

novus

GESUNDHEITSWESEN

Relevante Änderungen
und Auswirkungen der
aktuellen PPP-RL

Die wichtigsten
Grundsätze des neuen
Krankenhausplans NRW

BSG schwächt die Position
der Vertragsärzte bei der
MVZ-Gründung



Vorwort



Liebe Leserinnen und Leser,

das Ende des Sommers bringt noch einmal neue Herausforderungen für das Gesundheitswesen. Während wir Sie in unserer Frühjahrs-Ausgabe über die anstehenden Neuregelungen in diesem Jahr informiert haben, gewinnt nun bei einzelnen Themen die Umsetzung an stärkerer Relevanz.

Zum 01.09.2022 wurde mit der Umsetzung des neuen Krankenhausplans für Nordrhein-Westfalen begonnen, der eine deutliche Veränderung der Planungssystematik und der Rahmenvorgaben vorsieht. Die wichtigsten Grundsätze mit Fokus auf die neu eingeführten Leistungsbereiche und Leistungsgruppen haben wir unter der Rubrik „Unternehmensberatung“ für Sie zusammengestellt und erläutern auch die sich daraus ergebenden Herausforderungen. Darüber hinaus stellen wir Ihnen die Anpassungen in der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) sowie die nachwirkenden Einflüsse, die die Corona-Pandemie auf die Weiterentwicklung des Pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) hat, vor.

Im Frühjahr wurden im Rahmen des KHZG die Bewilligungsbescheide der Fördergelder versandt. Mit dem Erhalt des Bescheids sind insbesondere private Krankenhausträger mit dem Vergaberecht der Länder konfrontiert. Wir haben für Sie aufbereitet, was in diesen Fällen unbedingt berücksichtigt werden muss und was für Sie relevant werden kann.

Darüber hinaus knüpfen wir an das Thema der MVZ-Gründungen über die Anstellungsgenehmigungen zweier GbR-Gesellschafter aus der letzten Ausgabe des novus Gesundheitswesen an. Die inzwischen veröffentlichten Urteilsgründe bestätigen die befürchteten Probleme, die es zukünftig bei MVZ-Gründungen geben kann. Wie Sie mit diesen Schwierigkeiten umgehen sollten und welche Gestaltungsmöglichkeiten sich ergeben, erläutern wir Ihnen sowohl aus medizinrechtlicher als auch steuerrechtlicher Sicht.

Des Weiteren erwarten Sie in dieser Ausgabe des novus Gesundheitswesen Beiträge zu Umsatzsteuerbefreiungen für Leistungen von Privatkliniken und Personenzusammenschlüssen, zur Grundsteuerreform und sich daraus ergebendem Handlungsbedarf für Gemeinnützige Organisationen sowie zur steuerrechtlichen Beurteilung von durch den Arbeitgeber übernommene Kosten für den elektronischen Heilberufsausweis in Hinblick auf den Arbeitslohn.

Bei eventuellen Fragen, für einen weiteren Austausch und auch für Feedback stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Dr. Sarah Gersch-Souvignet
Rechtsanwältin, Fachanwältin
für Medizinrecht und
Partnerin bei Ebner Stolz in Köln

Annika Brunkhardt
Dipl. Gesundheitsökonomin (FH) und
Director bei Ebner Stolz
in Stuttgart



■ UNTERNEHMENSBERATUNG

Relevante Änderungen und Auswirkungen der aktuellen PPP-RL	4
Der Einfluss der Corona-Pandemie auf Datenanalysen am Beispiel der Weiterentwicklung des PEPP-Systems 2022	6
Die wichtigsten Grundsätze des neuen Krankenhausplans NRW	7

■ RECHTSBERATUNG

Förderung nach dem Krankenhauszukunftsgesetz und das Vergaberecht der Länder	9
BSG schwächt die Position der Vertragsärzte bei der MVZ-Gründung	10

■ STEUERBERATUNG

MVZ-Gründungen: Steuerliche Auswirkungen des BSG-Urteils zu Anstellungsgenehmigungen von GbR-Gesellschaftern	12
Umsatzsteuerbefreiung für Leistungen von Privatkliniken	13
Umsatzsteuerbefreiung für Leistungen von Personenzusammenschlüssen	14
Kein steuerpflichtiger Arbeitslohn bei Kostenübernahme für den elektronischen Heilberufsausweis	15
Grundsteuerreform – Handlungsbedarf für gemeinnützige Organisationen	15



Relevante Änderungen und Auswirkungen der aktuellen PPP-RL

Zum 01.01.2022 wurde eine neue Fassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) veröffentlicht. Mit dieser neuen Version werden u. a. Sanktionen bei nicht eingehaltenen Mindestvorgaben festgelegt, Berufsgruppen neu definiert und verschiedene Fristen verschoben.

Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) soll die Versorgungsqualität in psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen sowie psychosomatischen Einrichtungen sichern, indem Mindestvorgaben für die Personalbemessung festgelegt werden. Ein weiteres Ziel ist die Schaffung von Transparenz darüber, wie viel Personal erforderlich und tatsächlich in den Einrichtungen vorhanden ist.

Sanktionsregelungen erst ab 2023

Die Richtlinie ist 2020 in Kraft getreten und wurde zum 01.01.2022 in einer neuen Fassung veröffentlicht. Durch die neue Fassung gelten die Sanktionsregelungen für die Nichteinhaltung der einrichtungsbezogenen Mindestpersonalvorgaben erst ab 2023 anstatt wie bisher geplant ab 2022. Die Sanktionsregelungen sehen vor, dass Vergütungen

gekürzt werden können, wenn einrichtungsbezogene Mindestpersonalvorgaben über einen Zeitraum von drei Monaten nicht oder nicht vollständig erfüllt werden. Zudem wurde festgelegt, dass die Mindestvorgaben ab dem 01.01.2022 übergangsweise zu 90 Prozent erfüllt werden müssen.

Ab 2023 tritt die Sanktion durch Vergütungsentfall zum aktuellen Stand der Richtlinie in Kraft. Die Höhe des Vergütungsentfalls berechnet sich gemäß § 13 Abs. 5 durch den 1,7-fachen Wert der Differenz zwischen der Mindestpersonalausstattung und der tatsächlichen Personalausstattung. Relevant ist dabei der Umfang der fehlenden Vollkraftstunden, welcher sich als Anteil an den gesamten Vollkraftstunden aller Bereiche bemisst. Daraus ergäbe sich neben dem Problem des Fachkräftemangels das zusätzliche Risiko von Erlösausfällen.

Differenzierung der psychotherapeutischen Berufsgruppen und geänderte Zuordnung

Eine weitere Anpassung stellt die Differenzierung der psychotherapeutischen Berufsgruppe sowie die Detaillierung und Zugehörigkeit verschiedener Qualifikationen zu

bestimmten Gruppen dar. So wird bspw. der Berufsgruppe der Ärzte, sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik, als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, ärztliche Psychotherapeuten hinzugefügt. Den Psychologen werden die Psychotherapeuten ohne ärztliche Approbation hinzugefügt sowie die den Psychologen zuzurechnenden Berufsausübungsarten erweitert. Neben Sozialarbeitern sowie Sozialpädagogen sind nun auch Heilpädagogen in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychosomatik anrechenbar. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden die Sprachheiltherapeuten sowie Logopäden den Spezialtherapeuten zugeordnet und entfallen als eigenständige Berufsgruppe in der Richtlinie.

Darüber hinaus kann bis zum 31.12.2023 die Berufsgruppe c (Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten, Psychologen mit allen anerkannten Abschlüssen) auf alle anderen Berufsgruppen außer Ärzten in psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene angerechnet werden.

Diese Änderungen sollen die enge Verzahnung der Berufsgruppen untereinander besser abbilden und die Krankenhäuser dahingehend unterstützen, die Mindestvorgaben

mit dem entsprechenden, zusätzlich anrechenbaren Personal einhalten zu können. Über den zukünftigen Umgang mit den nun festgelegten Zurechnungen und Umstellungen der Berufsgruppen entscheidet der G-BA bis zum 30.09.2023. Generell ist geplant, die Richtlinie in den nächsten Jahren einem stetigen Anpassungsprozess zu unterziehen.

Wie schon in den vorherigen Fassungen können auch Fach- und Hilfskräfte, welche nicht unter die definierten Berufsgruppen der PPP-RL fallen, in begrenztem Umfang angerechnet werden. Voraussetzung ist gemäß § 8 Abs. 5 die Erbringung der Regelaufgaben der jeweiligen Berufsgruppe sowie eine entsprechende Qualifikation („... mindestens vergleichbare pflegerische oder therapeutische Behandlung der Patientinnen und Patienten sicherstellen. Die Qualifikationserfordernisse können auch durch eine mindestens fünfjährige praktische Tätigkeit in der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung nachgewiesen werden“). Der Umfang der Anrechnung bleibt entsprechend der Änderungen bei den Berufsgruppen und Zuordnungen (Entfall bisheriger Buchstabe g, da Zuordnung zu Spezialtherapeuten bestehen).

Erweiterung der teilstationären Kategorie

Eine weitere Anpassung betrifft die Erweiterung der teilstationären Kategorie. Die komplexe therapeutische Unterstützung von Patienten ist durch eine neue Kategorie (A8 Psychosomatisch-psychotherapeutische durch psychotherapeutische Komplexbehandlungen teilstationär) nun eingruppiert.

Nachweisanforderungen

Die Einrichtungen müssen gemäß der aktuellen Version der PPP-RL die Nachweise zur Einhaltung der Mindestvorgaben quartalsweise an das IQTIG, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermitteln. Die Richtlinie sieht dieses Vorgehen zunächst bis zum 01.01.2025 vor. Werden die Mindestvorgaben nicht eingehalten, muss der Teil A des Nachweises nach Anlage 3 zusätzlich an die zuständige Landesaufsichtsbehörde übermittelt werden.

Veröffentlichungspflichten der Krankenhäuser

Weitere Änderungen ergeben sich bezüglich der Veröffentlichungspflichten der Krankenhäuser. So müssen nicht allein die Mindestvorgaben im Gesamten, sondern auch die Erfüllung der Vorgaben in den einzelnen Berufsgruppen sowie weitere Strukturinformationen (Anlage 3) in den Qualitätsbericht des jeweiligen Krankenhauses aufgenommen werden.

Mit diesen Änderungen reagiert der G-BA auf bestehende Kritikpunkte, z. B. durch die differenzierte Berücksichtigung der Psychotherapeuten sowie der komplexen therapeutischen Unterstützung auch in einem teilstationären Setting. Darüber hinaus wird der noch notwendige Planungsanpassungsprozess anerkannt und Sanktionen um ein weiteres Jahr auf Anfang 2023 verschoben.

Große Herausforderungen für die Krankenhäuser

Doch auch mit der neuen Fassung der Richtlinie stehen die Krankenhäuser vor großen Herausforderungen. Viele Einrichtungen weisen individuelle personelle und strukturelle Besonderheiten auf. Diese sind schwierig durch ein einheitliches Schema zu beurteilen und zu steuern.

Auch weiterhin sorgt die Richtlinie zwei Jahre nach Inkrafttreten für einen hohen administrativen Aufwand, um die Erfüllung aller Mindestvorgaben zu dokumentieren und fristgerecht zu übermitteln. Das Ziel, Vorgaben für Transparenz und Versorgungsqualität zu schaffen, wird von Krankenhäusern als verfehlt eingeschätzt, da – statt die Versorgung mit entsprechendem Bedarf, Konzepten oder Leitlinien in den Vordergrund zu stellen – Mindestpersonalausstattungen als Hauptkriterium eingesetzt werden.

Hinzu kommt, dass nach wie vor ein Fachkräftemangel auch im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen besteht. Zwar wurde die Sanktionsfreiheit bis 2023 verlängert, doch bis dahin kann der Mangel an Personal nicht

bewältigt werden. Die Krankenhäuser haben sich dementsprechend auf finanzielle Einbußen einzustellen oder müssen alternativ das Leistungsgeschehen an den Personalschlüssel anpassen. Dies wiederum steht im Widerspruch mit dem steigenden Bedarf in der Bevölkerung nach psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Angeboten und der Möglichkeit, zeitnah einen Behandlungsplatz in einer entsprechenden Klinik zu erhalten.

Insgesamt ist daher eine zeitnahe, fortlaufende Evaluierung und Anpassung der Richtlinie erforderlich, um das Spannungsfeld zwischen dem Fachkräftemangel, dem Erlös- und Finanzierungsbedarf und der Versorgungsnachfrage aufzulösen. Dies ist zwingend notwendig, damit die Versorgungsqualität und Transparenz erhöht werden ohne spezifische Gegebenheiten und den Bedarf in der Bevölkerung nach entsprechenden Angeboten außen vor zu lassen.

Offen bleibt, ob die Richtlinie trotz der Anpassungen die Versorgungsqualität der Patienten verbessert und Transparenz schafft oder ob der erhöhte administrative und personelle Aufwand überwiegt. Einrichtungen, die die Mindestvorgaben nicht erfüllen können – sei es aufgrund von individuellen Gegebenheiten oder wegen der Arbeitsmarktsituation – müssen sich mit der Frage auseinandersetzen, wie sie ihre Klinik vor dem Abbau von Betten, der Verringerung der Fallzahl oder sogar der Schließung aufgrund von zu hohem Erlösausfall bewahren können.

Annika Brunkhardt
+49 221 20643-207

Nina-Marie Holzkamm
+49 221 20643-206

Der Einfluss der Corona-Pandemie auf Datenanalysen am Beispiel der Weiterentwicklung des PEPP-Systems 2022

Die seit 2020 anhaltende Corona-Pandemie beeinflusst nicht nur die Krankenhäuser im hohen operativen Maße, sondern wird nun auch rückwirkend für Analysen bedeutsam, die sich auf vergangene Erhebungszeiträume relevanter Daten beziehen, wie bspw. für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (PEPP).

Für die Weiterentwicklung des Systems in 2022 wird gemäß der Datensystematik der vergangenen Jahre auf das Datenjahr 2020 zurückgegriffen. Hier besteht die Besonderheit, dass es sich um das erste Jahr handelt, in dem die Corona-Pandemie die Fallzahlen und Belegungstage maßgeblich beeinflusste. Viele psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen konnten und durften nicht stationär behandelt werden und wurden stattdessen in ein ambulantes Setting überführt oder aufgeschoben. Insgesamt war der Rückgang bei komplexen Leistungen geringer als bei weniger komplexen, da eine Verschiebung in den ambulanten Bereich bspw. aufgrund der Dringlichkeit der Behandlung nicht möglich war. Dieser Effekt wurde durch die Pandemie und einrichtungsinterne Maßnahmen geprägt und hat die Leistungserbringung und Kostenkalkulation auf Tagesebene deutlich verzerrt. Dies erschwert es, die bisher gültige Version des PEPP auf Verbesserungspotenziale hin auszuwerten. Für eine angemessene Beurteilung der Kostenmatrizen der Kalkulationshäuser ist daher eine genaue Beschreibung der Einflüsse und Corona-bezogenen Maßnahmen notwendig.

Trotz der besonderen Umstände ist mit dem Rückgriff auf das Datenjahr 2020 die Systematik der Weiterentwicklung analog der vergangenen Jahre fortgeführt worden. Da sich jedoch im relevanten Maße die Fallzahlen (-12,5 %) und Belegungstage (-13,2 %) in den meisten PEPP verringert haben, während

die mittleren Fall- und Tageskosten (+24,6 %) deutlich anstiegen, wird die Datenbasis als nicht valide genug angesehen, um Veränderungen und Anpassungsbedarfe herauszustellen und abzuleiten.

Aus diesem Grund haben die Vertragsparteien beschlossen, ein neues Modell anzuwenden, in dem sich die Analysen nicht auf die Korrektheit der tagesbezogenen Kostendaten fokussieren, sondern auf die Konsistenz einzelner Kostenblöcke und die Korrektheit der Grundlage der Kalkulation.

Die Berechnungsgrundlage bilden weiterhin die Daten des Vorjahrs; aufgrund der eingeschränkten Aussagekraft des Datenjahres 2020 wird jedoch ein zweistufiges System angewendet, um eine Weiterentwicklung des PEPP-Systems auch für 2022 umsetzen zu können. In der ersten Stufe werden Kostenwerte, Tagesentgelte und Zusatzentgelte begutachtet und – aufgrund der Verzerrungen in 2020 – unverändert aus dem Jahr 2019 übernommen. In der zweiten Stufe wird die sachgerechte Abbildung der aufgetretenen COVID Fälle in 2020 i. V. m. den Regelleistungen geprüft.

Insgesamt lassen die Auswertungen darauf schließen, dass neben klassifikatorischen Änderungen für die Kostenwerte, Tagesentgelte und Zusatzentgelte keine Anpassungen notwendig waren. Deutlich erhöhte Kosten in einigen fallzahlstarken PEPPs als Ergebnis der Analyse in Stufe 2 sind durch Aufwertungen der entsprechenden PEPP angepasst worden, wodurch der Kostenwert näherungsweise realistisch dargestellt werden kann. Das zweistufige Verfahren und die Anpassungen hieraus sind auch für die Folgejahre relevant, da die Auswirkungen der Corona-Pandemie bis ins Jahr 2022 anhaltend sind und die Dauer und der Einfluss zukünftig unbekannt sind.

Die veränderte Systematik der Weiterentwicklung des PEPP-Systems in diesem Jahr sind notwendig gewesen, um adäquate Anpassungen vornehmen zu können. Diese Einflüsse werden aufgrund der Dauer der Pandemie auch die Weiterentwicklung in den Folgejahren betreffen. Es ist daher darauf hinzuweisen, dass Vergleiche zwischen den Jahren sich nur über von Corona beeinflussten PEPPs durchführen lassen, da die Validität der Datenbasis der Pandemiejahre nicht der Datenlage der vorangegangenen pandemiefreien Jahre entspricht. Dieser Einfluss ist auch für andere, auf Vorjahresdaten basierende Analysen und Weiterentwicklungen zu berücksichtigen.

Annika Brunkhardt
+49 221 20643-207

Nina-Marie Holzkamm
+49 221 20643-206

Die wichtigsten Grundsätze des neuen Krankenhausplans NRW

Das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat am 27.04.2022 den neuen Krankenhausplan für Nordrhein-Westfalen veröffentlicht. Damit steht der Krankenhausplanung in dem bevölkerungsreichsten Bundesland eine deutliche Veränderung der Planungssystematik und der Rahmenvorgaben bevor. Zum 01.09.2022 wurde nun mit der Umsetzung des Plans begonnen.

Bisheriger Krankenhausplan 2015

Bisher erfolgte die Bedarfsplanung über den Krankenhausplan 2015, der am 23.07.2013 in Kraft getreten ist. In diesem ist die Unterteilung des Bundeslands in 16 Versorgungsgebiete aus dem vorangegangenen Krankenhausplan aus dem Jahr 2001 beibehalten worden. Ein wichtiges Unterscheidungskriterium bildete jedoch die Berücksichtigung von strukturellen Qualitätsvorgaben. Je Gebiet wurde die Versorgung anhand der Fachabteilungsstruktur sowie über die Anzahl der Betten geplant und jährlich fortgeschrieben. Wichtige Kernpunkte des Krankenhausplans NRW 2015 waren:

- ▶ Sicherstellung der gesamten Breite des Versorgungsauftrages (keine Vernachlässigung der Notfallversorgung und Behandlung von aufwändigen Erkrankungen und Komplikationen)
- ▶ Neue Strukturkonzepte für Geriatrie, Psychiatrie und Psychosomatik, Perinatalzentren, Palliativstationen und Intensivstationen
- ▶ Detaillierte Vorgaben und Anforderungskataloge für einzelne Bereiche (z. B. Herzkathetermessplatz, Stroke Unit, Brustzentren)
- ▶ Qualitätsvorgaben zur ärztlichen Fachkompetenz: Die ärztliche Leitung und die Stellvertretung müssen ein Facharzt oder eine Fachärztin leisten, ein dritter Arzt bzw. eine Ärztin muss den Facharztstandard erbringen können

- ▶ Keine Unterteilung der Bereiche „Chirurgie“ und „Innere Medizin“ in Schwerpunkte (Der Krankenhausplan 2001 differenzierte das Gebiet Innere Medizin neben undifferenzierten Angeboten in acht Teilgebiete und die Chirurgie neben der Allgemeinchirurgie in sieben unterschiedliche Versorgungsaufgaben).

Überarbeitung der Planungsparameter

Auf Basis der Erkenntnisse des Gutachtens „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“ aus dem Jahr 2019 sowie Erfahrungen aus der Covid-19 Pandemie hat eine Überarbeitung der Planungsparameter stattgefunden. Das Gutachten hat aufgezeigt, dass in den Ballungszentren NRWs eine Überversorgung herrscht, während in den ländlichen Regionen eine Unterversorgung zu beobachten ist. Darüber hinaus spielen die zunehmende Ambulantisierung, der demografische Wandel und die regionalen Unterschiede eine wesentliche Rolle, da diese sich auf die stationären Fallzahlen, die Fallschwere und die Verweildauer auswirken. Im Rahmen der Covid-19 Pandemie zeigte sich die Relevanz der flächendeckenden Krankenhausversorgung sowie Vorhaltung ausreichender Reservekapazitäten für die Planung.

Die neue Krankenhausplanung erfolgt durch die Einteilung der medizinischen Leistungen in 32 Leistungsbereiche (LB) und 64 untergeordnete Leistungsgruppen (LG). Hiervon entfallen 30 LB und 60 LG auf die somatische sowie zwei LB und vier LG auf die psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung. Die Leistungsbereiche orientieren sich an den Fachgebieten der Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern in Nordrhein und Westfalen-Lippe. Die Leistungsgruppen lassen sich weiter unterteilen in allgemeine und spezifische Leistungsgruppen, die sich nach den Weiterbildungsordnungen (allgemeine LG) richten bzw. durch OPS-Codes oder ICD-Codes (spezielle LG) definiert sind.

In der Regel ist jede Leistungsgruppe einem Leistungsbereich zugeordnet. In Ausnahmefällen können bestimmte Leistungsgruppen jedoch in mehrere Bereiche gegliedert werden (bspw. LG „Kardiale Devices“ – Leistungsbereich Kardiologie oder Herzchirurgie). Der Feststellungsbescheid des Krankenhauses legt in diesem Fall fest, zu welchem Bereich die Leistungsgruppen zählt.

Die Leistungsbereiche und Leistungsgruppen sind so definiert, dass seltene Fälle (Fallaufkommen < 1 % oder < 0,25 % in NRW) mit einer übergeordneten Leistungsgruppen zusammengefasst werden. Ausnahmen bilden Fälle, die einen wesentlichen Einfluss auf die Krankenhausplanung haben, wie bspw. die LG „Interventioneller Herzklappenersatz (TAVI)“ (Fallaufkommen von ca. 0,09 %).

Wesentlich ist auch die Hierarchie der Leistungsgruppen untereinander, die sich über Qualitätsvorgaben definieren. Damit ein Krankenhaus eine Leistung in einem Leistungsbereich aus einer weiteren Leistungsgruppe anbieten darf, müssen nicht nur die Vorgaben der jeweiligen Leistungsgruppe erfüllt sein, sondern die Vorgaben der untersten Hierarchiestufe. Beispielsweise sind für das Angebot LG „Ösophagus-eingriffe“ neben den spezifischen Qualitätsanforderungen auch die Erfüllung der Vorgaben der untersten Hierarchiestufe LG „Allgemeine Chirurgie“, LG „Allgemeine Innere Medizin“ sowie LG „Intensivmedizin“ notwendig.

Der untersten Hierarchiestufe der Leistungsgruppen kommt eine besondere Rolle zu, da sie die Basis für das Angebot von weiteren Leistungsgruppen bildet und der Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung dient. Hierzu zählen die LG „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ sowie die LG „Intensivmedizin“. Für die Planung der wohnortnahen Versorgung gilt, dass 90 % der Bürger innerhalb von 20 Minuten Fahrzeit einen Zugang zu stationären Leistungen haben müssen. Darüber hinaus sind die LG „Geburten“ und „Allgemeine Kinder- und

Jugendmedizin“ als relevant für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit einer Fahrzeit von 40 Minuten definiert worden. Alle übrigen Leistungsbereiche haben keine Erreichbarkeitsvorgaben.

Umsetzung durch regionale Planungsebenen

Die Umsetzung erfolgt im Vergleich zum Krankenhausplan 2015 nicht mehr durch die Beplanung von 16 Versorgungsgebieten, sondern durch regionale Planungsebenen:

- ▶ Kreisebene: 53 Kreise bzw. kreisfreie Städte (wohnortnahe Versorgung)
- ▶ Versorgungsgebietsebene: 16 Versorgungsgebiete
- ▶ Regierungsbezirksebene: fünf Regierungsbezirke
- ▶ Landesteilebene: Nordrhein und Westfalen-Lippe (überregionale Versorgungsleistungen mit hoher Spezialisierung auf einzelne Leistungen).

Auf der Kreisebene erfolgt die Planung der wohnortnahen Versorgung der LG „Allgemeine Innere Medizin“, „Allgemeine Chirurgie“ und „Intensivmedizin“ sowie die LG „Geriatric“. Die Versorgungsgebietsebene umfasst u. a. die LG „Geburten“ und „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ (wohnortnahe Versorgung), die vier Leistungsgruppen der Psychiatrie sowie 57 weitere Leistungsgruppen. 26 Leistungsgruppen werden auf Regierungsbezirksebene (bspw. „Stammzelltransplantation“, „Augenheilkunde“, „MKG“) und sechs Leistungsgruppen auf Landesteilebene (alle LG der LB „Transplantation solider Organe“) geplant.

Basis für die Bedarfsermittlung in den Planungsebenen bilden die in der Vergangenheit in Anspruch genommenen Leistungen des jeweiligen Leistungsbereichs und Leistungsgruppen sowie die Prognosen zur demografischen Entwicklung, Ambulantisierung (1-2 % p. a. je nach LG) und Verweildauer. Das im März 2022 veröffentlichte Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V (rd. 2.500 weitere Leistungen mit Ambulantisierungspotenzial) ist noch nicht Bestandteil der Planung, eine Anpassung des Ambulantisierungsfaktors soll spätestens im Jahr 2024 erfolgen.

Fazit

Festzuhalten ist, dass die Krankenhausplanung in NRW die erste Krankenhausplanung in Deutschland ist, die keine fachabteilungsspezifische Bettenplanung mehr vornimmt, sondern sich an Leistungsbereichen und Leistungsgruppen orientiert und darüber hinaus Vorgaben zu Qualität und Quantität sowie zu personellen Strukturen innerhalb der Leistungsgruppen definiert. Die Möglichkeiten der flexiblen Leistungssteuerung sowie der Anpassung von Leistungs-, Personal- und Qualitätsvorgaben stellen einen Vorteil dar, um auf zukünftige Veränderungen kurzfristiger als bisher reagieren zu können. Dies betrifft zum einen die Überprüfung der Qualitätsvorgaben, auch im Rahmen von bspw. Mindestmengenregelungen, zum anderen die Anpassung an veränderte Rahmenbedingungen (z. B. Änderung Weiterbildungsordnung, Demografie, Ambulantisierung).

Der zu Beginn hohe Planungs- und Verhandlungsaufwand in Verbindung mit der vorgestellten Zeitplanung zur Umsetzung der neuen Planung ist jedoch insbesondere für die Krankenhäuser nicht zu unterschätzen. Die Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und Krankenhäusern im Rahmen des regionalen Planungsverfahrens sollen bereits am 17.11.2022 starten und die Verhandlungen sollen spätestens im April 2023 abgeschlossen sein. Im Anschluss daran diskutiert die Bezirksregierung über die regionalen und überregionalen Versorgungsangebote, bevor das Ministerium final über die Versorgungsaufträge entscheidet. Die für den Bewerbungsprozess notwendigen Unterlagen sollen den Krankenhäusern ab dem 01.09.2022 zur Verfügung gestellt werden. Die verhältnismäßig kurze Vorbereitungszeit für die Neubewerbung stellt für die Krankenhäuser einen hohen organisatorischen und zeitlichen Aufwand dar, da ergänzend z. B. Pflegebudgetverhandlungen sowie der Umgang mit der anhaltenden Covid-19-Pandemie neben dem laufenden Tagesgeschäft koordiniert werden müssen. Die sorgfältige Datenerhebung und gute Datengrundlage ist jedoch essenzieller Bestandteil des Bewerbungsprozesses um die Zuteilung der Versorgungsangebote. Eine Nichtzuteilung evtl. bisher erbrachter Leistungen geht

mit finanziellen Einbußen aufgrund des Wegfalls von Leistungsbereichen sowie notwendigen Umplanungen einher.

Wie sich der verschärfende Fachkräftemangel auf das Leistungsangebot der Krankenhäuser auswirken wird, bleibt abzuwarten. Es ist jedoch davon auszugehen, dass zukünftig ein Teil der Krankenhäuser bestimmte Versorgungsangebote nicht mehr anbieten kann. Insbesondere die Sicherstellung der flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung in der Grundversorgung in ländlichen Regionen stellt dabei eine Herausforderung dar. Hierbei ist bei entsprechender Bedarfsnotwendigkeit auch zukünftig eine finanzielle Unterstützung notwendig, z. B. über den bestehenden Sicherstellungszuschlag. Inwieweit bei Nichterfüllung der Vorgaben eine Aberkennung einzelner Leistungsgruppen im Feststellungsbescheid erfolgt oder weitere Kriterien berücksichtigt werden (Wechselwirkungen zwischen Leistungsgruppen), ist bisher unklar.

Insgesamt steht die neue Krankenhausplanung in Konsens mit wichtigen Akteuren aus dem Gesundheitswesen. Dem DKG Vorstandsvorsitzenden Dr. Gerald Gaß ist es beispielsweise wichtig, „das Leistungs geschehen orientiert am Versorgungsbedarf der Menschen in den Regionen neu zu ordnen“ (Das Krankenhaus 05/2022). Auch die gesetzlichen Krankenkassen und -verbände NRW befürworten die Reform. Die Herausforderungen der organisatorischen und zeitlichen Umsetzung der neuen Krankenhausplanung bleiben aber spannend.

Festzuhalten ist, dass der Erfolg der Krankenhausplanung NRW zukünftig an die konsequente und regelmäßige Weiterentwicklung gekoppelt ist, um die gesetzten Ziele zu erfüllen und den Spagat zwischen wohnortnaher Versorgung, dem Abbau von Über- und Unterversorgungen sowie der Erfüllung der Qualitätskriterien gewährleisten zu können.

Britta Krüger
+49 221 20643-205

Marie Lagies
+49 711 20492-944



Förderung nach dem Krankenhauszukunftsgesetz und das Vergaberecht der Länder

Nachdem die Bundesländer bis zum 31.12.2021 Förderanträge gemäß dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) i. V. m. der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) stellen konnten, hat dieses nun im Frühjahr 2022 die Bewilligungsbescheide an die Landesministerien versandt. Diese wiederum haben zum Teil den privaten und öffentlich-rechtlichen Krankenhausträgern die beantragten Zuwendungen bereits bewilligt.

Nationales bzw. europäisches Vergaberecht muss beachtet werden

In den Zuwendungsbescheiden der Landesministerien werden regelmäßig die landesspezifischen Allgemeinen Nebenbestimmungen Projekt (ANBest-P) für anwendbar erklärt. Dies hat zur Folge, dass nach Nr. 3 der ANBest-P grundsätzlich ab einer Zuwendung (nicht Auftragswert) von über 100.000 Euro der Zuwendungsempfänger das nationale und ggf. europäische Vergaberecht bei der Beauftragung seiner Dienstleister beachten muss. Bei Nichtbeachtung des Vergaberechts drohen Kürzungen der bewilligten Zuwendungen.

Konsequenzen für öffentlich-rechtliche Krankenhausträger

Für öffentlich-rechtliche Krankenhausträger ist die Anwendung des Vergaberechts keine Überraschung oder Neuheit, da sie als öffentlich-rechtliche Auftraggeber i.S.d. § 99 Kartellgesetz (GWB) auch außerhalb des Zuwendungsrechts bei Beschaffungen, deren Wert über den EU-Schwellenwerten liegt, das GWB wie auch die Vergabeverordnung (VgV) zu beachten haben. Bei öffentlichen Aufträgen, deren Auftragswert unterhalb der EU-Schwellenwerte liegt, sind sie in der Regel verpflichtet, die Unterschwellenvergabeverordnung (UVgO) wie auch die landesspezifischen Gesetze, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften zu befolgen.

Konsequenzen für private Krankenhausträger

Für private Krankenhausträger hingegen ist die Anwendung des Vergaberechts jedoch eine Herausforderung, da sie regelmäßig über keine Vergabestelle verfügen, die die zahlreichen Dienstleistungen für die Digitalisierungsprojekte nach dem KHZG durch förmliche Vergabeverfahren beschaffen kann. Zwar werden private Krankenhausträger in der Regel über Nr. 3 der ANBest-P lediglich

zur Anwendung des nationalen Vergaberechts verpflichtet, ihnen stellt sich gleichwohl die Frage, welche landesspezifischen Verwaltungsvorschriften sie neben der UVgO anwenden dürfen. Diese Frage sollten private Krankenhausträger unbedingt klären lassen, da die landesspezifischen Verwaltungsvorschriften für die Vergabe von Liefer- und Dienstleistungen Wertgrenzen festlegen, bis zu denen eine vereinfachte Vergabe durch einen Direktauftrag, eine Verhandlungsvergabe mit oder ohne Teilnahmewettbewerb bzw. eine beschränkte Ausschreibung ohne Teilnahmewettbewerb erlaubt wird.

Vergaberecht keineswegs stiefmütterlich behandeln

Als Fazit ist damit festzuhalten, dass Krankenhausträger – insbesondere private – die Anwendung des Vergaberechts nicht stiefmütterlich behandeln sollten, da die Nichteinhaltung der Beschaffungsregelungen zu Kürzungen bei den KHZG-Zuwendungen führen kann. Eine Vereinfachung der Vergabeverfahren könnten jedoch die landesspezifischen Verwaltungsvorschriften enthalten.

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



BSG schwächt die Position der Vertragsärzte bei der MVZ-Gründung

Mit Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 26.01.2022 hat dieses klargestellt, in welchen Konstellationen der Zulassungsausschuss (ZA) die Genehmigung der Anstellung von Ärzten in einem MVZ unter Verweis auf eine abhängige Beschäftigung ablehnen kann. Die zwischenzeitlich veröffentlichten Urteilsgründe bestätigen die befürchteten Schwierigkeiten, die seit Januar sowohl die Zulassungsausschüsse als auch die anwaltlichen Berater der Ärzte in ausgeprägtem Maße und unterschiedlichen Richtungen beschäftigen. Nach der bisherigen Erfahrung übertragen die Zulassungsausschüsse die Rechtsprechung des BSG sowohl auf MVZ-Trägergesellschaften in der Rechtsform der Gesellschaft bürgerlichen Rechts wie auch in der Rechtsform der GmbH. Zukünftig sind daher unterschiedliche Gestaltungen zu durchdenken, um unternehmerische Ideen vertragsarzt-rechtlich umsetzen zu können.

Die bisherigen Möglichkeiten, nach denen ein MVZ gem. § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V gegründet werden konnte – und zwar die Angestellten- bzw. die Vertragsarzt-Variante – bleiben im Grundsatz bestehen. Bei den einzelnen Konstellationen stellen sich zukünftig aber folgende Herausforderungen:

Angestellten-Variante

Bringen Ärzte zur Gründung eines MVZ ihre bisherige Vertragsarztzulassung durch Verzicht zugunsten ihrer Anstellung ein, um dann im Status eines angestellten Arztes weiter im MVZ tätig zu sein („Angestellten-Variante“), gelten besondere Anforderungen, wenn die Ärzte gleichzeitig Gründer bzw. Eigentümer der MVZ-Trägergesellschaft und / oder deren Geschäftsführer sind. Dass ein Gesellschafter grundsätzlich in „seinem“ MVZ angestellt sein kann, steht laut dem Sechsten Senat des BSG nicht zur Debatte. Fraglich ist, unter welchen Umständen und Voraussetzungen ein nicht geschäftsführungsberechtigter Gesellschafter oder auch ein „Gesellschafter-Geschäftsführer“ angestellt werden kann.

Der Sechste Senat hat sich dafür ausführlich mit der Auslegung des Begriffs der „Anstellung“ auseinandergesetzt und die Rechtsprechung des Zwölften Senats bestätigt, nach der es einer abhängigen Beschäftigung für die Genehmigung der Anstellung eines Vertragsarztes in einem MVZ bedarf. Essenzielle Merkmale für eine Beschäftigung sind danach gemäß § 7 Abs. 1 S. 2 SGB IV eine Tätigkeit nach Weisungen und eine Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Weisungsgebers.

Ist der angestellte Arzt gleichzeitig Gesellschafter der Trägergesellschaft seines „Arbeits- und Weisungsgebers“, kann dies nach Ansicht des BSG problematisch sein. Ein angestellter Gesellschafter soll nicht über seine Gesellschafterstellung die Rechtsmacht besitzen, durch seine „Einflussnahme auf die Gesellschafterversammlung die Geschicke der Gesellschaft bestimmen zu können“ und so ihm unliebsame Weisungen verhindern.

Es gilt jedoch der Grundsatz, dass ein Gesellschafter, der nicht zum Geschäftsführer bestellt ist, regelmäßig als abhängig Beschäftigter zu qualifizieren ist. Allein aufgrund seiner gesetzlichen Gesellschafterrechte besitzt ein Gesellschafter nicht die Rechtsmacht, Entscheidungen zu treffen, die seiner Weisungsgebundenheit als Angestellter der Gesellschaft zuwiderlaufen.

Ist der angestellte Arzt sowohl Gesellschafter als auch Geschäftsführer stellt der Sechste Senat unter Verweis auf die ständige Rechtsprechung des Zwölften Senats (BSG, Urteil vom 07.07.2020, Az. B 12 R 17/18 R; Urteile vom 08.07.2020, Az. B 12 R 26/18 R, B 12 R 4/19 R) klar, dass eine abhängige Beschäftigung nur dann zu bejahen sei, wenn der Gesellschafter weniger als 50 % der Gesellschaftsanteile besitzt und kraft Gesellschaftsvertrags über keine „echte“ / „qualifizierte“ Sperrminorität verfügt. Ein Gesellschafter-Geschäftsführer, der lediglich 49% der Kapitalbeteiligung hält und dessen Gesellschaft grundsätzlich mit einer einfachen Mehrheit beschlussfähig ist, besitzt nach Ansicht des Gerichts keine Rechtsmacht, die gegen eine abhängige Beschäftigung sprechen würde. Eine echte / qualifizierte Sperrminorität liegt vor, wenn diese nicht auf bestimmte Angelegenheiten der Gesellschaft begrenzt ist, sondern uneingeschränkt die gesamte Unternehmens-tätigkeit umfasst. Selbst ein Gesellschafter-Geschäftsführer ist also nicht per se kraft seiner Kapitalbeteiligung selbstständig tätig.

Ist ein Gesellschafter also nicht gleichzeitig Geschäftsführer, so ist er laut dem BSG regelmäßig abhängig beschäftigt. Erst wenn der Gesellschafter die Leitungsmacht gegenüber dem Geschäftsführer hat, kann er nach Ansicht des BSG nicht mehr als abhängig Beschäftigter gelten. Dies ist bspw. dann der Fall, wenn er über mindestens 50 % der Gesellschaftsanteile der Trägergesellschaft des MVZ verfügt oder kraft seiner gesellschaftsrechtlichen Position ihm nicht genehme Weisungen des Geschäftsführers aufgrund einer echten Sperrminorität vermeiden kann.

Für eine Ein-Mann-GmbH folgt hieraus, dass der Gesellschafter, unabhängig davon, ob er gleichzeitig Geschäftsführer der Gesellschaft ist, nicht als abhängig Beschäftigter angesehen werden kann. Eine Gründung des MVZ in dieser Konstellation ist daher in Zukunft nicht mehr in der Angestellten-Variante möglich. Hier bleibt lediglich die Gründung des MVZ in der Vertragsarzt-Variante.

Handelt es sich um eine Zwei-Personen-Gesellschaft, an der jeder Gesellschafter zur Hälfte am Vermögen und an Gewinn und Verlust beteiligt ist, und in der die Geschäftsführung durch die Gesellschafter gemeinsam erfolgt, lehnt das BSG eine abhängige Beschäftigung nach den vorstehenden Maßstäben ab. Als Lösungsweg bietet sich hier die Bestellung eines Fremdgeschäftsführers an. Geschäftsführer einer GmbH, die nicht am Gesellschaftskapital beteiligt sind („Fremdgeschäftsführer“), sind ausnahmslos abhängig beschäftigt (BSG, Urteil vom 14.03.2018, Az. B 12 KR 13/17 R). Alternativ kommt zum Beispiel die Aufnahme eines dritten Gesellschafters in Betracht. Damit die beiden Gesellschafter-Geschäftsführer bei der MVZ-GmbH angestellt bleiben können, könnte man die Geschäftsanteile zum Beispiel dritteln, sodass jeder Gesellschafter 33,33 % hält und im Gesellschaftsvertrag festhalten, dass für die Beschlussfassung eine Zweidrittelmehrheit erforderlich ist. So kann keiner der Gesellschafter die Geschicke der Gesellschaft allein lenken und alle Gesellschafter sind als abhängig Beschäftigte anzusehen. Dieser Gestaltungsansatz dürfte jedoch wenig praktikabel sein.

Es gibt also weiterhin Konstellationen, in denen ein MVZ von Vertragsärzten gegründet werden kann und diese als Gesellschafter angestellt und ggf. sogar als Geschäftsführer der Trägergesellschaft eingesetzt werden können.

Vertragsarzt-Variante

Daneben bleibt noch die genannte Vertragsarzt-Variante, bei der der Arzt neben der Zulassung des MVZ seine vertragsärztliche Zulassung behält und selbstständig im MVZ tätig wird. Diese wird nunmehr regelmäßig

bei einer Ein-Mann-GmbH anzuwenden sein, da die Anstellungsvariante wegen der Einflussnahme des Gesellschafters nach der Rechtsprechung des BSG zukünftig ausscheidet. Nun könnte man generell zu dem Schluss gelangen, dass es durch die Rechtsprechung des BSG und die damit einhergehende Komplexität der Anstellungsvariante sinnvoller wäre, in der Vertragsarzt-Variante ein MVZ zu gründen. Bringt ein Vertragsarzt seine Einzelpraxis unter Zurückbehaltung seiner Vertragsarztzulassung in eine MVZ-Trägergesellschaft ein, kann dies aber zu steuerlichen Nachteilen führen (siehe S. 12). Die Vertragsarzt-Variante ist daher mit Vorsicht zu wählen.

Bestandsschutz für bereits zugelassene, in der Angestellten-Variante gegründete MVZ

Bereits zugelassene und in der Angestellten-Variante gegründete MVZ genießen Bestandsschutz und werden durch die Rechtsprechung des BSG zunächst nicht berührt. Es wird aber auch hier in Zukunft Konstellationen geben, zum Beispiel die Aufnahme eines zweiten Gesellschafters in die Ein-Mann-GmbH, in denen die Beteiligten die aktuellen Entwicklungen im Rahmen der weiteren Überlegungen berücksichtigen müssen.

Fazit

Die Rechtsprechung des BSG macht die unternehmerischen Wege nicht einfacher. Letztlich ist es aber wie so oft eine Betrachtung des Einzelfalls. Einmal mehr verdeutlicht das Urteil in der Konsequenz, dass die Disziplinen Recht und Steuern eng zusammenarbeiten sollten und die Gestaltung jeweils nicht losgelöst von den anderen Fachrichtungen betrachtet werden kann.

Kerstin Reinhard
+49 221 20643-688

Maria Bossa

MVZ-Gründungen: Steuerliche Auswirkungen des BSG-Urteils zu Anstellungsgenehmigungen von GbR-Gesellschaftern

Wie wir in unserer ersten Ausgabe des novus Gesundheitswesens und ausführlich auf S. 10 und 11 dieser Ausgabe berichtet haben, hat das BSG mit Urteil vom 26.01.2022 im Rahmen einer MVZ-Gründung entschieden, dass die Anstellungsgenehmigungen zweier GbR-Gesellschafter seitens des zuständigen Zulassungsausschusses zu Recht abgelehnt wurden, weil kein abhängiges Beschäftigungsverhältnis anzunehmen war.

Es ist anzunehmen, dass die Grundsätze dieser Entscheidung auf MVZ-Trägergesellschaften in der Rechtsform einer GmbH übertragen werden und damit die Ein-Mann-GmbH sowie die Gründung von MVZ durch zwei Vertragsärzte in der Verzichtsvariante erheblich erschwert werden.

Die Konsequenzen der vorgenannten Entscheidung reichen weit über Fragen des Sozialversicherungs- und des Medizinrechts hinaus. So ergeben sich u. a. steuerrechtliche Folgerungen in den Fällen, in denen Ärzte beabsichtigen, sich fortan als Medizinisches Versorgungszentrum unter der Trägerschaft einer Kapitalgesellschaft (GmbH) zu organisieren. Häufig geschieht dies im Vorgriff auf den Verkauf an einen Investor oder dem Einstieg eines Investors. Gerade in kapitalintensiven und renditestarken Fachgebieten wie z. B. der Radiologie, Dialyse, Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Onkologie oder der operativen Augenheilkunde wird die Gründung eines MVZ häufig betrieben, um den Einstieg eines Investors bzw. den Verkauf an einen Investor realisieren zu können.

Für den Weg in eine solche MVZ-GmbH existieren für zugelassene Vertragsärzte, die ihre Gemeinschaftspraxis / Berufsausübungsgemeinschaft in der Rechtsform einer GbR bzw. PartG betreiben, vereinfacht dargestellt zwei idealtypische Wege: Erstens die sog. Freiberufler- oder Vertragsarzt-Variante und zweitens die sog. Angestellten- oder Verzichtsvariante. Beiden Durchführungswegen ist gemein, dass die Ärzte zunächst eine

MVZ-GmbH gründen und ihre Gemeinschaftspraxis / Berufsausübungsgemeinschaft in Gestalt der Anteile an der GbR bzw. PartG in die neue MVZ-GmbH einbringen (z. B. durch Bargründung mit Barkapitalerhöhung und Sachaufgeld oder durch Sachgründung). Daneben ist in bestimmten Konstellationen zumindest bei in der Rechtsform einer PartG betriebenen Berufsausübungsgemeinschaften auch ein Formwechsel in eine MVZ-GmbH denkbar, was aus steuerlicher Sicht ebenfalls wie eine Einbringung der Anteile an der formwechselnden PartG in die MVZ-GmbH behandelt wird. In der Freiberufler- oder Vertragsarzt-Variante behalten die einbringenden Ärzte ihre Vertragsarztzulassung. Die Leistungen der Vertragsärzte, die gleichzeitig Gesellschafter der MVZ-GmbH sind, werden fortan über das MVZ abgerechnet; die institutionelle Zulassung des MVZ überlagert die Vertragsarztzulassungen der einbringenden Ärzte. In der Angestellten- oder Verzichtsvariante verzichten dagegen die einbringenden Ärzte nach § 103 Abs. 4a SGB V auf ihre Vertragsarztzulassung zum Zwecke der Anstellung in der neuen MVZ-GmbH. Die Vertragsarztzulassungen werden in sog. Arztstellen bzw. Anstellungsgenehmigungen umqualifiziert und der MVZ-GmbH zugeordnet.

Aus steuerrechtlicher Sicht steht für die Ärzte beim Weg in eine MVZ-GmbH in aller Regel im Vordergrund, entweder die steuerlichen Buchwerte fortführen zu können, um eine (sofortige) Besteuerung des Praxiswerts zu vermeiden, oder aber – insbesondere bei einem unmittelbar anschließenden Verkauf von MVZ-GmbH-Anteilen an einen Investor – die sog. Tarifbegünstigung der §§ 16, 34 EStG in Anspruch nehmen zu können. Letztere Möglichkeit sieht bis zur Höhe eines Veräußerungsgewinns von 5 Mio. Euro einen begünstigten Steuersatz vor, der zu einem Steuervorteil von über einer Million Euro führen kann. Voraussetzung der Tarifbegünstigung ist u. a., dass der jeweilige Arzt mindestens 55 Jahre alt ist, er seine bisherige freiberufliche Tätigkeit im ange-

stammten örtlichen Wirkungskreis zumindest weitestgehend für eine gewisse Zeit einstellt und sämtliche stillen Reserven, d. h. insbesondere der Praxiswert, aufgedeckt und besteuert werden. Bei der Einbringung der Gemeinschaftspraxis / Berufsausübungsgemeinschaft oder dem Formwechsel in eine MVZ-GmbH müssen dafür sämtliche funktional wesentlichen Betriebsgrundlagen der Praxis auf die MVZ-GmbH übergehen, unabhängig davon, ob sie im Eigentum der GbR bzw. PartG oder des Arztes stehen.

Die vorgenannte Rechtsprechung des BSG erschwert die Gründung eines MVZ durch zwei Vertragsärzte in der Angestellten-Variante und könnte daher dazu veranlassen, beim Weg in eine MVZ-GmbH verstärkt die Freiberufler-Variante zu verfolgen. In der Strukturierung ist hier aber aus steuerrechtlicher Sicht höchste Vorsicht geboten. Voraussetzung sowohl für eine steuerliche Buchwertfortführung als auch für die Möglichkeit zur Inanspruchnahme der Tarifbegünstigung ist die Übertragung aller funktional wesentlichen Betriebsgrundlagen. In- des ist noch nicht höchstrichterlich geklärt, ob die Vertragsarztzulassung eine solche funktionale Betriebsgrundlage ist und ob diese bei der Freiberufler-Variante zumindest wirtschaftlich betrachtet als in die MVZ-GmbH eingebracht gelten kann.

Die Finanzverwaltung hat sich in einer – auf Bund-Länder-Ebene abgestimmten – Verfügung des Landesamtes für Steuern Niedersachsen vom 21.02.2022 (Az. S 2134a – 6 – St 222/St 221) in der Weise positioniert, dass die Vertragsarztzulassung in der Freiberufler-Variante nicht – wie bei der Veräußerung einer gesamten Praxis – im übertragenen Geschäfts- bzw. Praxiswert enthalten sei, sondern als ein vom Geschäfts- bzw. Praxiswert abgetrennter Vorteil beim Einbringenden verbleiben solle. Bei der Vertragsarztzulassung handele es sich um eine funktional wesentliche Betriebsgrundlage, da sie für einen niedergelassenen, praktizierenden Arzt ein besonderes wirtschaftliches

Gewicht für seinen laufenden Geschäftsbetrieb habe. Überträgt ein Arzt seine Einzelpraxis auf eine MVZ-GmbH unter Zurückbehaltung seiner Vertragsarztzulassung könne die Übertragung daher steuerlich nicht zu Buchwerten erfolgen.

Auch wenn dies in der vorgenannten Verlautbarung nicht explizit zum Ausdruck kommt, ist davon auszugehen, dass die Finanzverwaltung diese Sichtweise nicht nur bei der Übertragung einer Einzelpraxis, sondern auch bei der Einbringung von Anteilen an GbR oder PartG anwenden möchte. Zu-

dem dürfte in sämtlichen Fällen der Freiberufler-Variante nach den Grundsätzen der Finanzverwaltung fraglich sein, ob die Tarifbegünstigung in Anspruch genommen werden kann, da nach dieser Sichtweise die Vertragsarztzulassung als funktional wesentliche Betriebsgrundlage im Geschäftsbetrieb des Arztes zurückbleibt und er somit wohl nicht sämtliche stillen Reserven aufdeckt. Zudem könnte infrage stehen, ob der Arzt seine bisherige freiberufliche Tätigkeit weitestgehend einstellt, auch wenn die institutionelle Zulassung des MVZ die Vertragsarztzulassung der einbringenden Ärzte über-

lagert. Gegen die Sichtweise der Finanzverwaltung sprechen zwar gute Argumente, gleichwohl dürfte die Freiberufler-Variante bis zu einer höchstrichterlichen Klärung bei vorsichtiger Strukturierung aus steuerrechtlichen Gründen ausscheiden.

Dr. Alexander Bohn
+49 221 20643-487

Umsatzsteuerbefreiung für Leistungen von Privatkliniken

Heilbehandlungen zugelassener Krankenhäuser sind nach den deutschen und unionsrechtlichen Vorschriften von der Umsatzsteuer befreit. Der EuGH gibt Aufschluss über die Voraussetzungen für die Anwendung der Steuerbefreiung auf die Leistungen privater Kliniken.

Die von zugelassenen Krankenhäusern sowie gleichgestellten Einrichtungen erbrachten Krankenhausbehandlungen sind von der Umsatzsteuer befreit. Die Leistungen von Privatkliniken, die nicht über eine Zulassung nach § 108 SGB V zur Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten verfügen, fallen hingegen nur unter bestimmten Voraussetzungen unter die Steuerbefreiung.

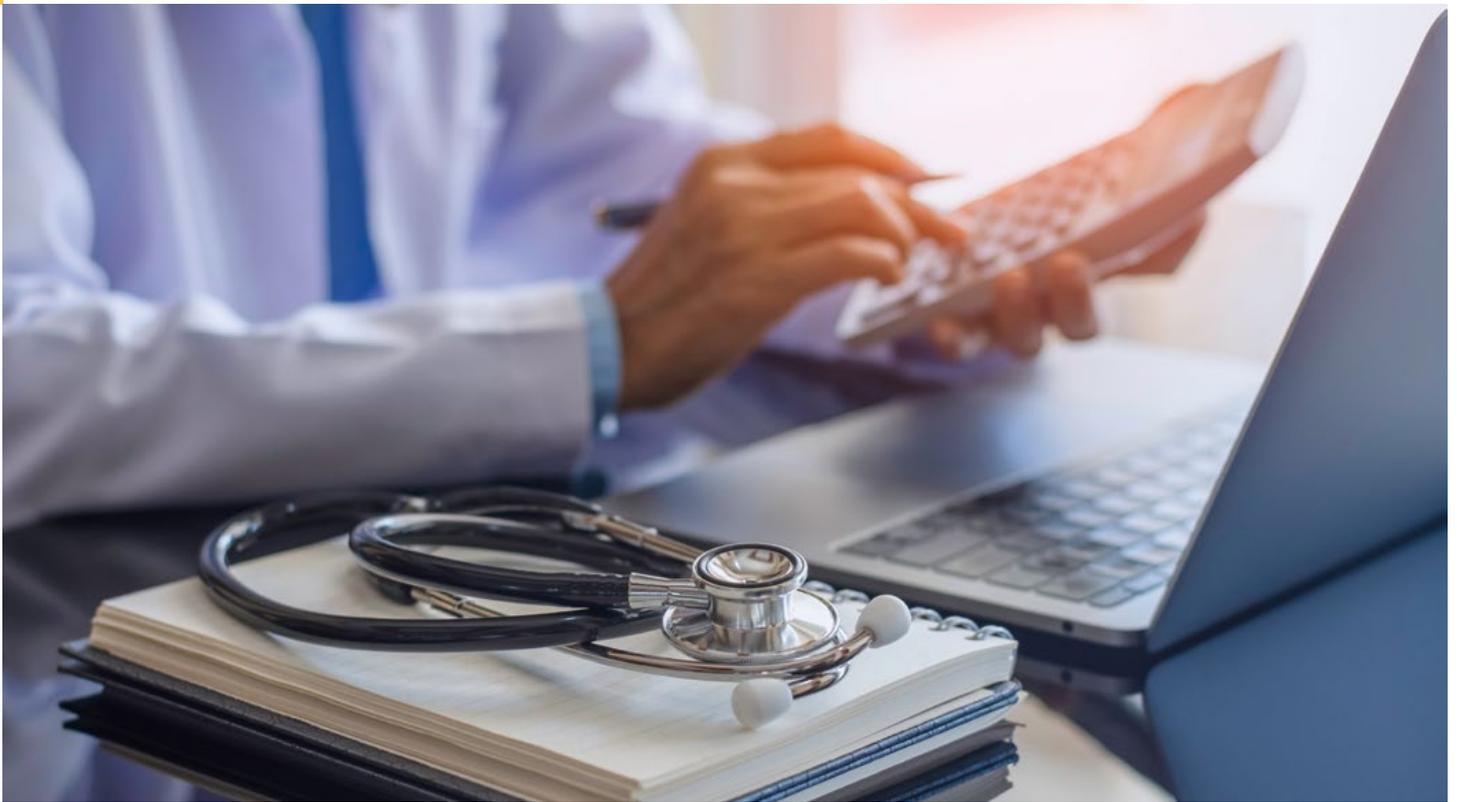
Nach der bis einschließlich 2019 geltenden Rechtslage waren die Leistungen von Privatkliniken nur steuerbefreit, wenn die Kliniken nach den sozialrechtlichen Vorschriften im Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes enthalten waren. Mit Wirkung ab 2020 wurde die deutsche umsatzsteuerliche Regelung an die unionsrechtlichen Vorgaben angepasst, sodass die Leistungen von Privatkliniken steuerbefreit sind, soweit die Leistungen in sozialer Hinsicht unter vergleichbaren Bedingungen ausgeführt werden wie die Leistungen von Krankenhäusern mit Kassenzulassung (§ 4 Nr. 14 Buchst. b Doppelbuchst. aa UStG).

Das Niedersächsische Finanzgericht legte dem EuGH unter Bezugnahme auf die bis 2019 in Deutschland geltende Rechtslage die Frage vor, ob es mit den unionsrechtlichen Regelungen vereinbar ist, dass die Steuerbefreiung für Privatkliniken an sozialrechtliche Regelungen geknüpft wird. Der EuGH stellt mit Urteil vom 07.04.2022 (Rs. C-228/20, FA H/I GmbH, DStR 2022, S. 833) klar, dass nicht auf die sozialrechtliche Einordnung der Kliniken abzustellen ist, sondern dass Privatkliniken, die gleichartige Leistungen unter Bedingungen erbringen, die mit den Bedingungen für öffentliche Kliniken in sozialer Hinsicht vergleichbar sind, wie öffentliche Kliniken zu behandeln sind.

Zu dem Kriterium der Vergleichbarkeit der Krankenhausleistungen in sozialer Hinsicht gibt der EuGH nun weitere Anhaltspunkte vor, anhand derer eine Prüfung der Vergleichbarkeit durch die deutschen Behörden zu erfolgen hat: Neben dem Gemeinwohlscharakter der Leistung und der Kostenübernahme durch die Krankenkassen sollen auch die Leistungsfähigkeit der Privatklinik in Sachen Personal, Räumlichkeiten und Ausstattung sowie der Wirtschaftlichkeit der Betriebsführung und die Vergleichbarkeit der Berechnung der Tagessätze berücksichtigt werden können.

Hinweis: Die Finanzverwaltung hatte bereits mit Schreiben vom 06.10.2016 (Az. III C 3 – S 7170/10/10004, BStBl. I 2016, S. 1076) zur Umsatzsteuerbefreiung von Privatkliniken nach der bis 2019 geltenden Gesetzeslage Stellung genommen. Aufgrund der Erweiterung des Kriterienkatalogs durch den EuGH ist mit einer Anpassung des BMF-Schreibens zu rechnen.

Maxine Hauser
Tel. +49 711 2049 1950



Umsatzsteuerbefreiung für Leistungen von Personenzusammenschlüssen

Seit 2020 enthält das Umsatzsteuergesetz eine Steuerbefreiung für die Leistungen von selbständigen Personenzusammenschlüssen an ihre Mitglieder. Mit einem BMF-Schreiben erläutert die Finanzverwaltung nun die einzelnen Voraussetzungen für die Steuerbefreiung.

Mit § 4 Nr. 29 UStG verankert der deutsche Gesetzgeber die unionsrechtlich vorgegebene Umsatzsteuerbefreiung für Kostengemeinschaften und stellt Dienstleistungen selbständiger Personenzusammenschlüsse an ihre Mitglieder steuerfrei, wenn die Leistungen unmittelbar zur Ausübung von Tätigkeiten beitragen, die dem Gemeinwohl dienen.

In dem BMF-Schreiben vom 19.07.2022 (Az. III C 3 – S 7189/20/10001, BStBl. I 2022, S. 1208) führt die Finanzverwaltung zunächst aus, welche Art von Personenzusammenschlüssen begünstigt werden können. Hervorzuheben ist, dass es bei der Beurteilung der Steuerbefreiung nicht auf die Rechtsform des Personenzusammenschlusses ankommt.

Steuerbefreit sind nur sonstige Leistungen an die Mitglieder, die diese ihrerseits unmittelbar für ihre dem Gemeinwohl dienenden Tätigkeiten einsetzen. In dem BMF-Schreiben werden beispielhaft steuerbefreite Leistungen von Praxis- und Apparategemeinschaften aufgezählt. Explizit von der Steuerbefreiung ausgeschlossen werden allgemeine Verwaltungsleistungen wie Buchführung, Raumüberlassung sowie Reinigungs- und Verpflegungsleistungen.

Die Befreiung kann nicht angewandt werden, wenn dadurch anderen Marktteilnehmern, die gleichartige steuerpflichtige Leistungen erbringen, ein Wettbewerbsnachteil entsteht. Nach Auffassung der Finanzverwaltung ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die Bildung eines Zusammenschlusses als solches nicht zu einer Verzerrung des Wettbewerbs führt.

Weiterhin setzt die Steuerbefreiung voraus, dass das für die Leistung vereinbarte und entrichtete Entgelt lediglich in einem genauen Kostenersatz besteht, welcher verursachungsgerecht zu ermitteln ist.

Die Finanzverwaltung geht in dem Schreiben ferner auf Besonderheiten bei Zusammenschlüssen von juristischen Personen des öffentlichen Rechts ein.

Die Grundsätze des Schreibens sind erstmals für Umsätze von selbständigen Personenzusammenschlüssen anzuwenden, die nach dem 31.12.2019 bewirkt werden. Die Finanzverwaltung stellt außerdem klar, dass sich Personenzusammenschlüsse für vor dem 01.01.2020 erbrachte Leistungen unmittelbar auf die unionsrechtliche Steuerbefreiung in Art. 132 Abs. 1 Buchstabe f MwStSystRL berufen können.

Hinweis: Die Bildung einer Kostengemeinschaft stellt neben der Organschaft eine Möglichkeit der Kooperation zwischen steuerbegünstigten Körperschaften dar, bei der die Leistungen bei Erfüllung aller Voraussetzungen nicht mit Umsatzsteuer belastet werden müssen. Zu beachten ist, dass sich das BMF-Schreiben nur auf die umsatzsteuerliche Behandlung der Leistungen bezieht, nicht aber auf die gemeinnützigkeitsrechtliche Einordnung von Kooperationen zwischen gemeinnützigen Körperschaften.

Maxine Hauser

Tel. +49 711 2049 1950

Kein steuerpflichtiger Arbeitslohn bei Kostenübernahme für den elektronischen Heilberufsausweis

Seit 2021 ist die Nutzung des elektronischen Heilberufsausweises für Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und Apotheker verpflichtend. Werden die Kosten für den Ausweis vom Arbeitgeber übernommen, stellt dies keinen steuerpflichtigen Arbeitslohn dar.

Laut einer Kurzinformation des Finanzministeriums Schleswig-Holstein stellt die Übernahme der Kosten für den elektronischen Heilberufsausweis eines angestellten Arztes keinen steuerpflichtigen Arbeitslohn dar, da von einem überwiegend eigenbetrieblichen Interesse des Arbeitgebers auszugehen ist

(Einkommensteuer-Kurzinformation vom 06.04.2022, Az. VI 308-S 2332-220, DStR 2022, S. 1049).

Nach einer Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft kann eine anteilige Kostenerstattung von pauschal 46,50 Euro jährlich je Heilberufsausweis an das Krankenhaus erfolgen. Übernimmt der Arbeitgeber die vollen Kosten für den Erwerb des Ausweises durch den angestellten Arzt nicht und leitet nur den Kostenerstattungsbetrag an den angestellten Arzt weiter, liegt ebenfalls kein Arbeitslohn vor.

Entsprechendes gilt für angestellte Apotheker, allerdings beträgt hier die anteilige Kostenerstattung pauschal 449 Euro pro Heilberufsausweis als Einmalleistung.

Hinweis: Die Aufwendungen für den Erwerb des elektronischen Heilberufsausweises können durch den angestellten Arzt oder Apotheker als Werbungskosten geltend gemacht werden, soweit dieser keine Kostenerstattung des Arbeitgebers erhalten hat.

Maxine Hauser
Tel. +49 711 2049 1950

Grundsteuerreform – Handlungsbedarf für gemeinnützige Organisationen

Ab dem Kalenderjahr 2025 sind aufgrund der Grundsteuerreform sämtliche Grundstücke in Deutschland neu zu bewerten und entsprechende Feststellungserklärungen einzureichen. Zwar haben sich im Zuge der Reform die Vorschriften für die Befreiung von der Grundsteuer nicht geändert, gemeinnützige Organisationen haben trotzdem einige Besonderheiten zu beachten.

Das BVerfG hat mit Urteil vom 10.04.2018 (Az. 1 BvL 11/14, 1 BvL 12/14, 1 BvL 1/15, 1 BvR 639/11, 1 BvR 889/12) entschieden, dass die bisherige Einheitsbewertung von Grundvermögen als Basis für die Ermittlung der Grundsteuer verfassungswidrig ist. Daher hat der Gesetzgeber eine Neuregelung getroffen, die eine Neubewertung aller inländischen Grundstücke auf den 01.01.2022 erfordert. Zu diesem Zweck müssen alle Grundstückseigentümer eine Feststellungserklärung beim zuständigen Finanzamt abgeben. Die allgemeine Abgabefrist hierfür wurde aktuell von Ende Oktober 2022 auf Ende Januar 2023 verlängert. Die neuen Grundsteuerwerte werden der Ermittlung der Grundsteuer ab 2025 zugrunde gelegt.

Unabhängig von der Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen Grundsteuerbefreiungen in Anspruch zu nehmen, sind begünstigte Rechtsträger zur Abgabe der Feststellungserklärungen verpflichtet. Steuerbefreiungen bestehen etwa für den Grundbesitz einer juristischen Person des öffentlichen Rechts oder einer steuerbegünstigten Körperschaft, soweit die Grundstücke unmittelbar für gemeinnützige oder mildtätige Zwecke verwendet werden (§ 3 Abs. 1 Nr. 1 und 3 GrStG). Zu beachten ist hierbei, dass die Steuerbefreiung nicht greift, sofern Grundstücke im Rahmen eines wirtschaftlichen Geschäftsbetriebs und der Vermögensverwaltung genutzt werden. Liegt eine gemischte Nutzung vor, ist das Grundstück entsprechend aufzuteilen. Für gewerbliche Krankenhäuser besteht eine gesonderte Steuerbefreiung für Grundstücke bzw. Grundstücksteile, die für Zwecke des Krankenhausbetriebs genutzt werden (§ 4 Nr. 6 GrStG).

Obwohl die Regelungen zu den Steuerbefreiungen durch die Grundsteuerreform nicht geändert wurden, sollten gemeinnützige Körperschaften die Grundsteuerreform zum Anlass zu nehmen, um zeitnah zu prüfen, ob in den letzten Jahren aufgrund

von bisher nicht berücksichtigten Änderungen in der Nutzung der Grundstücke Befreiungen ganz oder teilweise weggefallen oder neue hinzugekommen sind. Jede Änderung der Nutzung oder der Eigentumsverhältnisse von ganz oder teilweise grundsteuerbefreiten Grundstücken ist innerhalb von drei Monaten beim zuständigen Finanzamt anzuzeigen und muss in den Grundsteuererklärungen korrekt umgesetzt werden. Für die Feststellungserklärung sind die Verhältnisse zum 01.01.2022 maßgeblich.

Hinweis: Abweichende Regelungen gelten für in Nordrhein-Westfalen belegene Grundstücke, die ausschließlich für grundsteuerfreie Zwecke genutzt werden. Hier ist es nach einer Mitteilung des Ministeriums der Finanzen des Landes Nordrhein-Westfalen ausreichend, die Grundstücke auf einem gesonderten Formular genau zu bezeichnen und die entsprechende Steuerbefreiungsvorschrift zu nennen. Die Abgabe einer Feststellungserklärung ist hier zunächst nicht notwendig. Die Finanzverwaltung behält sich die Anforderung der Feststellungserklärungen jedoch vor.

Maxine Hauser
Tel. +49 711 2049 1950

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:

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