

novus

GESUNDHEITSWESEN

Krankenhauszukunfts-
gesetz für die Digitalisie-
rung der Krankenhäuser –
Fortsetzung

Liquiditätskennzahlen
im Krankenhaus –
Liquiditätsgrade im
Trägerschaftsvergleich

Das neue Patientendaten-
Schutz-Gesetz – Auswir-
kungen für Krankenhäuser
im Informationssicherheits-
umfeld



Vorwort



Liebe Leserinnen und Leser,

gerne möchten wir Sie in dieser Ausgabe des novus Gesundheitswesen mit wichtigen Neuerungen und spannenden Themen auf dem Laufenden halten. Beginnen möchten wir mit einer Personalie:

Mit Kerstin Reinhard verstärkt seit November 2020 eine weitere Fachanwältin für Medizinrecht unser Health Care-Team. Seit über 12 Jahren berät Rechtsanwältin Kerstin Reinhard ausschließlich Leistungserbringer im Gesundheitswesen, vorrangig Vertragsärzte und Krankenhäuser. Sie war viele Jahre in einer renommierten Kanzlei für Medizinrecht und anschließend als Leiterin der Rechtsabteilung eines Universitätsklinikums tätig. Zu den Tätigkeitsschwerpunkten von Frau Reinhard zählen das Krankenhaus- und das Vertragsarztrecht, die Gestaltung von Kooperationen im Gesundheitsmarkt, der Kauf und Verkauf von Arztpraxen sowie die gesellschaftsrechtliche Beratung von Ärzten.



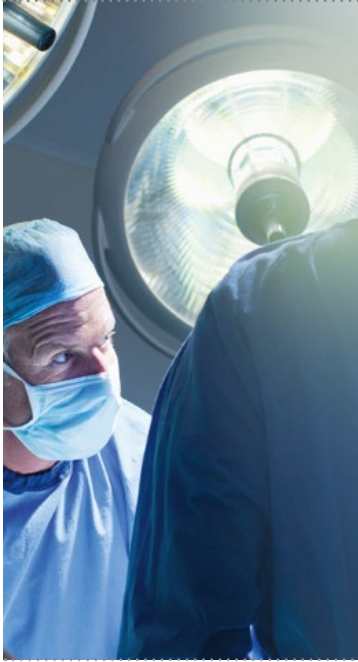
In unserer aktuellen Ausgabe des novus Gesundheitswesen informieren wir Sie über die Auswirkungen des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG). Dieses bietet den Krankenhäusern die finanzielle Unterstützung bei der Umsetzung von notwendigen Digitalisierungsvorhaben. Allerdings sind die Hürden und Schwierigkeiten bei der Beantragung der Fördermittel nicht zu unterschätzen.

Hinweisen möchten wir Sie auch auf die Änderungen des Gemeinnützigkeitsrechts durch das Jahressteuergesetz 2020. Dies eröffnet Gestaltungsoptionen für Gesundheitskonzerne insb. für Holding- und Servicegesellschaften.

Wir wünschen Ihnen eine angenehme Lektüre und einen guten Start in den Frühling!

Niko Ballarini
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater
Director bei Ebner Stolz

Annika Brunkhardt
Dipl. Gesundheitsökonomin
Senior Managerin bei Ebner Stolz



■ STEUERBERATUNG

Für den Gesundheitsbereich relevante Änderungen durch das Jahressteuergesetz 2020	4
Umsatzsteuerpflichtige Leistungen von Privatkliniken	8
Beratung im Rahmen von Gesundheitstelefonen als umsatzsteuerfreie Heilbehandlungsleistung	9
EU-Ausfuhrkontrollen für Corona-Impfstoffe verlängert bis zum 30.06.2021	10

■ RECHTSBERATUNG

Keine Rückerstattungspflicht der Umsatzsteuer bei ambulant abgegebenen Fertigarzneimitteln	11
Krankenhauszukunftsgesetz für die Digitalisierung der Krankenhäuser – Fortsetzung	11
Chinesische KN95-Masken ohne EU-Zertifizierung dürfen in Deutschland nicht verkauft werden	13
Dringender Handlungsbedarf für Medizinprodukte-Hersteller aus der Schweiz	13

■ UNTERNEHMENSBERATUNG

Liquiditätskennzahlen im Krankenhaus – Liquiditätsgrade im Trägerschaftsvergleich	14
Investitionskosten geförderter Pflegeeinrichtungen in Berlin und Brandenburg	16

■ IT

Das neue Patientendaten-Schutz-Gesetz – Auswirkungen für Krankenhäuser im Informationssicherheitsumfeld	18
---	----



Für den Gesundheitsbereich relevante Änderungen durch das Jahressteuergesetz 2020

Im Rahmen des Jahressteuergesetzes 2020 (JStG 2020) wurden einige, auch das Gesundheitswesen betreffende Neuregelungen eingeführt. Über den Gesetzesentwurf der Bundesregierung und die Stellungnahme des Bundesrates hatten wir bereits im novus Gesundheitswesen 3. Ausgabe 2020 berichtet.

Im Einzelnen haben sich folgende Änderungen ergeben:

Steuerbefreiung bestimmter Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens

Nach § 4 Nr. 14 Buchst. f UStG n.F. sind einige Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens, die nicht bereits als Heilbehandlungsleistungen steuerfrei sind, von der

Umsatzsteuer befreit. Mit den Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens werden soziale Zwecke verfolgt, weil sie dazu dienen, bei Bedarf betroffenen Personen in einer medizinischen Notlage abzuhelpen (vgl. BFH-Urteil vom 02.08.2018, Az. V R 37/17). Dabei muss keine Vertragsbeziehung zu dem Hilfsbedürftigen bestehen. Erfolgt die Leistung tatsächlich gegenüber der hilfsbedürftigen Person, genügt insoweit eine schuldrechtliche Beziehung z. B. mit dem öffentlichen Träger des Rettungsdienstes.

Diese Leistungen zur Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens sind steuerfrei, wenn sie von juristischen Personen des öffentlichen Rechts erbracht werden. Dies ist z. B. der Fall, wenn der öffentliche Träger

des Rettungsdienstes laut Rettungsdienstgesetz des Landes die Aufgaben im Rettungsdienst selbst durchführt.

Von der Neuregelung im Bereich der Sanitätsdienste nach § 4 Nr. 14 Buchst. f Doppelbuchst. bb UStG sind bspw. Sanitätsdienstleistungen bei Großveranstaltungen oder Versammlungen erfasst, die von Sanitäts- und Rettungsdiensten erbracht werden, die die jeweiligen landesrechtlichen Voraussetzungen erfüllen. Dies betrifft zum einen Sanitätsdienste, soweit deren Leistungen für die betreffende Veranstaltung durch die örtliche Ordnungs- bzw. Verwaltungsbehörde (kommunale Gefahrenabwehrbehörde) angeordnet sind. Dies gilt unabhängig davon, dass der Sanitätsdienst durch den Veranstalter vertraglich beauftragt ist.

Zum anderen betrifft dies Leistungserbringer im Rettungsdienst, soweit diesen der öffentliche Träger des Rettungsdienstes laut Rettungsdienstgesetz des Landes seine Aufgaben ganz oder teilweise übertragen hat. Die Befreiung umfasst neben dem Vorhalten von Heilbehandlungsleistungen in Form einer Rufbereitschaft auch die ggf. tatsächlich erbrachte Erstversorgung bei Verletzungen und Erkrankungen (Erste-Hilfe-Maßnahmen) einschließlich lebensrettender Sofortmaßnahmen, die allgemeine Betreuung verletzter Personen, die Herstellung der Transportfähigkeit sowie die Transportbegleitung.

Ebenfalls fallen unter die Steuerbefreiung im Bereich der Rettungsdienste z. B. Leistungen im ärztlichen Notfalldienst, wie das Bereitstellen von Notfallfahrzeugen samt Fahrern bzw. Rettungssanitätern oder Rettungshelfern, das Bereitstellen und der Betrieb einer Rettungsleitstelle bzw. Rettungswache, die Annahme und die Vermittlung eingehender Notfalloberufe sowie die Notfallrettung selbst (vgl. BFH-Urteil vom 08.08.2013, Az. V R 13/12).

Gegenstand der Neuregelung im Bereich des ärztlichen Notdienstes nach § 4 Nr. 14 Buchst. f Doppelbuchst. cc UStG sind vor allem die Leistungen der Bereitstellung und des Betriebs einer Notfallpraxis im Sinne des § 75 SGB V. Diese Leistungen umfassen neben der Organisation des Bereitschaftsdienstes auch die Leistungen des nichtärztlichen Personals, das den diensthabenden Arzt bei der (Notfall-)Behandlung unterstützt. Begünstigte Einrichtungen im Sinne des § 4 Nr. 14 Buchst. f Doppelbuchst. cc UStG sind solche, die auf Grund eines Vertrages mit der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 75 SGB V die Durchführung des ärztlichen Notdienstes sicherstellen, wofür die Kosten durch die Krankenkassen übernommen werden.

Umsatzsteuerbefreiung von eng mit Pflege- oder Betreuungsleistungen verbundenen Leistungen

Durch die Änderung des Einleitungssatzes des Satzes 1 in § 4 Nr. 16 UStG n.F. wird vor dem Hintergrund des Wortlauts des Artikels 132 Abs. 1 Buchst. g MwStSystRL klar gestellt, dass unter den übrigen Voraussetzungen der Norm auch die Leistungen solcher Einrichtungen befreit sein können, die selbst keine Pflege- oder Betreuungsleistungen, sondern lediglich damit eng verbundene Leistungen erbringen. Dies kann Einrichtungen im Sinne des § 4 Nr. 16 Satz 1 Buchst. a bis Buchst. n UStG betreffen, die z. B. neben der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, der Erstellung von Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI, Leistungen beim Hausnotruf nach § 40 SGB XI oder der Erteilung von Pflegekursen nach § 45 SGB XI, selbst keine Pflege- oder Betreuungsleistungen erbringen.

Pflegeberatungs-Einrichtungen als Einrichtung mit sozialem Charakter

Mit der Ergänzung im neuen § 4 Nr. 16 Satz 1 Buchst. l UStG werden nunmehr ausdrücklich solche Einrichtungen als Einrichtungen mit sozialem Charakter anerkannt, mit denen eine Vereinbarung zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI besteht. Damit erfasst die Steuerbefreiung neben Pflegeberatungsleistungen im Auftrag der gesetzlichen Pflegekassen auch solche Pflegeberatungsleistungen, die auf Grund von Vereinbarungen mit der privaten Pflege-Pflichtversicherung nach § 7a Abs. 5 SGB XI und andere eng damit verbundene Pflege- und Betreuungsleistungen erbracht werden.

Die Steuerbefreiung von Pflegeeinrichtungen mit sozialem Charakter wurde dahingehend angepasst, dass es hinsichtlich des Vorliegens der 25 %-Grenze der Fälle, die von Trägern der gesetzlichen Sozialversicherung übernommen werden, nicht mehr auf das vorangegangene Kalenderjahr ankommt, § 4 Nr. 16 Satz 1 Buchst. m UStG n.F.

Damit wurde das BFH-Urteil vom 19.03.2013 (Az. XI R 47/07) vollständig umgesetzt, nachdem die Anerkennung des sozialen Charakters einer Einrichtung nicht allein daran scheitern soll, dass im Vorjahr die 25 %-Grenze noch nicht erreicht wurde.

Bescheinigung der Landesbehörde weiter erforderlich für Umsatzsteuerfreiheit von Leistungen privater Schulen

Nach § 4 Nr. 21 Buchst. a Doppelbuchst. bb UStG sind die unmittelbar dem Schul- und Bildungszweck dienenden Leistungen privater Schulen und anderer allgemeinbildender oder berufsbildender Einrichtungen umsatzsteuerfrei, wenn die zuständige Landesbehörde bescheinigt, dass sie auf einen Beruf oder eine vor einer juristischen Person des öffentlichen Rechts abzulegende Prüfung ordnungsgemäß vorbereiten. Dies kann auch Krankenhäuser betreffen, die in Krankenpflegeschulen Pflegekräfte anderer Unternehmen ausbilden oder auch externe praktische Ausbildungen für anderen Unternehmen durchführen. Das Land Baden-Württemberg hatte sich zwar im Bundesrat für die Abschaffung der Bescheinigung eingesetzt und einen entsprechenden Änderungsantrag in den Bundesrat im Rahmen der Einbringung des JStG 2020 eingebracht. Dieser Vorschlag ist aber nicht umgesetzt worden, so dass es weiterhin einer Bescheinigung der zuständigen Landesbehörden bedarf.

Anhebung von Übungsleiter- und Ehrenamtszuschale

Die sog. Übungsleiterzuschale, die auch für die nebenberufliche Pflege alter, kranker Menschen oder Menschen mit Behinderungen im Dienst oder Auftrag einer Körperschaft des öffentlichen Rechts oder einer gemeinnützigen Körperschaft nach § 3 Nr. 26 EStG steuerfrei gewährt werden kann, ist von 2.400 Euro auf 3.000 Euro erhöht worden.

Der Ehrenamtsfreibetrag nach § 3 Nr. 26 a EStG wurde von 720 Euro auf 840 Euro angehoben.

Definition der „zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn gewährten Zuwendungen“

Bestimmte Steuerbefreiungen für Lohnbestandteile (bspw. Jobrad nach § 3 Nr. 37 EStG) oder Pauschalierungen der Lohnsteuer (bspw. für Sachzuwendungen nach § 37b Abs. 1 Nr. 1 EStG) hängen davon ab, dass diese Zuwendungen zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn gewährt werden. Hintergrund dieser Ergänzung ist, dass nach der jüngsten Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs das Kriterium der Zusätzlichkeit zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn bei bestimmten Befreiungs- und Pauschalierungstatbeständen relativiert wurde. So verneinte der Bundesfinanzhof die Anwendung des Kriteriums unter bestimmten Voraussetzungen für Sachverhalte mit Gehaltsverzicht oder -umwandlung, entgegen seiner früheren Rechtsprechung und der Auffassung der Finanzverwaltung. Danach werden zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn gewährte Sachbezüge oder Zuschüsse für eine Beschäftigung durch den Arbeitgeber oder auf Veranlassung des Arbeitgebers durch einen Dritten nur erbracht, wenn

- ▶ die Leistung nicht auf den Anspruch auf Arbeitslohn angerechnet,
- ▶ der Anspruch auf Arbeitslohn nicht zugunsten der Leistung herabgesetzt,
- ▶ die verwendungs- oder zweckgebundene Leistung nicht anstelle einer bereits vereinbarten künftigen Erhöhung des Arbeitslohns gewährt und
- ▶ bei Wegfall der Leistung der Arbeitslohn nicht erhöht wird.

Hinweis: Insb. Gehaltsumwandlungen sind dann nicht mehr „zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn“ gewährt. Wenn bspw. einem Arbeitnehmer ein Jobrad im Wege der Gehaltsumwandlung gewährt wird, greift die Steuerbefreiung des § 3 Nr. 37 EStG nicht.

Anhebung der Freigrenze für Sachbezüge

Die monatliche Freigrenze für Sachbezüge in § 8 Abs. 2 Satz 11 EStG wird ab 01.01.2022 von 44 Euro auf 50 Euro angehoben.

Erhöhung der Grenze für den vereinfachten Zuwendungsnachweis

Die Grenze, bis zu welcher der vereinfachte Zuwendungsnachweis für den Spendenabzug ausreicht, wurde erhöht. Nach § 50 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 EStDV genügt der Bareinzahlungsbeleg, Überweisungsträger oder die Buchungsbestätigung aus dem Online-Banking bei einer Spende bis 300 Euro (bislang 200 Euro). Diese Änderung gilt bereits rückwirkend für Zuwendungen, die der Empfängerkörperschaft nach dem 31.12.2019 zugeflossen sind.

Änderungen der Freigrenze nach § 64 Nr. 3 AO

Die Freigrenze, bis zu der eine gemeinnützige Körperschaft Einnahmen (einschließlich Umsatzsteuer) im Rahmen eines wirtschaftlichen Geschäftsbetriebs, der kein Zweckbetrieb ist, erzielen darf, wurde von 35.000 Euro auf 45.000 Euro erhöht. Die als Vereinfachungsregelung eingeführte Freigrenze dient dazu, dass neben einer ideellen Tätigkeit geringfügige Umsätze mit wirtschaftlichen Geschäftsbetrieben erzielt werden dürfen.

Hinweis: Bei dieser Vorschrift handelt es sich um eine Freigrenze und nicht um einen Freibetrag. Das bedeutet, dass eine Körperschaft, deren Bruttoeinnahmen 45.000 Euro übersteigen, den gesamten Gewinn aus wirtschaftlichen Geschäftsbetrieben der Körperschaft- und Gewerbesteuer zu unterwerfen hat. Diese Änderung gilt bereits ab dem Tag nach der Verkündung des Gesetzes, sodass die Grenze bereits für das Veranlagungsjahr 2020 angehoben wurde und in der Steuererklärung 2020 Anwendung findet.

Ergänzung der Katalogzweckbetriebe

Es wurden zudem die Katalogzweckbetriebe um zwei weitere Zweckbetriebe ergänzt, wobei als ein Zweckbetrieb die entgeltliche Durchführung der Fürsorge für psychische und seelische Erkrankungen bzw. Behinderungen anzusehen ist, § 68 Nr. 1 AO n.F.

Keine der Pflicht zur zeitnahen Mittelverwendung für kleinere Körperschaften

Körperschaften mit Einnahmen von höchstens 45.000 Euro pro Jahr sind vom Gebot der zeitnahen Mittelverwendung befreit, § 55 Abs. 1 Nr. 5 Satz 4 AO. Für die Ermittlung der Einnahmen sind die Einnahmen des ideellen Bereichs, des Zweckbetriebs, der Vermögensverwaltung und des steuerpflichtigen wirtschaftlichen Geschäftsbetriebs zu kumulieren.

Hinweis: Für die Praxis bedeutet das, dass die „kleinen Körperschaften“ die Mittelverwendung gegenüber der Finanzverwaltung nicht nachweisen müssen und somit keine zweckgebundenen Rücklagen zu bilden wären. Die freie Rücklage sollte aber trotzdem, sofern möglich, in höchstmöglichem Umfang gebildet werden, da die Mittel als nicht gebundenes Vermögen flexibel eingesetzt werden können. Hier bleibt abzuwarten, ob die Finanzverwaltung im Anwendungserlass zur Abgabenordnung noch Eingrenzungen vorsieht. Zu empfehlen ist, die neue Vorschrift nur für Körperschaften anzuwenden, deren Einnahmen nicht an der Grenze schwanken, sondern die stets Einnahmen unter 45.000 Euro erzielen und damit die Grenze in allen Jahren einhält.

Neuregelung zur Unmittelbarkeit

Bislang müssen gemeinnützige Körperschaften unmittelbar selbst gemeinnützige Zwecke erfüllen. Insb. waren Holdinggesellschaften, die nur Beteiligungen an gemeinnützigen Gesellschaften hielten, aber bspw. nicht selbst auch einen gemeinnützigen Zweck, wie den Betrieb eines Krankenhauses nach § 67 AO verfolgten oder eine Förderkörperschaft nach § 58 Nr. 1 AO waren, nicht gemeinnützig.

Nunmehr ist nach § 57 Abs. 4 AO n.F. das Halten und Verwalten von Anteilen an steuerbegünstigten Kapitalgesellschaften ein Fall der steuerbegünstigten unmittelbaren Zweckverwirklichung. Hält eine Körperschaft ausschließlich Anteile an steuerbegünstigten Kapitalgesellschaften (z. B. nach Ausgliederung aller operativen Tätigkeiten

auf Beteiligungsgesellschaften), war diese Tätigkeit bisher nicht steuerbegünstigt, wenn die Körperschaft ausschließlich typische Aufgaben einer Holdinggesellschaft wahrnimmt. Dieses Ergebnis berücksichtigte nicht, dass sich durch die Aufteilung der Tätigkeit auf mehrere Gesellschaften nur die Struktur, aber nicht das gemeinnützigkeitsrechtliche Gesamtbild ändert. Soweit die Holdinggesellschaft entgeltliche Leistungen gegenüber den Kapitalgesellschaften ausführt, an denen sie beteiligt ist, beurteilen sich diese nach den allgemeinen Regelungen.

Aktuell ist noch unklar, ob die Holding neben den Beteiligungen an steuerbegünstigten auch Beteiligungen an steuerpflichtigen Kapitalgesellschaften halten darf, ohne die Anwendung von § 57 Abs. 4 AO zu gefährden. Gleiches gilt für die Frage, ob die Holding einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb unterhalten kann.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob die Beteiligung selbst dann dem Zweckbetrieb bzw. dem ideellen Bereich zuzuordnen ist, so dass bspw. die Anteile aus zeitnah zu verwendenden Mitteln finanziert werden könnten. Verluste im Zusammenhang mit der Beteiligung oder auch Nachschusspflichten wären nicht mehr potentiell problematisch. Ausschüttungen aus der steuerbegünstigten Tochtergesellschaft wären für Zwecke der Bildung der freien Rücklage allerdings in jedem Fall nur noch in Höhe von 10 % zur berücksichtigen.

Des Weiteren wurde in § 57 Abs. 3 AO n.F. auch eine Erleichterung für das Vorliegen der Unmittelbarkeit für den Fall angenommen, dass eine Körperschaft ihre steuerbegünstigten Zwecke durch planmäßiges Zusammenwirken mit mindestens einer weiteren Körperschaft, die im Übrigen die Voraussetzungen der §§ 51 bis 68 AO erfüllt, einen steuerbegünstigten Zweck verwirklicht. Auch in diesem Fall soll die Unmittelbarkeit gegeben sein. Dies betrifft bspw. Servicegesellschaften von Krankenhauskonzernen, die bislang mangels Unmittelbarkeit nicht gemeinnützig waren und nun bei planmäßigem Zusammenwirken mit einer anderen gemeinnützigen Gesellschaft ebenfalls gemeinnützig sein können.

Noch nicht geklärt ist, ob es sich auf Leistungen beschränkt, die unmittelbar den gemeinnützigen Zweck betreffen (die Gesetzesbegründung nennt eine Wäscherei-GmbH eines Krankenhauskonzerns) oder ob bspw. auch Verwaltungsdienstleistungen betreffen kann. Auch muss abgewartet werden, ob und inwieweit eine Tätigkeit für Dritte schädlich ist.

Neuregelung der Mittelbeschaffung und -weitergabe

Die Weitergabe von Mitteln an eine andere Körperschaft oder eine juristische Person des öffentlichen Rechts für die Verwirklichung steuerbegünstigter Zwecke wird nur noch in einem einheitlichen Tatbestand in § 58 Nr. 1 AO n.F. geregelt. Nunmehr sind auch für solche Körperschaften, die keine reinen Förderkörperschaften sind, die Mittelweitergabe an eine andere steuerbegünstigte Körperschaft ohne die Einhaltung der bisherigen Grenze des § 58 Nr. 2 AO (nicht „überwiegend“, d. h. die Hälfte des Nettovermögens) nach § 58 Nr. 1 AO möglich. „Mittel“ sind nach § 58 Abs. 1 Nr. 1 Satz 2 AO n.F. sämtliche Vermögenswerte der Gesellschaft und danach nicht nur Bar- oder Buchgeld, sondern auch alle anderen Vermögenswerte, wie die unentgeltliche oder verbilligte Nutzungsüberlassung oder die unentgeltliche oder verbilligte Erbringung einer Dienstleistung.

Bei reinen Förderkörperschaften muss aber wie bisher der Förderzweck in der Satzung verankert werden, § 58 Nr. 1 Satz 4 AO n.F. Die neue Regelung verlangt ausdrücklich nicht, dass die Empfängerkörperschaft die erhaltenen Mittel nur für die Satzungszwecke der Geberkörperschaft verwenden darf. Die bislang in § 58 Nr. 1 AO notwendige teilweise Zweckidentität fällt nun weg. Die zuwendende Körperschaft hat dennoch darauf zu achten, dass die Mittelweiterleitung satzungskonform ist. Ansonsten kann eine nicht zweckentsprechende Verwendung Rückforderungsansprüche von Spendern oder Mitgliedern auslösen.

Vertrauensschutz nach § 58a AO

Nach bisherigem Recht war nicht geregelt, ob und unter welchen Voraussetzungen eine steuerbegünstigte Körperschaft, die Mittel an eine andere steuerbegünstigte Körperschaft weiterleitet, schutzwürdig ist. Steuerbegünstigte Körperschaften dürfen ihre Mittel grundsätzlich nur dann anderen steuerbegünstigten Körperschaften überlassen, wenn der Empfänger der Mittel damit steuerbegünstigte Zwecke verwirklicht. Entfällt die Steuerbegünstigung des Empfängers der Mittel oder verwendet dieser die Mittel nicht für steuerbegünstigte Zwecke, verstößt die gebende Körperschaft an sich gegen Regelungen des Gemeinnützigkeitsrechts.

Die zuwendende Körperschaft kann nunmehr darauf vertrauen, dass die empfangende Körperschaft im Zeitpunkt der Zuwendung steuerbegünstigt ist und die zugewendeten Mittel für steuerbegünstigte Zwecke verwendet, wenn ihr eine Ausfertigung des zu diesem Zeitpunkt gültigen Bescheids über die Gemeinnützigkeit der Körperschaft vorliegt. Somit müssten die Zuwender im Rahmen der Mittelweiterleitung einen Freistellungsbescheid oder die Anlage zum Körperschaftsteuerbescheid – jeweils nicht älter als fünf Jahre – einfordern.

Im Falle der Neugründung von gemeinnützigen Körperschaften reicht auch die Vorlage des Feststellungsbescheids nach § 60a AO aus, wenn die Ausstellung nicht länger als drei Jahre zurückliegt. Durch diese Ergänzung werden die Körperschaften berücksichtigt, welche im Zeitpunkt der Zuwendung noch nicht das erste Mal zur Körperschaftsteuer veranlagt wurden. Vertrauensschutz besteht nach der neuen Vorschrift dann nicht, wenn der zuwendenden Körperschaft die Unrichtigkeit eines Verwaltungsakts bekannt oder in Folge grober Fahrlässigkeit nicht bekannt war oder die zuwendende Körperschaft eine Verwendung für nicht steuerbegünstigte Zwecke durch die empfangende Körperschaft veranlasst hat. Auf Zuwendungen an juristische Personen des öffentlichen Rechts ist die Vorschrift nicht anwendbar. Begründet wird dies damit, dass die Verwaltung nach Art. 20 Abs. 3 des

Grundgesetzes an Gesetz und Recht gebunden ist und der Zuwender darauf vertrauen darf, dass eine juristische Person des öffentlichen Rechts die Mittel nicht entgegen einer Zweckbestimmung für nicht steuerbegünstigte Zwecke verwendet.

Hinweis: Die bislang übliche Praxis, dass die Empfänger Körperschaft der zuwendenden Körperschaft eine Zuwendungsbestätigung ausstellt, führt nicht zum Vertrauensschutz im Sinne des § 58a AO. Wir empfehlen daher, künftig anstatt einer Zuwendungsbestätigung die Vorlage des aktuellsten

Freistellungsbescheids oder der Anlage zum Körperschaftsteuerbescheid zu verlangen.

Aufhebung von Feststellungsbescheiden nach § 60a AO

Die Finanzverwaltung behält sich nun vor, bei Verstößen gegen die tatsächliche Geschäftsführung zwischen Erlass des Feststellungsbescheids und der ersten Veranlagung zur Körperschaftsteuer den Feststellungsbescheid nach § 60a AO wieder aufzuheben. Ziel der neuen Regelung ist, die rechtsmissbräuchliche Verwendung des Fest-

stellungsbescheids nach § 60a AO auszuschließen. Damit kann in Missbrauchsfällen der Rechtsschein der Gemeinnützigkeit beseitigt bzw. das Entstehen eines Rechtsscheins verhindert werden. Dies erhöht auch das Vertrauen des Spenders auf die korrekte Verwendung der von ihm zugewendeten Spende.

Hinweis: Wir gehen davon aus, dass die Neuregelung nur in seltenen Fällen zur Anwendung kommen wird und sehen hier keine Bedrohung für Körperschaften, deren Tätigkeiten aus gemeinnützigkeitsrechtlicher Sicht nicht zu beanstanden sind.

Umsatzsteuerpflichtige Leistungen von Privatkliniken

Krankenhausbehandlungen und ärztliche Heilbehandlungen einschließlich der Diagnostik, Befunderhebung, Vorsorge, Rehabilitation, Geburtshilfe und Hospizleistungen – sowie damit eng verbundene Umsätze – sind nach § 4 Nr. 14 Buchst. b UStG grundsätzlich steuerfrei. Dies gilt allerdings nur, wenn sie von bestimmten Einrichtungen erbracht werden. Die Steuerbefreiung für Leistungen von Privatkliniken nach § 30 GewO, d. h. Kliniken ohne Zulassung nach § 108 SGB V, galt bis zum 01.01.2020 nur eingeschränkt und ist von weiteren Voraussetzungen abhängig, auch wenn sie in vergleichbarer Situation und mit Verfahrens- und Behandlungsmethoden wie Krankenhäuser, die nach § 108 SGB V zugelassen sind, die gleiche medizinisch notwendigen Leistungen erbringen.

Rechtslage bis 31.12.2019

Nach dem von 2009 bis einschließlich 2019 geltenden nationalen Recht waren Privatkliniken mit ihren Krankenhausleistungen umsatzsteuerpflichtig. Sie konnten sich jedoch nach Auffassung der Finanzverwaltung auf die Umsatzsteuerfreiheit nach der Mehrwertsteuersystem-Richtlinie (Art. 132 Abs. 1 Buchst. b MwStSystRL) berufen, wenn sie ein vergleichbares Leistungsspektrum wie öffentliche Krankenhäuser oder Plankrankenhäuser erbracht und entweder mindestens in 40 % der Fälle keine höheren Entgelte als nach der Bundespflegegesetzverordnung oder dem Kranken-

hausentgeltgesetz verlangt haben oder mindestens 40 % der Leistungen gesetzlich Versicherten, Sozialhilfeempfängern und vergleichbaren Patienten zugutegekommen sind. Ein BMF-Schreiben vom 06.10.2016 (Az. III C 3 – S 7170/10/10004) stellte klar, dass Entgelte für Wahlleistungen in die Berechnung der 40 %-Grenze nicht einzubeziehen waren, wenn das Entgelt für die Wahlleistungen in einem angemessenen Verhältnis zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gestanden hat. Die Privatklinik hatte faktisch ein Wahlrecht: Sie konnte sich auf die Umsatzsteuerpflicht nach nationalem Recht oder auf die Steuerbefreiung nach EU-Recht berufen.

Rechtslage ab 2020

Ab 2020 wurden die genannten Voraussetzungen für die Umsatzsteuerbefreiung nahezu identisch in das nationale Gesetz (§ 4 Nr. 14 Buchst. b Satz 2 Doppelbuchst. aa UStG) übernommen. Liegen die Voraussetzungen für die Steuerbefreiung danach vor, kann auf sie nicht verzichtet werden. Die Privatklinik hat also kein Wahlrecht mehr.

Anforderungen an die Umsatzsteuerbefreiung

Über die Anforderungen an die Umsatzsteuerbefreiung besteht allerdings weiterhin Streit. Diese sind auch nach Aufnahme in das Gesetz nicht eindeutig und zweifelsfrei defi-

niert und daher auslegungsbedürftig. Im Mittelpunkt der Diskussion steht u. a. die Frage, ob die Bedingungen, unter denen die Privatklinik tätig ist, mit denen von Plankrankenhäusern vergleichbar sind. Die Vergleichbarkeit in sozialer Hinsicht liegt dann vor, wenn mindestens 40 % der jährlichen Belegungs- und Berechnungstage auf Patienten entfallen sind, bei denen für die Krankenhausleistungen kein höheres Entgelt als für allgemeine Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung berechnet wurde oder mindestens 40 % der Leistungen den in § 4 Nr. 15b UStG genannten Personen zugutegekommen sind.

Berücksichtigung von Entgelten für Wahlleistungen

Entgelte, die für Wahlleistungen berechnet wurden, waren nach dem Schreiben des BMF ausdrücklich nicht in die Berechnung der 40 %-Grenze der jährlichen Belegungs- oder Berechnungstage einzubeziehen, sofern das Entgelt für die Wahlleistungen entsprechend § 17 Abs. 1 KHEntgG in einem angemessenen Verhältnis zu den allgemeinen Krankenhausleistungen stand.

Dieser Passus ist nicht in den Gesetzestext übernommen worden. Da das BMF-Schreiben nicht geändert oder aufgehoben worden ist, spricht jedoch Einiges dafür, dass die

Finanzbehörden auch weiterhin von der Einbeziehung von Wahlleistungen absehen. Allerdings wird dieser Punkt derzeit von den Finanzämtern unterschiedlich behandelt. Bis zu einer Klarstellung im Umsatzsteuer-Anwendungserlass besteht insoweit eine Unsicherheit, die jeweils mit dem zuständigen Finanzamt abzustimmen ist. So lange wird man das BMF-Schreiben vom 06.10.2016 in der Argumentation gegenüber dem Finanzamt nutzen können.

Neue Grundsätze zur Umsatzsteuerbefreiung durch EuGH-Urteil

Bei der Argumentation kann zusätzlich das Urteil des EuGH vom 05.03.2020 (Rs. C-211/18) herangezogen werden, mit dem dieser neue Grundsätze zur Umsatzsteuerbefreiung von privaten Krankenhäusern aufstellt.

Aus der Entscheidung des EuGH kann aus unserer Sicht abgeleitet werden, dass eine starre Grenze wie sie in § 4 Nr. 14 Buchst. b Satz 2 Doppelbuchst. aa UStG vorgesehen ist, nicht mit den Vorgaben nach Art. 132 Abs. 1 Buchst. B MwStSystRL vereinbar ist.

Der EuGH stellt fest, dass aus dem Wortlaut der Bestimmung hervorgeht, dass die Befreiung der von privaten Krankenhauseinrichtungen durchgeführten Heilbehandlungen davon abhängig ist, dass diese Leistungen unter Bedingungen erbracht werden, die mit den Bedingungen für Einrichtungen des öffentlichen Rechts in sozialer Hinsicht vergleichbar sind. Da sich diese Voraussetzung auf die erbrachten Leistungen und nicht auf den betreffenden Leistungserbringer beziehe, sei der Anteil der Heilbehandlungen, die im Sinne dieser Vorschrift unter Bedingungen durchgeführt werden und die in sozialer Hinsicht vergleichbar seien, im Verhältnis zur gesamten Tätigkeit des Leistungserbringers für die Anwendung der in Art. 132 Abs. 1 Buchst. b MwStSystRL vorgesehenen Befreiung nicht relevant.

Das Merkmal „in sozialer Hinsicht“ bezieht sich daher nach dem Urteil des EuGH nicht auf die gesamte Leistungstätigkeit des Leistungserbringers, sondern auf die von ihm im Einzelfall erbrachten Umsätze. Dies führt nach Ansicht des EuGH zur Unvereinbarkeit einer starren Grenze. Es gehe also nicht darum, den Unternehmer als solchen

zu begünstigen, sondern die Umsätze zu befreien, bei denen die Preisgestaltung sozialen Vorgaben entspricht. Offen bleibt, wie sich das Urteil auf solche Umsätze auswirkt, die in sozialer Hinsicht nicht vergleichbar sind.

Fazit

Das Urteil des EuGH ist zu begrüßen, denn angesichts des erneut entstandenen Streits über die Einordnung der Leistungen von Privatkliniken bestehen nun weitere Möglichkeiten, gegen eine Umsatzsteuerpflicht zu argumentieren, unabhängig davon, ob die wahlärztlichen Leistungen in die Berechnung einzubeziehen sind oder nicht. Aufgrund der unklaren Rechtslage sollte aber ein Antrag auf Erteilung einer verbindlichen Auskunft bei dem zuständigen Finanzamt für künftige Zeiträume eingeholt werden, um Rechtssicherheit zu schaffen. Für Privatkliniken, die in der Vergangenheit den Vorsteuerabzug in Anspruch genommen haben oder zukünftig in Anspruch nehmen möchten, kann die Argumentation von Nachteil sein. Dies gilt es im Einzelfall zu beachten.

Beratung im Rahmen von Gesundheitstelefonen als umsatzsteuerfreie Heilbehandlungsleistung

In der 2. Ausgabe des novus Gesundheitswesen 2020, S. 13, haben wir über das EuGH-Urteil vom 05.03.2020 (Az. XI R 19/15) berichtet, wonach auch telefonisch erbrachte Beratungsleistungen in Bezug auf Gesundheit und Krankheiten unter die in dieser Vorschrift vorgesehene Mehrwertsteuerbefreiung fallen können, sofern die Beratungsleistungen eine therapeutische Zielsetzung verfolgen.

Der BFH, der die Rechtsfrage dem EuGH vorgelegt hat, verwies den Rechtsstreit mit Urteil vom 23.09.2020 (Az. XI R 6/20 und XI R 19/15) an das Finanzgericht. Er führte aus, dass nicht jeder Aspekt einer therapeutischen Behandlung von medizinischem Personal durchzuführen sei. Es müsse aber eine Ausübung im Rahmen ärztlicher oder arztähnlicher Berufe erfolgen.

Im vorliegenden Fall waren Krankenschwestern und medizinische Fachangestellte (Arzthelferinnen), die größtenteils auch als Gesundheitscoach ausgebildet waren, tätig. Bei gegebener Relevanz wurden diese in mehr als einem Drittel der Fälle von Fachärzten unterstützt. Die betreffenden Kosten wurden vollständig von gesetzlichen Krankenkassen getragen, woraus laut BFH grundsätzlich auf die für die erbrachten Leistungen erforderliche Qualifikation des von der Klägerin eingesetzten Personals geschlossen werden kann. Denn eine Kostentragung durch gesetzliche Krankenkassen ist dabei dann von Bedeutung, wenn sie den Charakter eines Befähigungsnachweises hat. Dies kann sich im Einzelfall aus den Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern nach den nationalen Regelungen im Vierten Kapitel des SGB V und damit aus §§ 69 ff.

SGB V ergeben. So ist z. B. die Aufnahme der betreffenden Leistungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen nach § 92 SGB V, der Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 111 SGB V oder die Zulassung nach § 124 SGB V als Indiz für das Vorliegen der erforderlichen Berufsqualifikation anzusehen. Auch aus der Kostentragung nach § 43 SGB V i. V. m. einer Gesamtvereinbarung kann sich laut BFH der erforderliche Qualifikationsnachweis ergeben.

Hinweis: Eine Umsatzsteuerfreiheit der telefonischen Beratung kann dann angenommen werden, wenn die Krankenkasse die Kosten übernimmt und ein Vertrag mit den Sozialversicherungsträgern als Befähigungsnachweis gelten kann. Dies ist im Einzelfall zu beachten und zu prüfen.



EU-Ausfuhrkontrollen für Corona-Impfstoffe verlängert bis zum 30.06.2021

Am 13.03.2021 verabschiedete die Europäische Kommission mit der Durchführungsverordnung (EU) 2021/442 die Aktualisierung zu der vorangegangenen Durchführungsverordnung (EU) 2021/111 mit der die EU Ausfuhren von COVID-19-Impfstoffen überwachen und beschränken kann. Die Maßnahme betrifft Impfstoffe von Unternehmen, mit denen die EU-Abnahmegarantien vereinbart hat.

Die Durchführungsverordnung sieht ein Transparenz- und Genehmigungssystem vor, welches Unternehmen dazu verpflichtet, geplante Ausfuhren von in der EU hergestellten Impfstoffen des KN-Codes 3002 2010 gegen SARS-assoziierte Coronaviren (SARS-CoV-Arten) den Behörden der Mitgliedstaaten zu melden und eine Ausfuhrgenehmigung zu beantragen. Unter diese Verordnung fallen auch die derzeit unter den KN-Codes ex 2933 9980, ex 2934 9990, ex 3002 9090 und ex 3504 0090 eingereichten Wirkstoffe einschließlich Master- und Arbeitszellbanken, die für die Herstellung solcher Impfstoffe verwendet werden, unabhängig von ihrer Verpackung. Damit soll vermieden werden, dass die Regelungen umgangen werden.

Die Ausfuhrgenehmigungen sind bei der zuständigen Behörde des EU-Mitgliedstaates, in dem der Impfstoff hergestellt wird, zu beantragen. Wenn das Ausfuhrvolumen keine Gefahr für die Erfüllung der von der EU mit Impfstoffherstellern geschlossenen Vereinbarung über Abnahmegarantien darstellt, erteilt die zuständige Behörde des jeweiligen Mitgliedstaates nach Konsultation mit der EU-Kommission die Ausfuhrgenehmigung schriftlich oder in elektronischer Form. Diese ist bei der Anmeldung der Waren zur Ausfuhr, spätestens bei ihrer Überlassung vorzulegen. Ohne Vorliegen einer Genehmigung ist die Ausfuhr untersagt.

Eine Ausnahme der Genehmigungspflicht besteht für Ausfuhren in eine Reihe von Partner- und Entwicklungsländern sowie für Ausfuhren im Zusammenhang mit einer humanitären Soforthilfe. So bleiben z. B. Ausfuhren in die Schweiz, nach Island und Norwegen genehmigungsfrei.

Über die Erteilung der Ausfuhrgenehmigung soll innerhalb weniger Arbeitstage nach Übermittlung aller erforderlichen Angaben an die zuständige Behörde entschieden werden.

Die ursprüngliche Durchführungsverordnung (EU) 2021/111 ist am 30.01.2021 in Kraft getreten und sollte bis vorerst Ende März 2021 gelten. Mit Wirkung ab dem 13.03.2021 ist nun die Durchführungsverordnung (EU) 2021/442 in Kraft getreten und verlängert die Gültigkeitsdauer bis zum 30.06.2021. Ziel der Maßnahme ist, vor dem Hintergrund einer möglichen Knappheit der COVID-19-Impfstoffe, die Ausfuhren von Impfstoffen aus der EU transparenter zu gestalten und so den EU-Bürgern einen zeitnahen Zugang zu COVID-19-Impfstoffen sicherzustellen.

Im Zuge der Aktualisierung wurden die Angaben bezüglich der Beantragung auf Erteilung der Ausfuhrgenehmigung in Anhang I und die TARIC-Zusatzcodes in Anhang II angepasst. Ausfuhrgenehmigungen, die bereits gemäß Anhang I der Durchführungsverordnung (EU) 2021/111 erteilt wurden, sind auch nach Inkrafttreten dieser Verordnung gültig.

Keine Rückerstattungspflicht der Umsatzsteuer bei ambulant abgegebenen Fertigarzneimitteln

Gute Nachrichten für Krankenhäuser: Krankenkassen haben keinen umsatzsteuerlichen Rückerstattungsanspruch bei ambulant abgegebenen Fertigarzneimitteln.

Eine gesetzliche Krankenkasse verklagte ein Krankenhaus auf Rückerstattung von angeblich überzahlter Umsatzsteuer für ambulant abgegebene Fertigarzneimittel. Die Krankenkasse war der Ansicht, dass bei der ambulanten Abgabe von Fertigarzneimitteln im Kran-

kenhaus der ermäßigte Umsatzsteuersatz von 7 % gelte, hilfsweise diese Umsätze jedoch umsatzsteuerfrei seien.

Das Landessozialgericht Baden-Württemberg folgte der Argumentation der Krankenkasse in seiner Entscheidung vom 09.12.2020 (Az. B 1 KR 5/21 B) nicht. Vielmehr stellte es fest, dass aufgrund der fehlenden eindeutigen Regelungen der Finanzverwaltung zu der umsatzsteuerrechtlichen Behandlung

von ambulant abgegebenen Fertigarzneimitteln der Krankenkasse weder einen Umsatzsteuerrückerstattungsanspruch i. H. v. 19 % noch i. H. v. 12 % zusteht.

Hinweis: Die Krankenkasse hat Nichtzulassungsbeschwerde zum Bundessozialgericht eingelegt (Az. B 1 KR 5/21 B), weswegen das Urteil zwar noch nicht bestandskräftig ist, aber gegenwärtig auf jeden Fall eine sehr positive Nachricht für verklagte Krankenhäuser.

Krankenhauszukunftsgesetz für die Digitalisierung der Krankenhäuser – Fortsetzung

Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) hat der Gesetzgeber Maßnahmen ergriffen, die Digitalisierung der Krankenhäuser schnell und effektiv voranzutreiben. Hierfür stellt der Bund 3 Milliarden Euro Fördermittel zur Verfügung.

Seit Inkrafttreten des KHZG im Oktober 2020 und Veröffentlichung der Förderrichtlinie des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) können Krankenhäuser intensiv Vorkehrungen treffen, die notwendigen Rahmenbedingungen für eine Förderung nach dem KHZG zu schaffen. Sie stehen hierbei vor der großen Herausforderung, die anspruchsvollen funktionalen Anforderungen eines Fördervorhabens zu erfüllen und dabei den straffen Zeitplan des KHZG einzuhalten.

Aktueller Stand der Umsetzung des KHZG

Mit dem KHZG stellt der Bund den Krankenhäusern in Deutschland bis zu 3 Milliarden Euro Fördermittel für die Digitalisierung zur Verfügung. Die Verteilung der Fördermittel auf die Länder erfolgt durch das BAS nach dem sog. Königsteiner Schlüssel. Dieser regelt die Aufteilung des Länderanteils an gemeinsamen Finanzierungen. Die Länder

und/oder die Krankenhausträger sollen im Wege der Ko-Finanzierung weitere 30 % der Investitionskosten übernehmen, so dass Projekte mit einem Gesamtvolumen von 4,3 Milliarden Euro gefördert werden können. Die Investitionen sollen in den Ausbau der digitalen Infrastruktur für die interne und sektorenübergreifende Versorgung, die Prozesse und Strukturen im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes, die Ausbesserung der modernen Notfallkapazitäten und die IT-Sicherheit fließen.

Ein Anspruch auf Gewährung der Fördermittel besteht nicht (§ 14a Abs. 4 Satz 4 KHG). Nach Bedarfsanmeldung und Entscheidung der Länder über eine Förderung legt das Bundesamt für Soziale Sicherung nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der jeweils zur Verfügung stehenden Landesanteile die Verteilung der Fördermittel fest.

Förderfähige Vorhaben

Welche Vorhaben nach dem KHZG konkret förderungsfähig sind, hat der Gesetzgeber in § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 11 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) fest vorgeschrieben. Dort werden elf Fördertatbestände aufgeführt, denen ein Vorhaben

mindestens zuzuordnen sein muss. Die vom Bundesamt für Soziale Sicherheit (BAS) am 30.11.2020 erlassene Förderrichtlinie zur Konkretisierung der Voraussetzungen für die Förderung nach dem KHZG erläutert im Einzelnen die Anforderungen an jedes Fördervorhaben. Hierzu hat das BAS Mindestanforderungen, die sog. „Muss-Kriterien“ definiert, die im Zusammenhang mit dem jeweiligen Fördervorhaben zwingend und vollumfänglich umzusetzen sind. Dagegen sind die sog. „Kann-Kriterien“ nur optional zu erfüllen, d. h. sie sind als ein „Mehr“ zu verstehen. Die Konkretisierung der Voraussetzungen für die Förderung erfolgt dabei in einer beachtenswerten Detailtiefe, sodass die Umsetzung viele Krankenhäuser vor eine große Herausforderung stellen wird. Etwa formuliert der Fördertatbestand gemäß § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHSFV (Patientenportale) insgesamt 17 Muss- und 16 Kann-Kriterien, die jeweils in drei Bereiche aufgeteilt sind: das digitale Aufnahme-, das Behandlungs- sowie das Entlass- und Überleitungsmanagement. Wie umfangreich der Katalog ausgestaltet ist, zeigen allein drei der 17 Muss-Kriterien. U. a. muss das Patientenportal die Möglichkeit einer Online-Terminbuchung, die Speicherung von Daten in und Zugriffsmöglichkeiten auf die

elektronische Patientenakte sowie einen strukturierten Datenaustausch zwischen Leistungserbringern vorsehen, um nachgelagerte Behandlungsabläufe zu unterstützen. Für eine erfolgreiche Antragsstellung ist es ausschlaggebend, dass das Krankenhaus in seinem Digitalisierungsplan darlegen kann, dass das zur Förderung angemeldete Projekt am Ende tatsächlich sämtliche 17 Muss-Kriterien umsetzen kann. Wichtig ist daher für die Krankenhäuser, dass Produkte auf dem Markt verfügbar sind, die die Anforderungen der Fördertatbestände möglichst umfänglich erfüllen und/oder die sich sinnvoll kombinieren lassen. Die Produkte müssen sich zudem mit bereits vorhandenen IT-Strukturen vernetzen können.

Besonderer Fokus liegt auf Interoperabilität und IT-Sicherheit

Darüber hinaus muss für Vorhaben gemäß § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 6 und 9 KHSFV gesamtheitlich der gesetzlich vorgeschriebene, weitreichende Interoperabilitätsstandard eingehalten werden. Dies betrifft Vorhaben in den Bereichen

- ▶ Patientenportale (Nr. 2),
- ▶ digitale Dokumentation (Nr. 3),
- ▶ klinische Entscheidungsunterstützung (Nr. 4),
- ▶ Medikamentenmanagement (Nr. 5),
- ▶ digitale Leistungsanforderung (Nr. 6) und
- ▶ Telemedizin-Netzwerke (Nr. 9).

Medizinische Daten müssen auf Basis international anerkannter technischer, syntaktischer und semantischer Standards ausgetauscht werden können, anderenfalls werden die genannten Vorhaben nicht gefördert. Als Standard empfiehlt die Förderrichtlinie primär die über die KBV definierten Medizinischen Informationsobjekte (MIO) oder das Interoperabilitätsverzeichnis der gematik (vesta). Sofern kein MIO bzw. keine vesta- Standards verwendet werden, können IHE- oder FHIR-Standards genutzt werden. Neben der Interoperabilität wird ein großer Fokus auf die IT-Sicherheit gelegt. Vorgeschrieben ist, dass für die Verbesserung der IT-Sicherheit das Krankenhaus für jedes Vorhaben zwingend 15 % des angemeldeten Förderbedarfs aufwenden muss. Diese Regelung bezieht sich dabei auf jedes einzelne Fördervorhaben.

Gestaltung der Förderung durch die Länder

Unklar ist in einzelnen Bundesländern noch, welche Bemessungskriterien bei der Verteilung der Gelder durch die Länder zugrunde gelegt werden. Daher ist in einzelnen Bundesländern noch nicht transparent, mit welchen Fördersummen die einzelnen Häuser rechnen können. Als Bezugsgrößen kommen die Betten- oder Fallzahlen eines Krankenhauses oder der Case-Mix-Index in Betracht. Ungeachtet der Kriterien erhalten Krankenhäuser durch das KHZG die Möglichkeit und die nötigen finanziellen Mittel, teilweise lange geplante Digitalisierungsprojekte zu starten.

Digitalisierung bis 2025 – anderenfalls drohen Abschlüge

Der Gesetzgeber appelliert nicht nur an sämtliche Krankenhäuser, sich tatsächlich an entsprechenden Investitionsmaßnahmen zu beteiligen, sondern droht mit Sanktionen, sollten die in §§ 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 6 KHSFV aufgezählten digitalen Dienste (also bspw. die Einrichtung von Patientenportalen) nicht bereitgestellt werden. Für die Zeit ab dem 11.01.2025 ist dann für jeden voll- und teilstationären Fall ein Abschlag von maximal 2 % des Rechnungsbetrags vorgesehen. Der einschlägige § 5 Abs. 3h Satz 4 KHEntG schreibt vor, dass sich die Höhe des Abschlags nach der Einführung konkret benannter digitaler Dienste und deren Nutzungsquote richtet. Krankenhäuser müssen bei der Planung und Anschaffung von Produkten daher auch darauf achten, dass diese nachweislich genutzt werden. Hierfür ist vor allem auch die Akzeptanz der Systeme bei den Mitarbeitern erforderlich, die täglich mit den bereitgestellten Diensten arbeiten müssen. Um keine Abschlüge zu riskieren, sollte der Digitalisierungsplan eines Krankenhauses alle fünf abschlagsrelevanten Bereiche umfassen.

Schulungen für IT-Dienstleister vorgesehen

Bei der Umsetzung der Fördervorhaben spielen IT-Dienstleister eine wichtige Rolle. IT-Dienstleister überprüfen, ob die bei den Vorhaben gemäß § 22 Abs. 2 Nr. 4, 6 und 8 KHSFV vorgesehenen informationstechni-

schen Maßnahmen die Anforderungen an die Bewilligung von Fördermitteln erfüllen. Bspw. bewerten die IT-Dienstleister, ob die Interoperabilitätsstandards eingehalten wurden oder ob das Vorhaben technisch sinnvoll umgesetzt wird (Nr. 8). Hierfür stellt das BAS den IT-Dienstleistern nach § 21 Abs. 5 Satz 2 KHSFV eine kostenlose Schulung auf deren Homepage zur Verfügung. IT-Dienstleister müssen diese Schulung durchlaufen und an der anschließenden Lernkontrolle teilnehmen, um eine Berechtigung zu erhalten, die dann als Nachweis dem Antrag auf Förderung beim BAS beigefügt werden muss. Die berechtigten IT-Dienstleister helfen dabei, Vorhaben auf verlässliche Umsetzbarkeit hin zu überprüfen.

Antragsstellung

Krankenhausträger können bereits seit November 2020 ihren Förderbedarf unter Angabe des Vorhabens und der Fördersumme, unter Nutzung der vom BAS bereitgestellten Formulare bei den Ländern anmelden (sog. Bedarfsanmeldung). Welche Krankenhäuser Fördermittel bewilligt bekommen, wird vom Land entschieden, die die Förderung anschließend beim BAS beantragen. Bis wann Krankenhäuser ihren Bedarf stellen können, hängt von dem jeweiligen Land ab, bei dem Bedarf angemeldet wird. Fest steht, dass die Länder (nur) noch bis zum 31.12.2021 Anträge auf Auszahlung von Fördermitteln beim BAS stellen können.

Fazit und Ausblick

Das KHZG bietet den Krankenhäusern die notwendige und gewünschte finanzielle Unterstützung bei der Umsetzung ihrer zum Teil lange geplanten Digitalisierungsvorhaben. Um allerdings Fördermittelempfänger zu werden, müssen die insgesamt sehr anspruchsvollen Voraussetzungen für die Förderung nach dem KHZG erfüllt werden. Gerade unterdigitalisierte Krankenhäuser können hier in Schwierigkeiten geraten. Ihnen ist zu raten, sich bereits jetzt mit den Rahmenbedingungen des KHZG auseinanderzusetzen und ihren Digitalisierungsplan zu entwerfen. Für manche Häuser könnte auch die finanzielle Beteiligung an der Förderung der Vorhaben problematisch werden.

Chinesische KN95-Masken ohne EU-Zertifizierung dürfen in Deutschland nicht verkauft werden

Das Verwaltungsgericht Düsseldorf entscheidet in einem Eilverfahren mit Beschluss vom 19.02.2021 (Az. 3 L 11/21), dass Atemschutzmasken nach dem chinesischen KN95-Standard ohne eine europäische CE-Zertifizierung oder eine sog. Corona-Pandemie-Atemschutzmasken (CPA)-Zertifizierung in Deutschland nicht in Verkehr gebracht werden dürfen.

Hintergrund dieser Entscheidung war eine Anordnung der Bezirksregierung Düsseldorf als zuständige Marktüberwachungsbehörde gegenüber einem schweizerischen Unternehmen, das chinesische KN95-Masken ohne entsprechende Zertifizierungen in Deutschland verkauft hatte.

Die Bezirksregierung ordnete gegenüber dem Unternehmen an, dass die in ihrem Bezirk befindlichen Masken nicht weiter auf dem Markt bereitgestellt werden dürfen

und zurückgenommen werden sollten. Zudem legte sie dem Unternehmen auf, über dessen Lieferketten und den Verbleib der zurückgenommenen Atemschutzmasken Bericht zu erstatten.

Das Verwaltungsgericht Düsseldorf sah diese Anordnung zum größten Teil als rechtmäßig an, da gerade während der Corona-Pandemie Endnutzer von Atemschutzmasken darauf vertrauen, dass die Qualität von Atemschutzmasken nach den europäischen Normen überprüft und das CE-Kennzeichen oder CPA-Kennzeichen damit rechtmäßig auf die Atemschutzmasken angebracht wurde.

Hinweis: Die Entscheidung des VG Düsseldorf ist insb. für die zahlreichen zivilrechtlichen Verfahren wegen der Lieferung von mangelhaften FFP2-Masken wichtig. Gerade zu Beginn der Corona-Pandemie sind viele

Importeure fälschlicherweise davon ausgegangen, dass die EU-Kommission das europäische Medizinprodukterecht bzw. die Verordnung zur persönlichen Schutzausrüstung außer Kraft gesetzt hatte. Das VG Düsseldorf bestätigt mit seiner Entscheidung, dass dies nicht der Fall war. Somit war das Inverkehrbringen von Atemschutzmasken, die nicht nach deutschem bzw. europäischem Recht zertifiziert worden sind, unzulässig. Unter Umständen haben Importeure durch den Verkauf von nicht CE-zertifizierten bzw. CPA-zertifizierten Masken gegen ein Verbotsgesetz gemäß § 134 BGB verstoßen. Dies hätte zur Folge, dass die entsprechenden Verträge nichtig sind.

Es ist davon auszugehen, dass sich die Gerichte in den anhängigen zivilrechtlichen Verfahren auf die Entscheidung des VG Düsseldorf stützen werden.

Dringender Handlungsbedarf für Medizinprodukte-Hersteller aus der Schweiz

Das Inkrafttreten der neuen EU-Medizinprodukte-Verordnung (Medical Device Regulation = MDR) am 26.05.2021 rückt immer näher. Für die Schweiz und die EU bedeutet dies, ihr Abkommen zur gegenseitigen Anerkennung von Medizinprodukten (Mutual Recognition Agreement = MRA) vom 01.06.2002 umgehend zu aktualisieren, damit auch weiterhin ein reibungsloser Handel zwischen der Schweiz und der EU sichergestellt ist.

Obwohl das MRA den zentralen Beitrag leistet, technische Handelshemmnisse zu überwinden, sind derzeit noch keine Anzeichen auf eine Aktualisierung erkennbar. Dabei sind laut einer aktuell veröffentlichten Branchenstudie der Swiss Medtech der Warenverkehr von der EU in die Schweiz mit einem Volumen von umgerechnet ca. 2,9 Milliarden Euro betroffen. Umgekehrt setzt die Schweiz knapp 46 % ihrer Medizinprodukte auf dem europäischen Markt ab.

Nicht nur wirtschaftlich drohen Nachteile. Besonders Besorgnis erregend sind die erwarteten negativen Auswirkungen auf die Patientenversorgung, da vor allem der Handel von Medizinprodukten für die Notfall-, Trauma- und Diabetesversorgung sowie Produkte für die Dialyse und chronische Atemwegserkrankungen von Handelsbarrieren betroffen sein wird.

Eine Reaktion der EU und der Schweiz bleibt zwar noch abzuwarten, allerdings kann davon ausgegangen werden, dass innerhalb von nur zwei Monaten kein aktualisiertes MRA in Kraft treten wird, um den gewünschten nahtlosen Übergang herzustellen.

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.

Sollten Medizinproduktehersteller aus der Schweiz nicht bereits auf die mit hoher Wahrscheinlichkeit im Mai 2021 eintretenden Veränderungen reagiert haben, so ist nun höchste Zeit, sich an die neuen Regelungen der MDR anzupassen.

Liquiditätskennzahlen im Krankenhaus – Liquiditätsgrade im Trägerschaftsvergleich

Die Liquiditätslage zahlreicher Krankenhäuser ist seit Jahren stark angespannt. Im zurückliegenden Geschäftsjahr hat sich hier zwar für einen Teil der Kliniken die Situation aufgrund der durch das COVID19-Krankenhausesentlastungsgesetz initiierten Hilfsmaßnahmen (verkürzte Zahlungsziele der Kostenträger, Freihaltepauschalen, erhöhter Pflegeentgeltwert etc.) kurzfristig entspannt. Für das Geschäftsjahr 2021 wird hier aber eine gegenläufige Entwicklung erwartet, so dass sich die Situation insgesamt weiter verschlechtern dürfte. Für die betroffenen Häuser ist bzw. wird es unvermeidlich sein, ein effektives und zielgerichtetes Liquiditätsmanagement zu etablieren, um die Situation tagesaktuell einschätzen und ggf. gegensteuern zu können. Hierbei empfiehlt sich neben dem täglichen Blick auf den Kontostand und der Erstellung einer

kurz- und mittelfristigen Liquiditätsplanung auch die Steuerung über Liquiditätskennzahlen.

Auch für finanzierende Banken stellen die Liquiditätskennzahlen eine wesentliche Beurteilungsgröße dar und bilden neben weiteren Bilanzkennzahlen oft auch das Rahmenwerk für Financial Covenants in Kreditverträgen.

Vor diesem Hintergrund sollen im Folgenden verschiedene Kennzahlen zur Liquidität sowie deren Entwicklung vorgestellt und diskutiert werden. Hierbei greifen wir auf unsere umfassende Benchmark-Datenbank zurück, mithilfe derer wir die finanz- und leistungswirtschaftlichen Daten von deutschlandweit über 500 Krankenhäusern analysieren und auswerten können.

Die **Liquidität ersten Grades (cash ratio)** (Abb. 1) sagt etwas über die Relation vorhandener liquider Mittel zu den kurzfristigen Verbindlichkeiten (d. h. solcher, die innerhalb eines Jahres ab dem Bilanzstichtag fällig werden) aus, und ist damit ein Indiz für die Liquiditätssituation im engeren Sinne. Sie beträgt in deutschen Krankenhäusern im Median 43,0 %. Dabei zeigt sich eine sehr hohe Varianz innerhalb der Trägerschaften: Während frei-gemeinnützige Krankenhäuser im Median Werte von 92,4 % aufweisen, liegt die Kennzahl bei öffentlichen Häusern bei 24,5 % und bei privat geführten Krankenhäusern bei lediglich 8,4 %. Ein möglicher Grund hierfür könnte sein, dass private Krankenhäuser liquide Mittel effizienter allozieren oder über Cash-Pooling-Vereinbarungen ihren Liquiditätsbestand an ihre Gesellschafter abführen.

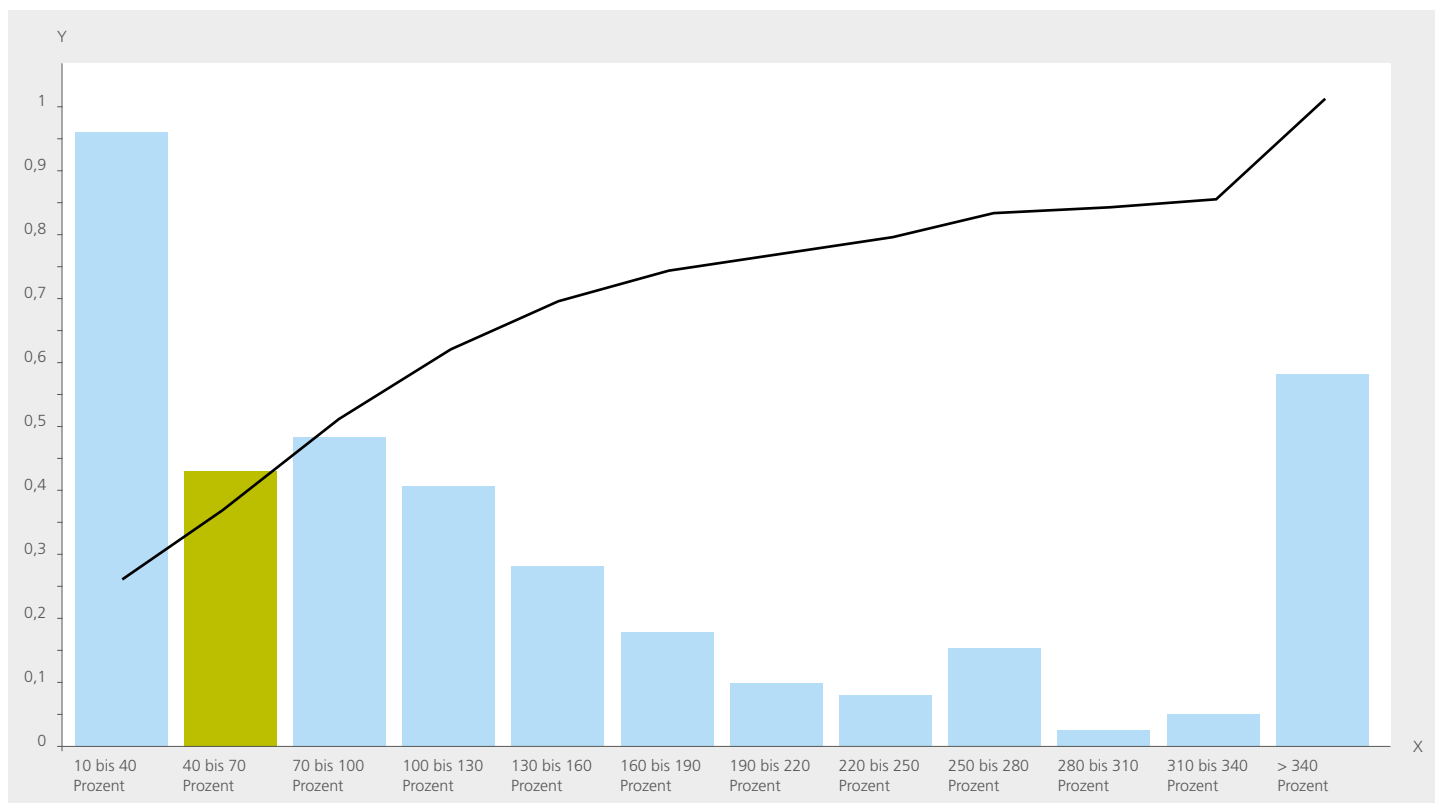


Abb. 1: Histogramm zur trägerübergreifenden Verteilung des Liquiditätsgrads I

■ Median ■ Vergleichsgruppe — Kumuliert

Die Liquidität **zweiten Grades (quick ratio)** (Abb. 2) ergänzt im Zähler die kurzfristigen Forderungen, d. h. insb. die Forderungen aus Lieferungen und Leistungen sowie Forderungen gegen verbundene Unternehmen und Gesellschafter, sowie darüber hinaus die sonstigen Vermögensgegenstände. Sie impliziert eine sofortige Liquidierbarkeit dieser Vermögenspositionen zur Bedienung der kurzfristig fälligen Verbindlichkeiten. Die quick ratio beträgt im Median 324,9 %. Die Varianz zwischen den verschiedenen Trägerarten (öffentlich: 293,9 %, frei-gemeinnützig: 334,1 %, privat: 347,0 %) ist deutlich geringer. Dass der Wert bei den privaten Häusern dennoch am besten ist, überrascht nicht: Durch ein oftmals moderneres Abrechnungswesen, verbunden mit einem regelmäßig geringeren Fremdfinanzierungsbedarf, ergibt sich insgesamt ein höherer Kennzahlenwert. Öffentlich-

che Krankenhäuser kämpfen hingegen oftmals mit einem deutlich schlechteren Working Capital Management, verbunden mit einer operativ geringeren Ertragskraft (EBITDA-Marge öffentlich: 2,1 %, frei-gemeinnützig: 2,8 %, privat: 5,2 %).

Die Liquidität **dritten Grades (current ratio oder banker's rule)** (Abb. 3) berücksichtigt darüber hinaus noch die Vorräte als kurzfristig zu Buchwerten liquidierbare Vermögenspositionen. Hierin enthalten sind im Krankenhaus neben Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffen klassischerweise insb. die Überlieger im akutstationären Bereich, denen ein forderungsähnlicher Charakter zukommt. Die Kennzahl sagt aus, ob kurzfristiges Vermögen auch kurzfristig finanziert ist. Liegt die Kennzahl dauerhaft unter 100 %, muss Anlagevermögen freigesetzt werden, um die

kurzfristigen Verbindlichkeiten bedienen zu können. Der trägerschaftsübergreifende Median der Kennzahl liegt bei sehr guten 353,7 % (öffentlich: 333,5 %, frei-gemeinnützig: 354,2 %, privat: 367,0 %). Damit wird, zumindest im Median, über alle Träger-schaften die Fristenkongruenz der Finanzierung gewahrt.

Liquiditätsgrade stellen als statische Bestandskennzahlen zum Bilanzstichtag immer nur eine Momentaufnahme dar, sind leicht manipulierbar und können bereits wenige Tage später ein völlig anderes Bild auf die Beurteilung der Gesellschaft werfen. Sie sind daher nur für eine erste, indikative Einschätzung des zu betrachtenden Unternehmens geeignet.

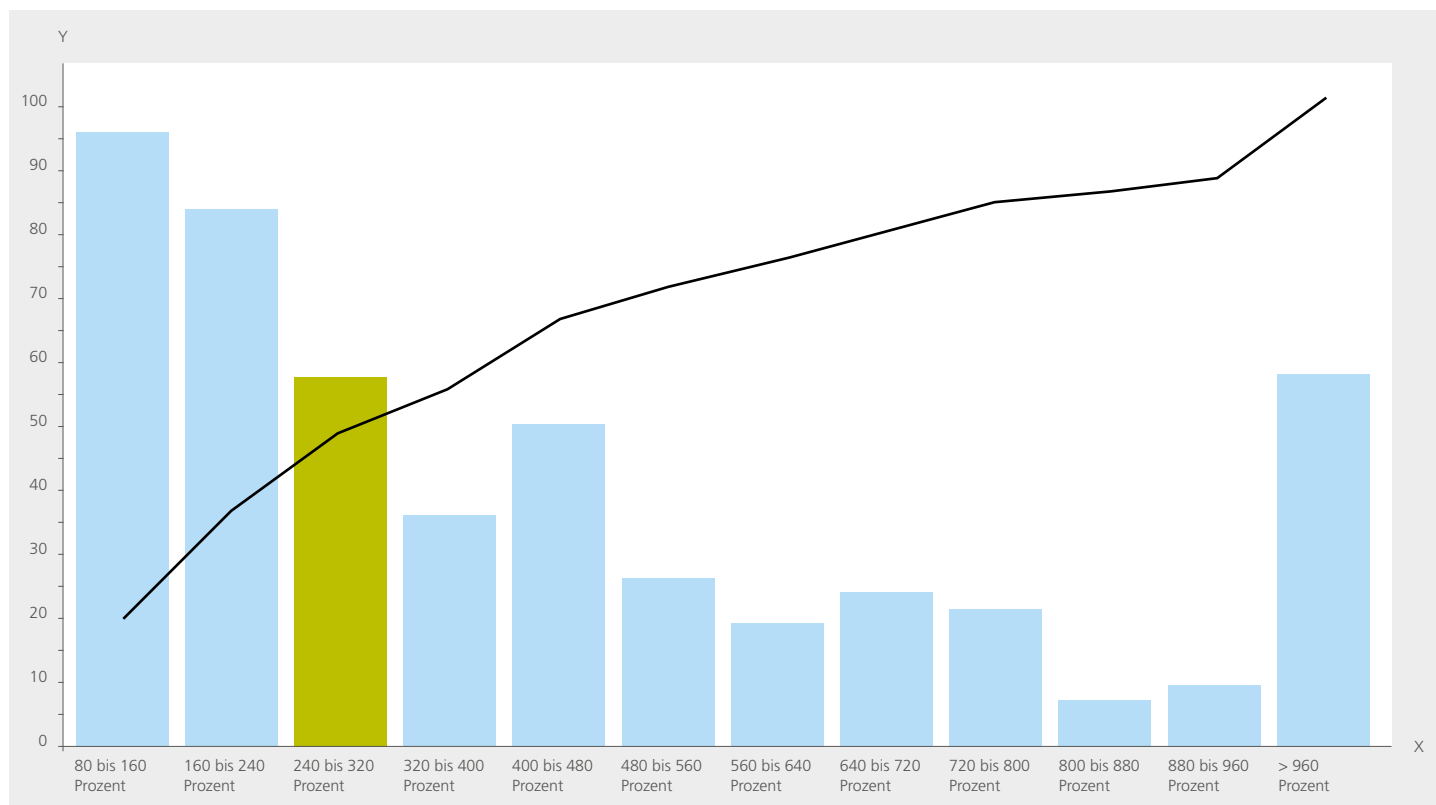


Abb. 2: Histogramm zur trägerübergreifenden Verteilung des Liquiditätsgrads II

■ Median ■ Vergleichsgruppe — Kumuliert

Ein gutes Liquiditätsmanagement ist für viele Krankenhäuser elementare Voraussetzung für eine stabile Unternehmensführung, da ansonsten schnell eine Insolvenz droht und auch eintreten kann. Neben einem zielgerichteten Monitoring der kurz-

fristigen Liquidität auch unter Einbezug der Liquiditätsgrade, das ein zeitnahes Gegensteuern ungünstiger Entwicklungen ermöglicht, ist insb. die Erstellung und regelmäßige Aktualisierung der kurz- und mittelfristigen Liquiditätsplanung notwendig, um

auch zukünftige Risiken rechtzeitig erkennen zu können. Wir unterstützen Sie hier sehr gerne bei einer möglichen Implementierung der benötigten Controlling-Werkzeuge.

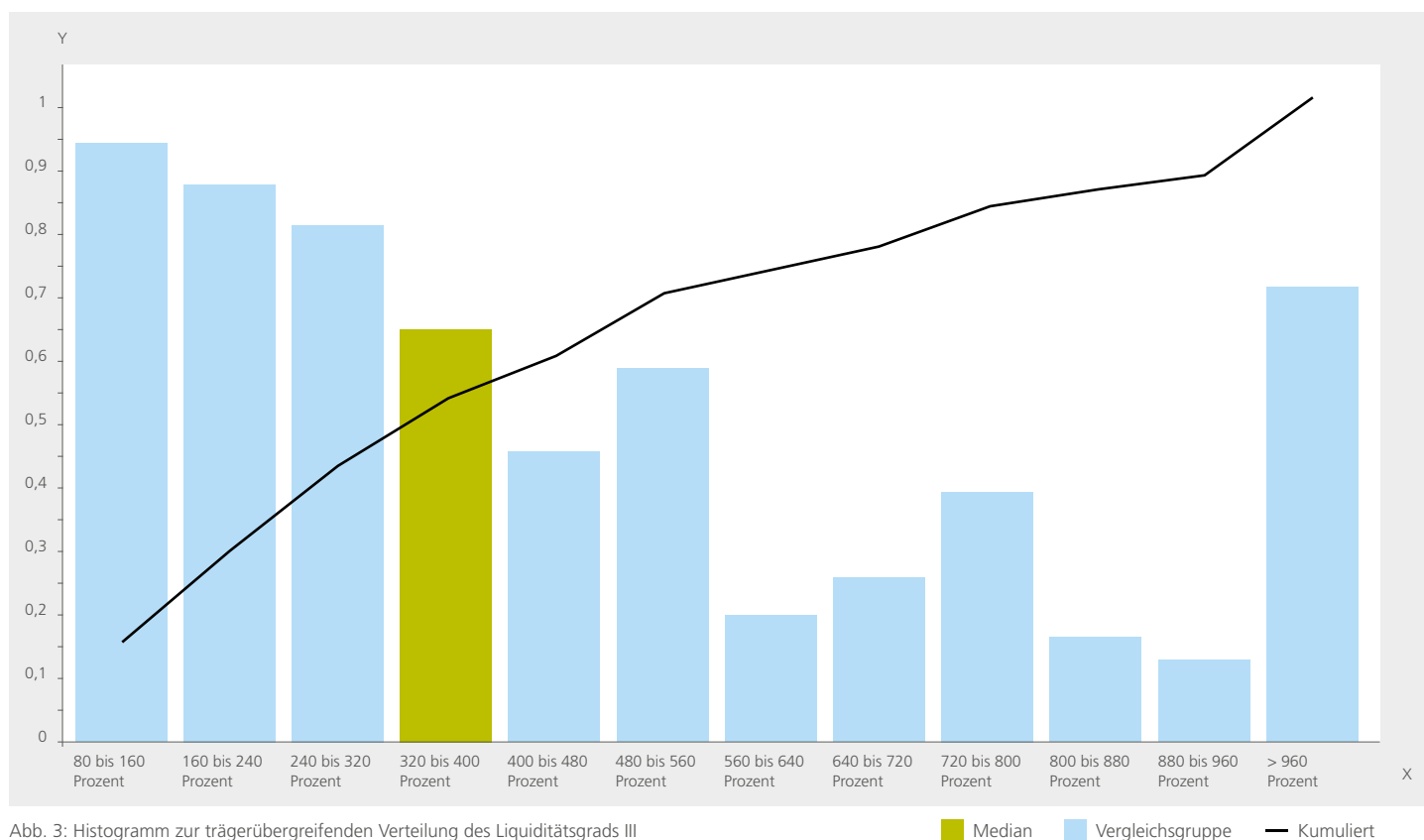


Abb. 3: Histogramm zur trägerübergreifenden Verteilung des Liquiditätsgrads III

■ Median ■ Vergleichsgruppe — Kumuliert

Investitionskosten geförderter Pflegeeinrichtungen in Berlin und Brandenburg

Anders als in anderen Bundesländern werden in Berlin und Brandenburg nicht jährlich neue Investitionskosten-Bescheide (IK-Bescheide) für geförderter Pflegeeinrichtungen erlassen. Vielmehr kontrollieren Pflegeeinrichtungen nach Erlass eines ersten IK-Bescheids selbst, wie sich ihre Investitionskosten (IK) über Jahre entwickeln und damit auch, in welcher Höhe sie ihren Bewohnern die IK in Rechnung stellen. Dabei ist die kontinuierliche Prüfung der IK und eine vorausschauende Planung und Kontrolle

essenziell, um rechtliche wie auch wirtschaftliche Risiken zu vermeiden.

Grundsätzliche Regelungen für die Berechnung der IK

Die Berechnung von IK für geförderte Einrichtungen ist allgemein in § 82 Abs. 2 Nr. 1 und 3, Abs. 3 und 4 SGB XI sowie in § 9 SGB XI geregelt. Danach dürfen staatlich geförderte Pflegeeinrichtungen IK nur dann auf ihre Bewohner umlegen, wenn die Landesbe-

hörde ihre Zustimmung zu der IK-Berechnung erteilt hat. Nicht geförderte Pflegeeinrichtungen zeigen ihre IK-Berechnung der Landesbehörde lediglich an. Wenn jedoch in letzteren die Sozialhilfeträger die IK übernehmen sollen, müssen entsprechende Vereinbarungen getroffen werden, § 82 Abs. 4 SGB XI, § 76a Abs. 3 SGB XII.

Die grundsätzlichen Vorgaben zur Berechnung der IK im SGB XI werden durch die Landesgesetze konkretisiert und ergänzt. In Berlin

ist die IK-Berechnung in der Pflegeeinrichtungsförderungs-Verordnung (PflEGeföVO Bln) und in Brandenburg in der Investitionsumlage-Berechnungsverordnung (InvUmlBV) geregelt.

Bei der IK-Berechnung ist besonders ein Fokus auf die Zuordnung der Kosten eines Konzerns auf die ihm zugehörigen einzelnen Pflegeeinrichtungen zu legen. Eine transparente und sachgemäße Zuordnung der relevanten Kostenpositionen ist insoweit von Bedeutung, dass eine Berücksichtigung im IK-Modell auch nur dann erfolgen kann, wenn ein Nachweis über die entstandenen Kosten besteht. Wird bspw. ein Darlehen über den Konzern aufgenommen, das nicht klar den einzelnen Pflegeeinrichtungen zuzuordnen und über entsprechende Buchungen belegt ist, ist ein Ansatz über die IK erschwert.

Als Alternative zum oftmals berechneten Eigentümermodell innerhalb eines Konzerns sollte auch das konzerninterne Mietmodell aufgrund neuer Rechtsprechung in Betracht gezogen werden. Die Berechnungen im Eigentümer- und Mietermodell unterscheiden sich relevant hinsichtlich der zu berücksichtigenden Kosten und führen mitunter zu abweichenden IK-Sätzen, die zur Umlage auf die Bewohner gemäß der geltenden Vorgaben kalkuliert werden und zur Kostendeckung in den Einrichtungen beitragen.

Fallstrick: 5 %-Klausel und Eigenprüfung

Ein besonderer Fallstrick für geförderte Pflegeeinrichtungen in Berlin und Brandenburg ist die sog. 5 %-Klausel, die in § 29 Abs. 4 und 5 PflEGeföVO Bln und in § 8 Abs. 2 und 3 InvUmlBV zu finden ist.

Demnach ist grundsätzlich ein Antrag auf Erhöhung der IK frühestens nach einem Jahr – gerechnet ab dem bisherigen IK-Bescheid – und nur dann zulässig, wenn sich die bisherigen IK um mindestens 5 % erhöht haben.

Wenn sich die genehmigten IK-Beträge jedoch um mindestens 5 % mindern, ist eine Ermäßigung der IK gegenüber den Pflegebedürftigen unverzüglich durchzuführen. Diese Senkung ist zudem der zuständigen Landesbehörde mitzuteilen.

Dieser 5 %-Klausel ist ein besonderes Augenmerk für geförderte Pflegeeinrichtungen beizumessen, weil eine möglicherweise über einen längeren Zeitraum fortgeschriebene IK-Berechnung nicht regelhaft durch die zuständigen Behörden überprüft wird, sondern eine Eigenprüfung durch die geförderten Pflegeeinrichtungen erfolgen muss.

Werden die IK-Berechnungen nicht regelmäßig nachgehalten, so besteht das Risiko für die Pflegeeinrichtungen, monetäre Ansprüche nicht geltend zu machen und damit auf ihnen zustehende Liquidität zu verzichten. Im schlimmsten Falle gerät die Einrichtung in eine wirtschaftliche Schieflage.

Rechtliche Folgen bei Unterschreitung der 5 %-Klausel

Aber auch eine unterlassene Senkung der IK gegenüber den Bewohnern kann unerwünschte rechtliche und gravierende wirtschaftliche Folgen haben.

Stellt eine Pflegeeinrichtung im Nachgang der Beantragung bzw. im Rahmen der Fortschreibung fest, dass sie die 5 %-Klausel unterschritten hat, kann nicht nur die Behörde hinsichtlich des IK-Bescheids vorgehen, sondern auch die Bewohner können direkt gegenüber den Pflegeeinrichtungen Rückforderungen geltend machen.

Im schlimmsten Fall hebt die zuständige Behörde den IK-Bescheid rückwirkend auf, was zur Folge hat, dass die Grundlage für die Berechnung der IK-Kosten gegenüber den Bewohnern vollständig für die Vergangenheit entfällt. Ferner kann sie gegen die Pflegeeinrichtung Bußgelder verhängen und bei vorsätzlichem Abrechnungsbetrug sogar ein Strafverfahren einleiten lassen.

Aber auch wenn die zuständige Behörde den IK-Bescheid wegen überhöhter IK lediglich für die Zukunft anpasst, bleiben Rückforderungsansprüche der betroffenen Bewohner oder ihrer Erben nicht aus. Zu beachten ist dabei, dass die betroffene Pflegeeinrichtung die zu hoch abgerechneten IK mit Zinsen erstatten und gegebenenfalls auch die Rechtsanwaltskosten der Bewohner tragen muss.

Folgen und Empfehlungen

Während bei Unterschreitung der 5 %-Klausel in erster Linie rechtliche Konsequenzen drohen können, gilt es bei einer Überschreitung der 5 %-Grenze insb., die wirtschaftlichen Folgen für die Einrichtung im Blick zu haben.

Auch wenn aufgrund der geltenden Rahmenbedingungen in Berlin und Brandenburg keine jährliche Neukalkulation der IK erfolgen muss, ist das Vorgehen analog der anderen Bundesländer auf freiwilliger Basis dringend zu empfehlen.

Eine regelmäßige IK-Kalkulation erspart so manchen Ärger, der sich möglicherweise ergibt, wenn erst nach Jahren nachträglich ermittelt werden muss, wie sich die Kostenentwicklung der Vergangenheit darstellt und seit wann genau eine Unterschreitung der 5 %-Klausel besteht.

Es empfiehlt sich, die Zuständigkeit zur Pflege der Daten und der Kalkulationsmodelle klar zuzuordnen und einen verbindlichen Zeitraum im Jahr für die Nachkalkulation festzulegen.

Hier gilt es u. a. auch, die Kostenträgerstruktur nach Selbstzahlern und Sozialhilfeträgern nachzuhalten sowie die genauen Zimmerstrukturen nach Einzel- und Doppelzimmern. Durch Verschiebungen können relevante finanzwirtschaftliche Unterschiede entstehen, die Auswirkungen auf eine Kostendeckung haben.

Von Bedeutung ist, die Datenqualität den Anforderungen aus der Kalkulationsgrundlage anzupassen und damit eine Transparenz zu schaffen. Dies betrifft bspw. die korrekte Zuordnung von Darlehen oder Anlagegütern. Darüber hinaus geben die PflEGeföVO Bln und die InvUmlBV vor, für welche Anlagegüter welche Nutzungszeit zu hinterlegen ist. Nicht selten weichen diese von den im Unternehmen angenommenen Werten ab, sodass hier im Rahmen der Kalkulation eine Anpassung vorgenommen werden muss.

Eine transparente Datenaufbereitung dient hierbei nicht zuletzt auch der Vorbereitung des Bestätigungs-Testats, welches durch den Wirtschaftsprüfer im Rahmen der Antragsstellung zu erstellen ist.

Das neue Patientendaten-Schutz-Gesetz – Auswirkungen für Krankenhäuser im Informationssicherheitsumfeld

„Schluss mit der Zettelwirtschaft“: Der Bundesrat hat am 18.09.2020 das Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG) gebilligt, das der Bundestag bereits Anfang Juli verabschiedet hatte. Am 19.10.2020 wurde es im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Ziel des PDSG ist eine stärkere Digitalisierung im Gesundheitsbereich unter stetiger Anpassung im Hinblick auf den technologischen Fortschritt. Darunter sind konkretisierende Vorgaben im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte (ePa), dem E-Rezept, Vorgaben zur Sicherheit in der Telematikinfrastruktur, aber auch höhere Anforderungen zur IT-Sicherheit bzw. Informationssicherheit in Krankenhäusern.

Änderungen durch das PDSG

Beim PDSG handelt es sich um ein Artikelgesetz, d. h. das PDSG ändert inhaltlich eine Vielzahl anderer Gesetze, so z. B. die Sozialgesetzbücher (speziell SGB V), das Apothekengesetz oder das Krankenhausfinanzierungsgesetz.

Nachfolgend haben wir die wichtigsten Punkte in Auszügen dargestellt:

► Elektronische Patientenakte:

Die elektronische Patientenakte ist nicht neu. Nach bereits geltendem Recht müssen Krankenkassen eine elektronische Patientenakte (ePa) ab 2021 anbieten. Ab 2022 erhalten auch die Versicherten selbst Zugriff auf ihre ePa. In der ePa können entsprechende Dokumente und Daten gesammelt und abgelegt werden (z. B. Befunde, Röntgenbilder, Vorsorgeuntersuchungen, etc.). Bei einem Kassenwechsel können Versicherte ihre Daten aus der ePa übertragen lassen. Die Nutzung der ePa ist für den Versicherten freiwillig.

Die derzeitige Ausgestaltung der ePa steht in datenschutzrechtlicher Hinsicht in der Kritik, die auch vom Bundesdatenschutzbeauftragten (BfDI) geteilt wird. So können zum Start der ePa 2021, z. B. nur rudimen-

täre Zugriffsrechte durch den Versicherten vergeben werden. Im Konkreten bedeutet dies, dass zwar die Versicherten festlegen können, welche Daten überhaupt in der Patientenakte gespeichert werden dürfen und welcher Arzt die Daten/Dokumente einsehen darf, detailliertere Einstellungsmöglichkeiten der Zugriffe, differenziert nach Arzt und Dokument, sind jedoch erst ab 2022 vorgesehen.

► E-Rezept:

Mit Einführung des E-Rezepts können Ärzte Rezepte direkt digital erstellen und verschlüsselt speichern. Der Patient kann das Rezept dann über eine App mittels eines Schlüssels (z. B. per QR-Code) bei jeder Apotheke einlösen. Die Einführung des E-Rezepts ist bereits mit dem „Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV)“, das am 16.08.2019 in Kraft getreten ist, erfolgt. Das PDSG ergänzt das GSAV nicht nur im Hinblick auf die sichere Telematikinfrastruktur, sondern legt auch die verbindliche Einführung des E-Rezeptes für Anfang 2022 fest. Die genauen technischen und prozessualen Vorgaben sind aber derzeit noch nicht vollumfänglich spezifiziert.

► Vorgaben zur Sicherheit in der Telematikinfrastruktur:

Unter Telematik wird die Vernetzung verschiedener IT-Systeme sowie die Verknüpfung von Informationen aus unterschiedlichen Quellen bezeichnet. Nach Vorstellung des Gesetzgebers vernetzt die Telematikinfrastruktur (TI) alle Akteure des Gesundheitswesens (z. B. Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen) und stellt einen sektoren- und systemübergreifenden sowie sicheren Austausch von Informationen und medizinischen Daten sicher (z. B. Einsicht in die ePa, Austausch des E-Rezepts, etc.). Es handelt sich dabei um ein geschlossenes Netz, zu dem nur registrierte Nutzer Zugang erhalten. Im Hinblick auf neue Komponenten und Dienste, die in der TI genutzt werden, müssen gemäß den Anforderungen des PDSG diese

Komponenten und Dienste eine Zulassung durchlaufen. Die Zulassung setzt als Nachweis eine Sicherheitszertifizierung der Komponente und/oder des Dienstes voraus. Anbieter müssen für ihre Komponenten und Dienste zudem unter Berücksichtigung des Stands der Technik, angemessene organisatorische und technische Vorkehrungen zur Vermeidung von Störungen der Verfügbarkeit, Integrität, Authentizität und Vertraulichkeit umsetzen. Vorgaben, die mit den organisatorischen und technischen Vorkehrungen in Verbindung stehen, müssen je nach Relevanz von den Teilnehmern der TI berücksichtigt werden. So müssen z. B. auch Arztpraxen sicherstellen, dass nur noch zugelassene, d. h. zertifizierte Komponenten zur Anbindung an die TI genutzt werden.

Die vorangegangenen Punkte verdeutlichen: Das PDSG verlangt einen stärkeren Fokus auf die Informations- und IT-Sicherheit. Dies hat erwartungsgemäß erhebliche Auswirkungen auf die Dienstleister und Lieferanten von Komponenten bzw. Anwendungen für die TI. Was häufig jedoch unterschätzt wird, sind die technischen und organisatorischen Anforderungen, die an die operativen und nicht aus der IT stammenden Teilnehmer der TI, wie z. B. die Ärzte und Krankenhäuser, gestellt werden.

Informationssicherheit bzw. IT-Sicherheit nun für alle und nicht nur für KRITIS-relevante Krankenhäuser

Durch das PDSG ergab sich eine weitreichende Änderung in § 75c Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V). Diese betrifft alle Krankenhäuser und legt den Fokus auf die Informationssicherheit. Nachdem der Gesetzestext sehr plakativ darstellt, dass Informationssicherheit nun für alle Krankenhäuser gilt, sofern diese nicht KRITIS Betreiber sind und sich demnach noch zusätzlich prüfen lassen müssen, haben wir die drei Absätze des § 75c SGB V hier abgedruckt:

(1) *Ab dem 01.01.2022 sind Krankenhäuser verpflichtet, nach dem Stand der Technik angemessene organisatorische und technische Vorkehrungen zur Vermeidung von Störungen der Verfügbarkeit, Integrität und Vertraulichkeit sowie der weiteren Sicherheitsziele ihrer informationstechnischen Systeme, Komponenten oder Prozesse zu treffen, die für die Funktionsfähigkeit des jeweiligen Krankenhauses und die Sicherheit der verarbeiteten Patienteninformationen maßgeblich sind. Organisatorische und technische Vorkehrungen sind angemessen, wenn der dafür erforderliche Aufwand nicht außer Verhältnis zu den Folgen eines Ausfalls oder einer Beeinträchtigung des Krankenhauses oder der Sicherheit der verarbeiteten Patienteninformationen steht. Die informationstechnischen Systeme sind spätestens alle zwei Jahre an den aktuellen Stand der Technik anzupassen.*

(2) *Die Krankenhäuser können die Verpflichtungen nach Absatz 1 insb. erfüllen, indem sie einen branchenspezifischen Sicherheitsstandard für die informationstechnische Sicherheit der Gesundheitsversorgung im Krankenhaus in der jeweils gültigen Fassung anwenden, dessen Eignung vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik nach § 8a Abs. 2 des BSI-Gesetzes festgestellt wurde.*

(3) *Die Verpflichtung nach Absatz 1 gilt für alle Krankenhäuser, soweit sie nicht ohnehin als Betreiber Kritischer Infrastrukturen gemäß § 8a des BSI-Gesetzes angemessene technische Vorkehrungen zu treffen haben.*

Bisher ergaben sich umfassende Anforderungen in Bezug auf die IT-Sicherheit bzw. Informationssicherheit für Krankenhäuser zum einen im Wesentlichen aus § 8a BSI-G für sog. „Kritische Infrastrukturen“ (Krankenhäuser mit mindestens 30.000 vollstationären Behandlungsfällen im Jahr), zum anderen aus § 75b SGB V für vertragsärztliche Leistungen, die im Krankenhaus erbracht werden. In diesem Zusammenhang mussten Systeme und Prozesse der betreffenden Krankenhäuser die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) oder die Anforderungen des Branchenspezifischen Sicherheitsstandards (B3S) der Deutschen Krankenhausgesellschaft sicherstellen.

Mit Ausnahme der Melde- und Prüfungspflicht sind die neuen Vorgaben des § 75c SGB V somit nun für alle Krankenhäuser verbindlich umzusetzen. Die Vorgaben zur IT-Sicherheit (vgl. § 75c SGB V [...] *angemessene organisatorische und technische Vorkehrungen zur Vermeidung von Störungen der Verfügbarkeit, Integrität und Vertraulichkeit [...] [ihrer] Systeme, Komponenten oder Prozesse zu treffen [...]*) sind somit nicht mehr auf die Krankenhäuser im KRITIS Umfeld beschränkt. Jedes Krankenhaus ist somit angehalten, ausreichend Maßnahmen nach dem Stand der Technik für die Aufrechterhaltung von Versorgungsdienstleistung zu treffen und diese Maßnahmen entsprechend zu steuern.

Als Orientierung zur Umsetzung dieser Anforderungen kann auch für Krankenhäuser im Nicht-KRITIS Umfeld der branchenspezifische Sicherheitsstandard (B3S) für die Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern herangezogen werden. Der B3S umfasst dabei 168 Anforderungen, die umzusetzen sind, um die Sicherstellung und die Aufrechterhaltung der benötigten Versorgungsprozesse zu gewährleisten. Dabei ist festzuhalten, dass in diesem Zusammenhang nicht nur auf die IT, sondern auch auf weitere für die Versorgungsdienstleistung notwendigen Prozesse, Anwendungen und Infrastrukturkomponenten abzustellen ist.

Zusammengefasst sind Krankenhäuser verpflichtet, organisatorische und technische Maßnahmen zur Sicherstellung der IT- und Informationssicherheit umzusetzen. Entsprechend der Vorgaben des B3S und auch aus Erfahrung anderer Bereiche und Branchen, die ähnliche Forderungen umzusetzen hatten, kann eine Umsetzung der Anforderungen des § 75c SGB V nur mit dem Aufbau eines umfassenden Informationssicherheitsmanagements (ISMS) gelingen. Im Hinblick auf die sehr kurze Umsetzungsfrist bis 31.12.2021 sollten Krankenhäuser zeitnah mit der Umsetzung der Anforderungen beginnen.

Fazit

Mit dem PDSG gehen Änderungen in unterschiedlichen Branchen im Gesundheitssektor einher. Speziell Anforderungen an die IT-Sicherheit bzw. Informationssicherheit finden stärkere Beachtung und sollten zeitnah umgesetzt werden. Dies betrifft im Hinblick auf die TI sowohl die Arztpraxis von „nebenan“ als auch Krankenkassen.

Speziell Krankenhäuser sollten vor dem Hintergrund der Anforderungen des § 75c SGB V zumindest den Stand der Umsetzung der Informationssicherheit im eigenen Haus prüfen und ggf. ein ISMS implementieren oder anpassen. Es gilt, die verbleibende Zeit in allen Bereichen effizient zu nutzen.

Bei der Implementierung eines Informationssicherheitsmanagementsystems sollte keine isolierte Stand Alone-Umsetzung vorgenommen, sondern zur Steigerung der Effizienz ein integrierter Managementansatz gewählt werden. Bei der Umsetzung ganzheitlicher und integrierter Managementsysteme, wie z. B. ISMS/DSMS/KRITIS, haben wir eine effiziente Methodik zur Herangehensweise erarbeitet.

Ergänzend weisen wir darauf hin, dass das Bundeskabinett ein Förderprogramm für die Krankenhaus-IT beschlossen hat. Hierbei sollen Krankenhausträger beim Abbau von Defiziten bei der Digitalisierung und Vernetzung unterstützt werden. Zu den weiteren Förderbereichen zählen auch Investitionen in die Informationssicherheit und das Notfallmanagement, die zur Stärkung der Versorgungsstruktur beitragen.

TERMINE

APRIL

Fokus IT: Krankenhauszukunftsgesetz

14.04.2021 // Webinar

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:

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

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