW vom 17.4.2019

Die Kalkulation des Entgeltsystems basiert auf Ist-Kostendaten und Ist-Leistungsdaten von Krankenhäusern, die freiwillig entsprechende Daten liefern. Diese freiwillige Kalkulationsbeteiligung kann dazu führen, dass einzelne Trägergruppen oder Leistungsbereiche in der Kalkulationsgrundlage unterrepräsentiert sind oder sich sogar gezielt einer Kalkulationsbeteiligung entziehen. Vor diesem Hintergrund wurde mit dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) § 17b Abs. 3 KHG eingeführt, der die bestehende freiwillige Stichprobe durch die verpflichtende Kalkulationsteilnahme einzelner Krankenhäuser ergänzt. DKG, GKV-Spitzenverband und PKV-Verband (Vertragsparteien) haben dementsprechend am 2.9.2016 die „Vereinbarung gemäß § 17 b Abs. 3 Satz 6 KHG zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation“ (Kalkulationsvereinbarung) geschlossen. Danach werden Krankenhäuser, die aufgrund ihres Leistungsspektrums und ihrer Trägerschaft einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation leisten können, ergänzend zur bestehenden Stichprobe zur temporären Teilnahme an der Kalkulation verpflichtet. Unter Bezugnahme auf diese Vereinbarung forderte das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) Krankenhäuser unter Androhung finanzieller Sanktionen zur Übermittlung von Kalkulationsdaten für bestimmte Zeiträume auf. In der Folge war unklar, ob eine solche Verpflichtung durch das InEK ausgesprochen werden kann und inwieweit Krankenhäuser etwaige Sanktionen hinzunehmen hatten.

Das OVG Nordrhein-Westfalen (OVG NRW) hat nun mit Beschluss vom 17.4.2019 (Az. 13 B 1431/18) eine für die Krankenhäuser erfreuliche Entscheidung getroffen. Für den Bereich der Pflegepersonaluntergrenzen

können sich die Häuser jedoch aufgrund einer durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) aufgenommenen Regelung nicht auf diesen Beschluss berufen.

In seinem Beschluss hat das OVG NRW im Rahmen eines Verfahrens im einstweiligen Rechtsschutz entschieden, dass eine solche Aufforderung des InEK zur Übermittlung von Kalkulationsdaten keine rechtliche Verpflichtung des Krankenhauses begründen könne. Geklagt hatte ein Krankenhausträger, der mit Schreiben des InEK darüber „informiert“ wurde, dass er verpflichtet sei, mit seinem Krankenhaus für die kommenden fünf Jahre an der Kostenerhebung teilzunehmen. Eine unvollständige oder ausbleibende Teilnahme sei sanktionsbehaftet. Hiergegen erhob der Krankenhausträger Widerspruch und beantragte einstweiligen Rechtsschutz vor dem Verwaltungsgericht Köln (VG Köln). Das VG Köln wies den Antrag als unbegründet ab. Das Schreiben des InEK stelle einen Verwaltungsakt dar, der wirksam sei.

Das OVG NRW entsprach dem Rechtsschutzbegehren des Krankenhausträgers. Es handele sich bei dem InEK um eine juristische Person des Privatrechts, die für das Kalkulationsverfahren nach dem KHG auch nicht mit hoheitlichen Befugnissen beliehen sei. Auch die Regelungen der Kalkulationsvereinbarung, die Aufgabenbeschreibungen des InEK enthalten, könnten hoheitliche Befugnisse nicht begründen. Das InEK könne lediglich die durch Losverfahren zur Teilnahme ausgewählten Krankenhäuser über die Verpflichtung informieren und diesbezüglich als Verwaltungshelfer der Vertragsparteien im Auftrag der Vertragsparteien gegenüber den Krankenhäusern auftreten. Die Verpflichtung selbst müsse aber im Wege eines durch die Vertragsparteien erlassenen Verwaltungsakts begründet werden. Ein solcher sei im zugrunde liegenden Verfahren aber nicht ergangen – und eben auch nicht in dem Aufforderungsschreiben des InEK zu sehen.

Hinweis: Aufforderungsschreiben des InEK zur Kalkulationsteilnahme – sowie etwaig vorgenommene Vergütungsabschlüsse – sollten daher daraufhin überprüft werden, ob die Schreiben des InEK als Verwaltungsakte der Vertragsparteien oder als bloße Information durch das InEK zu bewerten sind.

Pflegepersonaluntergrenzen – Rechtsstellung des InEK nach PpSG

Für den Bereich der Pflegepersonaluntergrenzen ist allerdings Folgendes zu beachten: der Gesetzgeber hat dem InEK im Zuge des PpSG eine andere Rechtsstellung zugewiesen. Nach § 137 i Abs. 3 Sätze 3, 4 SGB V gilt das InEK für die Aufgaben, die ihm nach der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUVG) zugewiesen sind, als von den Vertragsparteien beauftragt. Nach § 3 Abs. 3 PpUGV sind die Krankenhäuser verpflichtet, dem InEK die Daten zu den Pflegepersonaluntergrenzen mitzuteilen. Hier wird das InEK mithin als Beliehener tätig und ist zum Erlass eigener Verwaltungsakte befugt.

Hinweis: Aufforderungen des InEK zur Übermittlung von Daten zu den Pflegepersonaluntergrenzen sind mithin verpflichtend und können, bei Nichtbefolgung, mit Vergütungsabschlüssen sanktioniert werden.

Gesetzentwurf zur Errichtung des Implantateregisters Deutschland (EIRD)

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn plant mit seinem Gesetzentwurf vom 29.5.2019 (BT-Drs. 19/10523) die Errichtung eines Implantateregisters, das alle Produktdaten von implantierbaren Medizinprodukten sowie implantatsbezogenen Maßnahmen vollständig erfassen soll. Mit der Einführung des Implantateregisters und den damit weitreichenden Meldepflichten soll eine umfangreiche Transparenz bei implantatsbezogenen Maßnahmen und in der Folge mehr Patientensicherheit geschaffen werden.

Wesentliche Regelungen des Gesetzentwurfs

Wesentliche Regelungen des Gesetzentwurfs sind die Errichtung einer Produktdatenbank und einer Registerstelle beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) sowie die Schaffung einer sog. Vertrauensstelle beim Robert Koch-Institut. Ferner sieht der Gesetzentwurf Meldepflichten verschiedener Akteure des Gesundheitswesens an die drei neu zu schaffenden Stellen vor.

Meldepflichten für Produktverantwortliche

So sollen die vorgesehenen Meldepflichten an die Produktdatenbank hauptsächlich Hersteller, Importeure und Händler folgender implantierbarer Medizinprodukte treffen:

- ▶ Gelenkendothesen (für Hüfte, Knie, Schulter, Ellenbogen und Sprunggelenk),
- ▶ Brustimplantate,
- ▶ Herzklappen und andere kardiale Implantate,
- ▶ implantierte Defibrillatoren und Herzschrittmacher,
- ▶ Neurostimulatoren,
- ▶ Cochlea-Implantate,
- ▶ Wirbelkörperersatzsysteme und Bandscheibenprothesen sowie
- ▶ Stents.

Spezialangefertigte Implantate sollen von dieser Meldepflicht ausgeschlossen sein. Jedoch soll die Liste der genannten Implantattypen zukünftig erweitert werden.

Meldepflichten für Gesundheitseinrichtungen und Krankenkassen

Meldepflichten an die Registerstelle und Vertrauensstelle sind vor allem von den verantwortlichen Gesundheitseinrichtungen, die implantatbezogene Maßnahmen durchführen, wie auch den Krankenkassen zu erfüllen. Nach dem Gesetzentwurf sind verantwortliche Gesundheitseinrichtungen insbesondere Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, in denen implantatbezogene Behandlungen erfolgen, und Arztpraxen. Sobald eine verantwortliche Gesundheitseinrichtung eine implantatbezogene Maßnahme vornimmt, soll sie Daten zur Identifizierung der jeweiligen Gesundheitseinrichtung, technisch-organisatorische, klinische und zeitliche Daten zum Versorgungsprozess und zur Nachsorge, sowie Daten zur Identifizierung des Implantats an die Registerstelle und patienten- und fallidentifizierende Daten an die Vertrauensstelle übermitteln.

Vergütungsausschluss bei Verstoß gegen Meldepflichten

Bei Nichteinhalten der Meldepflichten gegenüber der Register- und Vertrauensstelle oder auch bei der Verwendung nicht registrierter Implantate sieht der Gesetzentwurf einen Vergütungsausschluss der Gesundheitseinrichtung vor.

Finanzierung der Register- und Vertrauensstelle durch Entgelte

Die Anschubfinanzierung der Register- und Vertrauensstelle soll durch den Bund erfolgen, der laufende Betrieb u. a. durch Entgelte der verantwortlichen Gesundheitseinrich-

tungen und Produktverantwortlichen finanziert werden, wobei jedoch Krankenhäuser und Vertragsärzte ihren Erfüllungsaufwand im Zusammenhang mit ihren Meldepflichten erstattet erhalten sollen.

Grundsätzlich positive Resonanz bei öffentlicher Anhörung im Gesundheitsausschuss

Die am 24.6.2019 im Gesundheitsausschuss angehörten Einzelsachverständigen und Verbände haben grundsätzlich die Errichtung eines Implantateregisters begrüßt. Kritik wurde jedoch zumeist an dem mit den Meldepflichten verbundenen Datenfluss, der Finanzierung der Register- und Vertrauensstelle wie auch an dem Vergütungsausschluss geübt.

Fazit/Vorschau

Welche Änderungsanträge zum Gesetzentwurf in Folge dieser Kritik gestellt werden, bleibt abzuwarten. Vorgesehen ist jedoch, dass das EIRD zum Ende des Jahres 2019 verkündet wird und am 1.1.2020 in Kraft tritt. Ob nach Inkrafttreten des EIRD das Implantateregister tatsächlich innerhalb des geplanten Zeitrahmens für den laufenden Betrieb bereit sein wird, kann zurzeit nicht abgeschätzt werden. Gleichwohl sollten sich betroffene Gesundheitseinrichtungen, Produktverantwortliche und Krankenkassen bereits frühzeitig auf die auf sie zukommenden Meldepflichten wie auch den damit verbundenen Verwaltungs- und Kostenaufwand einstellen.

Kennzahlen der Vermögenslage im Benchmark

Die Finanzierungssituation der meisten deutschen Krankenhäuser in öffentlicher Hand sowie in frei-gemeinnütziger Trägerschaft ist seit Jahren angespannt. Das operative Geschäft muss, aufgrund der wachsenden Kosten-/Erlösschere, durch tendenziell zu geringe Fallpauschalen finanziert werden, während Fördermittel für Investitionen in den meisten Fällen ebenfalls nur noch in einem deutlich zu geringen Umfang gewährt werden (siehe dazu auch novus Gesundheitswesen, 1. Ausgabe 2019, S. 4). Die Frage ist daher, inwieweit Kliniken überhaupt noch in der Lage sind, aus eigener Kraft agieren bzw. reagieren zu können.

Eine wesentliche Kennzahl für diese Beurteilung stellt die **Eigenkapitalquote** dar. Als eine der wohl bekanntesten Kennzahlen bemisst sie, wie hoch der Anteil der auf der Passivseite ausgewiesenen eigenen Mittel am gesamten investierten Vermögen ist. Insbesondere für Banken hat sie eine sehr hohe Relevanz, wenn es etwa um die Kreditvergabe sowie die Verhandlung der Konditionen – insbesondere des Zinssatzes – geht. Technisch gesehen wirkt sich ein (liquiditätsbedingt) geringes Investitionsaufkommen positiv auf die Kennzahl aus, da das Anlagevermögen und die Bilanzsumme hierdurch sinken. Dies verschleiert jedoch den in der

Regel stetig wachsenden Investitionsstau in der deutschen Krankenhauslandschaft. Durch die in den letzten Jahren regelmäßig durchwachsene Ergebnissituation in den meisten Krankenhäusern schmilzt die Kennzahl im deutschlandweiten Mehrjahresvergleich kontinuierlich ab.

Anhand der jährlich im Bundesanzeiger veröffentlichten Jahresabschlüsse von Krankenhäusern haben wir basierend auf der Auswertung von mehr als 220 Krankenhäusern dazu ein Benchmarking durchgeführt. Wir stellen dabei, um Ausreißern vorzubeugen, generell auf den Median ab. Ein Großteil der ausgewerteten Krankenhäuser (rd. 60 %) weist eine Eigenkapitalquote von 30 % oder weniger auf (siehe Abbildung 1).

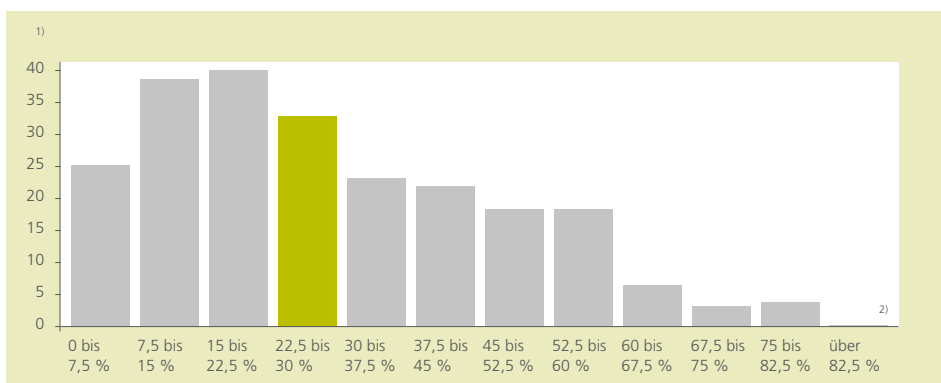


Abb. 1: Eigenkapitalquote

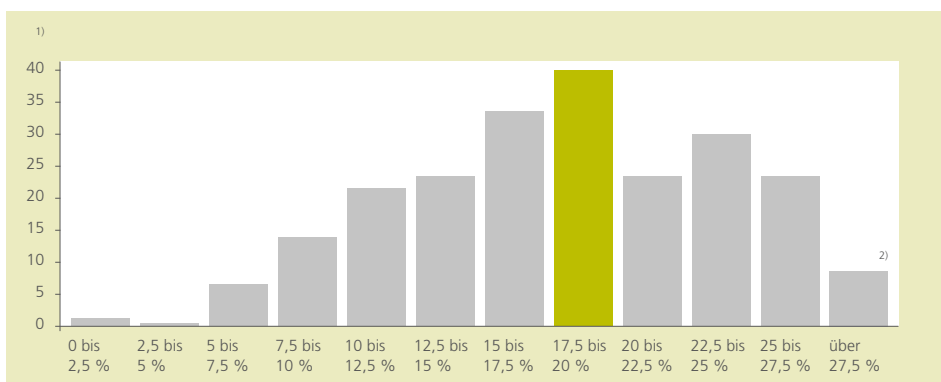


Abb. 2: Erweiterte Eigenkapitalquote

Bei der Auswertung der Angaben nach der jeweiligen Trägerschaft der Krankenhäuser ergeben sich folgende Ergebnisse: Wie zu erwarten, weisen die Kliniken in privater Trägerschaft mit rund 34 % die relativ gesehen höchste Eigenkapitalquote aus. Nur knapp dahinter befinden sich jene in frei-gemeinnütziger Trägerschaft (rund 29 %). Das Schlusslicht bilden, mit weitem Abstand, die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft (rund 18 %). Dies ist primär der Tatsache geschuldet, dass Häuser der öffentlichen Hand regelmäßig weit unterdurchschnittliche Jahresergebnisse bzw. Eigenkapitalrentabilitäten erzielen. Gegenläufig hierauf wirkt sich jedoch das weit verbreitete Mittel des Verlustausgleichs durch den Gesellschafter (in der Regel der Landkreis o. ä.) aus, welcher das Eigenkapital trotz etwaiger nachhaltiger Verluste auf einem gewissen Niveau hält. Zu beachten ist, dass in der ersten Kategorie (Eigenkapitalquote von 0 bis 7,5 %) auch solche Krankenhäuser enthalten sind, die einen nicht durch Eigenkapital gedeckten Fehlbetrag aufweisen.

¹⁾ Anzahl der Krankenhäuser

²⁾ Grau = Vergleichsgruppe, Grün = Benchmark (Median)

Zusätzlich kann die **erweiterte Eigenkapitalquote** betrachtet werden. Diese schließt den Sonderposten aus Fördermitteln für Investitionen als eigenkapitalähnliche Mittel in die Berechnung mit ein und führt daher zu höheren Werten. Bei Auswertung der Daten unabhängig von der Trägerschaft weisen insgesamt rund 60 % der Häuser eine erweiterte Eigenkapitalquote von 65 % oder weniger aus (siehe Abbildung 2 auf Seite 16).

Differenziert man wiederum nach der Trägerschaft der Krankenhäuser wird deutlich, dass gerade Krankenhäuser der öffentlichen Hand immens von der Förderung des Anlagevermögens profitieren (bzw. vielmehr in der Vergangenheit profitiert haben). Bei dieser Trägerform ist die Diskrepanz zwischen der regulären und der erweiterten Eigenkapitalquote (rund 18 % versus rund 56 %) am größten, gefolgt von jener der frei-gemeinnützigen Häuser (rund 29 % versus rund 61 %).

Stellt man nun die Entwicklung der beiden Kennzahlen aller ausgewerteter Krankenhäuser über die letzten Jahre gegenüber (siehe Abbildung 3), zeigt sich, dass sich die originäre Eigenkapitalquote im Median deutlich besser entwickelt hat (+ 10,5 %) als die erweiterte Eigenkapitalquote (+ 4,7 %).

Vor allem im öffentlichen Bereich wird deutlich, dass bei immer weiter abnehmenden Eigenmitteln zudem der Bedarf an Fremdfinanzierung steigt. Dies spiegelt sich in der Bankverbindlichkeitenquote wider, welche analog zur Eigenkapitalquote die Bankverbindlichkeiten in Relation zum Gesamtkapital setzt. Hier zeigt sich erneut insbesondere bei den Krankenhäusern in öffentlicher Hand eine hohe Abhängigkeit: Im Median stellen die Bankverbindlichkeiten einen Anteil von knapp 10 % an der Bilanzsumme, während frei-gemeinnützige Häuser hier lediglich einen Wert von 2,8 % ausweisen.

Private Krankenhäuser hingegen sind in der Regel in der Lage, ihren Finanzierungsbedarf alternativ zu stemmen – etwa über im Hintergrund vorherrschende Konzernstrukturen und den Kapitalmarkt.

Dass sich die Zinsbelastung aus der hohen Fremdfinanzierung in einem erheblichen Maße auch in den Jahresergebnissen niederschlägt, zeigt sich beim Blick auf den Anteil des Finanzergebnisses (Zinsertrag abzüglich Zinsaufwendungen) am EBIT. Während private Klinikbetreiber aufgrund ihrer regelmäßig komfortablen Eigenkapitalsituation im Median mit lediglich – 4,7 % nur marginal von der Zinsbelastung tangiert werden, zeigt sich bei den frei-gemeinnützigen Häusern eine Belastung von – 11,7 %. Die ohnehin ergebnisschwachen Krankenhäuser in öffentlicher Hand sind mit einem Anteil von – 40,3 % besonders stark belastet: Hier wird ein großer Anteil des operativ erwirtschafteten Ergebnisses nach Abschreibungen von den hohen Zinsaufwendungen aufgezehrt.

Fazit

Die vorangegangenen Darstellungen zeigen, dass insbesondere Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft vor großen Herausforderungen stehen. Durch umfangreiche Maßnahmenpakete aber auch durch kleinere „Eingriffe“, wie etwa die Optimierung des Kostenmanagements sowie die Analyse und Verbesserung von Prozessen, kann die Kehrtwende gelingen. Gerne unterstützen wir Sie bei einer ersten Standortbestimmung mit unserem Ebner Stolz Krankenhaus-Benchmark, wenn es etwa darum geht, wie Ihr Krankenhaus im Vergleich zum direkten Wettbewerb aufgestellt ist, sowie darüber hinaus bei der konkreten Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen.

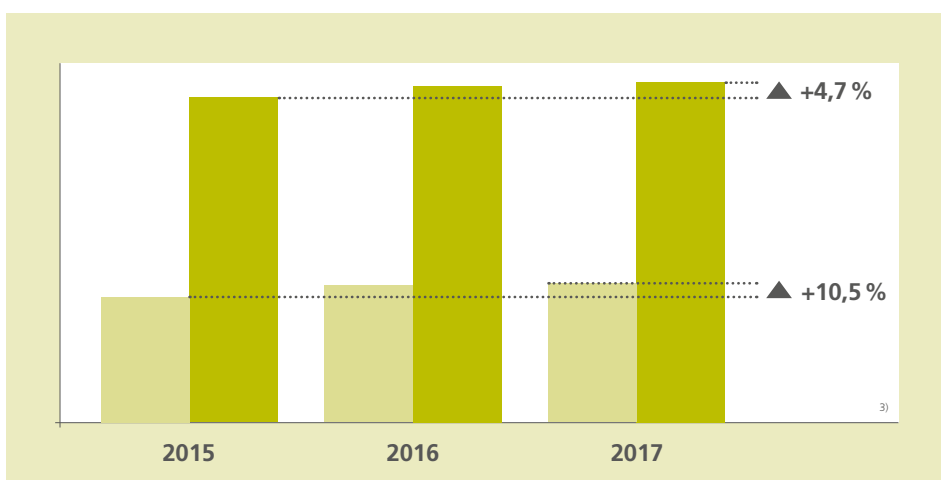


Abb. 3: Gegenüberstellung durchschnittliche Eigenkapitalquote und durchschnittliche erweiterte Eigenkapitalquote

3) Hellgrün = Eigenkapitalquote, Grün = Erweiterte Eigenkapitalquote

IT-Sicherheitsgesetz 2.0

Das im Jahr 2015 erlassene IT-Sicherheitsgesetz (IT-SiG) hat insbesondere auch in der Gesundheitsbranche dafür gesorgt, dass höhere Standards in Bezug auf die IT-Sicherheit implementiert werden müssen. In 2017 wurde die BSI-Kritisverordnung vervollständigt und damit u. a. die Schwellenwerte für die Gesundheitsbranche festgelegt.

Am 27.3.2019 wurde ein erster Referentenentwurf zum IT-SiG 2.0 veröffentlicht. Mit dem Gesetz sollen weitreichende Änderungen vorgenommen werden. Diese Änderungen betreffen jedoch nicht nur das Gesetz über das Bundesamt für Sicherheit und der Informationstechnik (BSiG), sondern darüber hinaus u.a. auch das Telekommunikationsgesetz (TKG), Telemediengesetz (TMG) sowie das Strafgesetzbuch (StGB).

Wesentliche Änderungen, die die KRITIS im Gesundheitswesen betreffen, sind vor allem die geänderten bzw. hinzugefügten Definitionen von:

- ▶ **Kommunikationstechnik**, zu der nun auch die innerhalb einer Behörde genutzte Technik zählen soll,
- ▶ **Protokollierungsdaten**, d. h. alle Aufzeichnungen, die Nutzung, Ereignisse und die Schnittstellenkommunikation, und
- ▶ **IT-Produkte**, worunter alle Hard- und Softwareprodukte/-komponenten fallen,
- ▶ **Kernkomponenten für KRITIS**, welche IT-Produkte, die zum Betrieb der Infrastruktur extra entwickelt oder geändert werden, und eine abschließende Aufzählung an Programmen für die einzelnen Sektoren umfassen.

Die KRITIS-Kernkomponenten umfassen für die Gesundheitsbranche die IT-Produkte zum Betrieb eines Krankenhausinformationssystems, von Anlagen oder Systemen zum Vertrieb von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sowie eines Laborinformationssystems.

Durch die neue Fassung sollen zudem einzelne Prozessschritte neu definiert werden – dazu gehören u. a.:

- ▶ Die Verpflichtung von Betreibern von KRITIS umfasst auch den Einsatz von Systemen zur Angriffserkennung (Intrusion Detection System – IDS) sowie die dazu erforderliche Datenverarbeitung.



- ▶ Die Datenspeicherung von Protokolldaten für die automatische Auswertung soll von drei auf 18 Monate erweitert werden, auch wenn keine konkreten Anhaltspunkte bestehen. Jedoch darf der Zugriff auf die Daten nach dem Ablauf von drei Monaten nur dann erfolgen, wenn ein konkreter Verdacht besteht.
- ▶ Für die Untersuchung der Sicherheit in der IT sollen keine Dritten mehr herangezogen werden dürfen. Es dürfen alle technischen Details durch das Bundesamt angefordert werden. Falls keine Auskunft erfolgt, kann das BSI die Öffentlichkeit informieren. Dies umfasst Informationen zum Hersteller, zum Produkt sowie welche Auskunft fehlt.

Die Änderungen innerhalb des IT-SiG 2.0 betreffen jedoch nicht nur die bestehenden KRITIS-Sektoren. Auch der Definitionsbereich der KRITIS wird erweitert, bspw. um „Infrastrukturen im besonderen öffentlichen Interesse“.

Auch die Hersteller von KRITIS-Komponenten werden in die Pflicht genommen. Unter anderem sollen sie eine Vertrauenswürdigkeitserklärung abgeben müssen, welche die Vertrauenswürdigkeit gegenüber dem Betreiber über die gesamte Lieferkette sicherstellt. Diese Erklärung ist zudem Voraussetzung für die Zertifizierung von KRITIS-Komponenten. Um die IT-Sicherheit verbraucherfreundlicher zu machen, soll ein freiwilliges IT-Sicherheitskennzeichen eingerichtet werden. Dieses wird durch das BSI in Anhörung mit anderen Ämtern und Beteiligten definiert.

Durch die Neuerung des IT-SiG 2.0 ergeben sich auch Änderungen und Neuerungen im Bußgeldkatalog. Grundsätzlich werden die Bußgelder an die der DSGVO angepasst (10 Mio. Euro oder bis zu 2 % des Unternehmensumsatzes). In Fällen der Zuwiderhandlung von vollziehbaren Anordnungen durch das BSI wird das Bußgeld verdoppelt (20 Mio. Euro oder bis zu 4 % des Unternehmensumsatzes).

Hinweis: Es ist davon auszugehen, dass das IT-SiG 2.0 noch in 2019 verabschiedet wird. Im Anschluss ist die BSI-KritisV entsprechend anzupassen. Die Umsetzung hat innerhalb von zwei Jahren zu erfolgen (zumeist in der Form der Implementierung eines Informationssicherheitsmanagementsystems – ISMS).



VERANSTALTUNGEN

**IT-Compliance und IT-Security
In-Flight**

24.9.2019 // Hamburg
 30.10.2019 // Köln
 13.11.2019 // München
 14.11.2019 // Stuttgart
 19.11/2019 // Düsseldorf

Update Gemeinnützigkeitsrecht

25.9.2019 // Berlin

**Umsatzsteuer Impuls für
Gesundheitseinrichtungen –
Schwerpunkt Kooperationen**

24.10.2019 // Stuttgart

Pflexit Workshop**– Ausgliederung der Pflege-
personalkosten aus den DRGs –**

7.11.2019 // Stuttgart
 26.11.2019 // Köln

Erfolg nach Plan

**– Wie mit einer toolgestützten
integrierten Planung aktuelle
Herausforderungen des Gesundheits-
wesens berücksichtigt werden können –**

5.11.2019 // Stuttgart

IMPRESSUM

Herausgeber:

Ebner Stolz Mönning Bachem
 Wirtschaftsprüfer Steuerberater Rechtsanwälte
 Partnerschaft mbB
 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:

Brent Schanbacher, Tel. +49 711 2049-1146
 Dr. Ulrike Höreth, Tel. +49 711 2049-1371
 Sabine Werner, Tel. +49 711 2049-1664
 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.

Fotonachweis:

Alle Bilder: © www.gettyimages.com