Solidaris

Nutzen stiften – mit Freude für Menschen

JAHRGANG 22 / AUSGABE 3 / SEPTEMBER 2019

Solidaris **Information**

Fakten aktuell

4 APG DVO NRW – Aktuelle Entwicklungen

5 MDK-Reform 2020: Der MDK soll unabhängiger, transparenter und effektiver arbeiten

7 Ertragsteuerliche Behandlung der Zytostatika-Abgabe durch Ärzte ohne Dienstaufgabenbezug im Zweckbetrieb des Krankenhauses

8 Geplante Verschärfung des Grunderwerbsteuergesetzes – Aktueller Entwurf der Bundesregierung

9 Anforderungen an elektronische Kassensysteme zum Schutz vor Manipulation der Kassenaufzeichnungen

11 Deutsche Honorarordnung für Architekten verstößt gegen EU-Recht

Beratung aktuell

12 §-8a-BSIG-Prüfungen der KRITIS-Betreiber – Lessons Learned

14 Intersektorale Gesundheitszentren – Chance für kleine Krankenhäuser?!

15 Sicherstellungszuschläge – Finanzieller Zuschuss für Krankenhäuser in ländlichen Regionen

18 Das Krankenhaus-MVZ muss kein „Groschengrab“ sein!

20 Outsourcing, Co-Sourcing, Selbermachen? Empfehlungen zur Struktur und Größe der Internen Revision

Veranstaltungen

22 Veranstaltungsübersicht

Intern

22 Prokura

22 Solidaris Würzburg ist umgezogen

23 Neue Kompetenzträger

24 **Aktuelle Seminare**

24 **Impressum**

Berlin
Erfurt
Freiburg
Hamburg
Köln
Mainz
München
Münster
Wien (A)
Würzburg

Solidaris

SOLIDARIS.DE

Nutzen stiften – mit Freude für Menschen

WIRTSCHAFTSPRÜFUNG

STEUERBERATUNG

UNTERNEHMENSBERATUNG

IT-BERATUNG

RECHTSBERATUNG

Die Solidaris-Gruppe blickt auf eine über 85-jährige erfolgreiche Geschichte zurück und zählt zu den wenigen Unternehmensverbünden, die auf die Betreuung gemeinnütziger Träger und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie der Freien Wohlfahrtspflege spezialisiert sind. Als führende Prüfungs- und Beratungsgesellschaft in Deutschland bietet die Solidaris an neun Standorten bundesweit zukunftsweisende Expertise in allen wirtschaftlichen und rechtlichen Belangen gemeinnütziger Organisationen unterschiedlicher Größe und Rechtsform aus einer Hand. Sprechen Sie uns an!

02203 . 8997-0 info@solidaris.de

Berlin
Erfurt
Freiburg
Hamburg
Köln
Mainz
München
Münster
Wien (A)
Würzburg

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

Dr. Rüdiger Fuchs

„Als Gott das Universum schuf, war seine geringste Sorge, es so zu schaffen, dass wir es verstehen", bemerkte Albert Einstein bereits am Anfang des letzten Jahrhunderts. Heute gilt diese Erkenntnis mehr denn je: Nichts scheint einfach zu sein. Alle Bereiche, in denen wir agieren, sind zunehmend von Komplexität bestimmt. Gleichzeitig besteht offensichtlich der Wunsch nach ihrer Reduktion.

Die Digitalisierung als vermeintlicher „Allheilsbringer" hilft dabei nicht. Im Gegenteil. Eher gilt: Je digitaler, desto komplexer. Hochkomplexe Fragestellungen allerdings erfordern besondere Formen der Wahrnehmung und Erkennung von Mustern und Zusammenhängen.

Einfache lineare Denkmuster greifen hier nicht. Vielmehr sind integrierende, interdisziplinäre und kreative Ansätze gefragt, die uns helfen, sowohl die Details als auch die Gesamtheit eines Projektes oder Problems in den Blick zu nehmen. Insofern geht es weniger darum, Komplexität lediglich zu reduzieren, sondern diese zu erkennen, zu verstehen und ihre Wirkungskraft gezielt zu steuern.

Hier setzen unsere Beratungsleistungen an, die – vor dem Hintergrund der vor allem durch die Digitalisierung gestiegenen Komplexität – geeignet sind, Ihren Erfolg gezielt zu erhöhen. Hierfür haben wir auch die bisher weitestgehend autonomen Fachbereiche IT-Beratung, Prüfungsnahe Beratung und Unternehmensberatung organisatorisch, personell und inhaltlich zusammengeführt und das Leistungsportfolio gemäß den aktuellen Anforderungen im Gesundheits- und Sozialwesen sowie der Freien Wohlfahrtspflege weiter ausgebaut. So können wir besser denn je kreative, integrierte und interdisziplinäre Lösungen mit klarem Mehrwert bieten. Schauen Sie am besten gleich selbst auf www.solidaris.de! Wir freuen uns auf Ihren (virtuellen) Besuch und stehen für Fragen gerne zur Verfügung.

Doch zunächst wünsche ich Ihnen eine angenehme Lektüre mit vielen guten Impulsen für Ihren beruflichen Alltag.

Ihr

FAKTEN AKTUELL

APG DVO NRW – Aktuelle Entwicklungen

Von Britta Greb und Markus Pielen

Eigentumsmodelle

Was bereits seit längerer Zeit in Fachkreisen vermutet wurde, ist nun am 11. Juli 2019 durch den Landtag auch verabschiedet worden: Stationäre Pflegeeinrichtungen, die im Eigentümermodell betrieben werden, können auch in den Jahren 2020 und 2021 auf Basis der ursprünglich bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Bescheide die gesondert berechenbaren Investitionskosten abrechnen und brauchen somit in diesem Jahr keinen Antrag auf Neufestsetzung der Investitionskosten ab 1. Januar 2020 stellen. Hiervon unberührt bleibt die Möglichkeit, einen Antrag auf Feststellung und Festsetzung zu stellen, wenn es zu einer Veränderung der Platzzahl oder zu Modernisierungen, Ersatzneubauten oder ähnlichen Maßnahmen kommt, die eine Veränderung der Berechnungsgrundlagen begründen.

Mit der Verabschiedung des 2. Gesetzes zur Änderung des Alten- und Pflegegesetzes Nordrhein-Westfalen, dessen einziger wesentlicher Aspekt die Verlängerung der Gültigkeit der existierenden Bescheide nach APG DVO NRW ist, trägt die Regierung dem Umstand Rechnung, dass das geplante Novellierungsverfahren der APG DVO, das ursprünglich bis Sommer 2019 abgeschlossen sein sollte, sich voraussichtlich um ein weiteres Jahr verschieben wird. Vor diesem Hintergrund möchte man den Eigentumseinrichtungen nicht zumuten, in diesem Jahr bis zum 31. Oktober Anträge zur Neufestsetzung der Investitionskosten ab dem 1. Januar 2020 zu stellen, während auf Seiten des Landtags die Beratung des Berichts zu den Wirkungen von APG NRW und APG DVO NRW läuft, die womöglich Änderungen an den gesetzlichen Regelungen nach sich zieht.

Derzeit wird davon ausgegangen, dass die aus dieser Beratung resultierende Novellierung der APG DVO NRW im kommenden Jahr abgeschlossen sein wird. Dennoch wird die Gültigkeit der Bescheide für die Eigentumsmodelle um zwei Jahre verlängert, um weiterhin zu gewährleisten, dass Eigentums- und Mietmodelle (bei Letzteren gelten die Bescheide bis zum 31. Dezember 2020) nicht im selben Jahr beschieden werden müssen. Nur so können aus Sicht der Regierung eine zügige Bescheidung der Anträge und damit die Vermeidung von Rückwirkungen sichergestellt werden.

Für die stationären Pflegeeinrichtungen, die im Eigentümermodell betrieben werden, besteht nun also Gewissheit, dass in diesem Jahr keine Anträge gestellt werden müssen, um auch im Jahr 2020 einen Investitionskostensatz abzurechnen. Dies ist sicherlich auch vor dem Hintergrund der unzähligen laufenden Widerspruchs- und Klageverfahren eine wesentliche Erleichterung.

Mietmodelle

In einem weiteren Schritt plant die Landesregierung, die Bestandschutzregelungen für Mieteinrichtungen zu überarbeiten. Hintergrund der Novellierung ist das Bestreben, den Einrichtungen, die ihre Gebäude gemietet haben, Planungssicherheit hinsichtlich der weiteren Anerkennung der bisher bestandgeschützten Mieten zu geben. Die beabsichtigte Novellierung wird Einrichtungsträgern die Möglichkeit eröffnen, einen Antrag auf Anerkennung einer höheren Miete zu stellen, als dies ab dem 1. Januar 2021 gesetzlich möglich wäre. Die APG DVO sieht vor, dass ab dem 1. Januar 2021 nur noch Mieten anerkannt werden, wenn sie die Vergleichsmiete um nicht mehr als 10 % überschreiten. Die Änderung der APG DVO soll zukünftig eine Anerkennung höherer Miet- und Pachtaufwendungen ermöglichen, wenn der Träger nachweisen kann, dass der erhöhte Vergleichsbetrag nicht ausreichen wird, um den aktuellen einrichtungsbezogenen Finanzierungsbedarf des Vermieters oder Verpächters zu decken.

Nach Auskunft des Ministeriums sollen als anerkennungsfähige Finanzierungsbedarfe

- Zins und Tilgung für bestehende Darlehen für die Dauer der Zinsbindungsfrist,
- Zinsen für eingebrachtes Eigenkapital,
- die Instandhaltungspauschale,
- nachgewiesener Aufwand des Vermieters zum Erhalt des betriebsnotwendigen Bestandes an sonstigem Anlagevermögen,
- fiktive Erbpacht und
- ein pauschaler Zuschlag von 4 % auf die Summe der aus den Punkten a) bis e) ermittelten Aufwendungen

angesetzt werden. Allerdings grenzt das Ministerium die Anerkennung der erhöhten Mietaufwendungen dahingehend ein, dass nur eine Anerkennung der Aufwendungen höchstens bis zu der am 1. Februar 2014 anerkannten Miete er-

folgen kann. Eine Anerkennung etwaiger Mieterhöhungen wird es nicht geben. Auch gilt diese Ausnahmeregelung nur für Einrichtungen, die nachweisen können, dass eine Anpassung des Mietvertrages mangels Einigungsmöglichkeit mit dem Vermieter nicht möglich war. Für Einrichtungsträger, deren Mietverträge alsbald auslaufen, gilt weiterhin, dass mit dem Vermieter eine Miethöhe zu vereinbaren ist, die sich mit den Grundsätzen der APG DVO vereinbaren lässt.

Auch wenn die Novellierung der APG DVO hinsichtlich der Anerkennung erhöhter Mietaufwendungen über den 31. Dezember 2020 hinaus eine Erleichterung darstellen mag, so darf auch hier nicht übersehen werden, dass dem Einrichtungsträger zumindest für diesen Antrag ein Wechsel in die konkrete Vergleichsberechnung vorgeschrieben wird und mit dem Vermieter eine Einigung erzielt werden muss, dass die geforderten Nachweise auch erbracht werden können. Es bleibt abzuwarten, ob sich diese Voraussetzungen für die echten Investoren-Betreiber-Modelle erfüllen lassen. Bislang ist offen, ob hier eine Rückkehr in das fiktive Mietmodell möglich ist.

Die Novellierung offenbart einmal mehr die Bestrebungen der Landesregierung, regulierend in die Vertragsmodalitäten zwischen Vermieter und Einrichtungsträger einzugreifen, ohne hierfür eine Kompetenz zu besitzen. Letztlich hängt es auch weiterhin allein vom Verhandlungsgeschick der Einrichtungsträger ab, ob eine Refinanzierung der laufenden Mietaufwendungen erreicht werden kann. Für den Fall, dass sich eine Anpassung der Mietaufwendungen nicht erreichen lässt, bleibt weiterhin ungeklärt, wie mit dem entstehenden Finanzierungsdefizit umgegangen werden soll. Ratsam erscheint es hier, in jedem Fall Nachweise über unternommene Einigungsgespräche zu sammeln und dem örtlichen Sozialhilfeträger, der letztlich die Investitionskosten tragen muss, die Refinanzierungslücke anzuzeigen.

Britta Greb, LL.M.
Rechtsanwältin

Köln
02203 . 8997-418 b.greb@solidaris.de

Markus Pielen
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater

Köln
02203 . 8997-184 m.pielen@solidaris.de

MDK-Reform 2020: Der MDK soll unabhängiger, transparenter und effektiver arbeiten

Von Ines Martenstein

Am 17. Juli 2019 wurde der Weg bereitet für die Neuorganisation der Abrechnungsprüfung stationärer Krankenhausbehandlungen. Der vom Kabinett beschlossene Gesetzentwurf für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) sieht die Stärkung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK), die Gewährleistung ihrer Unabhängigkeit und eine Verbesserung der Effizienz und Effektivität der Abrechnungsprüfung vor. Das Gesetz soll am 1. Januar 2020 in Kraft treten.

Umbau der Körperschaften

Zur Stärkung der Unabhängigkeit der MDK werden deren organisatorische Strukturen verändert. Die MDK stellen künftig keine Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mehr dar, sondern werden als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts einheitlich unter der Bezeichnung „Medizinischer Dienst“ (MD) geführt. Auch der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) wird vom GKV-Spitzenverband gelöst und zum „MD Bund“, der künftig die Richtlinien der Arbeit festlegen soll. Die Besetzung der Verwaltungsräte als maßgebliche Entscheidungsgremien des MD soll ebenfalls neu geregelt werden. So sollen künftig auch Vertreter der Patienten, der Pflegebedürftigen, der Verbraucher sowie der Ärzteschaft und der Pflegeberufe im Verwaltungsrat vertreten sein. Hauptamtlich bei Krankenkassen und deren Verbänden Beschäftigte sollen nicht mehr in den Verwaltungsrat wählbar sein. Der Umstellungsprozess soll insgesamt nach maximal einem Jahr abgeschlossen sein.

Einführung einer Prüfquote

Krankenhäuser sollen gezielter überprüft werden als bisher. Laut Kabinettsentwurf sollen die Krankenhäuser Anreize zur korrekten Leistungsabrechnung erhalten. Hierzu soll ab dem Jahr 2020 eine maximale Prüfquote je Krankenhaus bestimmt werden, die den Umfang der Prüfungen begrenzen soll. Bei korrekten Abrechnungen sinkt die Prüfquote, bei fehlerhaften Abrechnungen steigt sie. Im Jahr 2020 darf eine Krankenkasse bis zu 10 Prozent der bei ihr je Quartal ein-

gegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung eines Krankenhauses durch den MD prüfen lassen (quartalsbezogene Prüfquote). Ab dem Jahr 2021 gilt dann eine quartalsbezogene Prüfquote in Abhängigkeit von dem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen des jeweiligen Krankenhauses. Die quartalsbezogene Prüfquote wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen für jedes Quartal auf der Grundlage der Prüfergebnisse des vorvergangenen Quartals ermittelt.

Sanktionsregelung für Krankenhäuser

Der Kabinettsentwurf sieht eine Sanktionsregelung für Krankenhäuser für den Fall vor, dass der Anteil korrekter Abrechnungen unter 60 % liegt. Dann müssen Krankenhäuser zusätzlich zur Differenz zwischen ursprünglichem und gekürztem Rechnungsbetrag einen gestaffelten Aufschlag zahlen. Liegt der Anteil korrekter Abrechnungen zwischen 40 und 60 %, soll der Aufschlag bei 25 % der Differenz, bei einem Anteil von unter 40 % bei 50 % des Differenzbetrags liegen.

Regelung zur Prüfung von Strukturmerkmalen

Erstmalig soll die Prüfung von Strukturmerkmalen gesetzlich geregelt werden. Statt der Prüfung vieler Einzelfälle soll die Prüfung von strukturellen Voraussetzungen der Leistungserbringung in einer krankenhausbezogenen Strukturprüfung gebündelt werden. Krankenhäuser sollen künftig, bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen können, die Einhaltung von in OPS-Kodes vorgegebenen Strukturmerkmalen durch den MD oder einen anderen Dienst begutachten lassen. Erfüllen Krankenhäuser die strukturellen Voraussetzungen nicht, sollen ab 2021 entsprechende Leistungen nicht vereinbart und nicht abgerechnet werden dürfen.

Schlichtungsausschuss Bund

Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung sollen vom Schlichtungsausschuss auf Bundesebene entschieden werden. Hierzu werden die Anrufungsrechte erweitert: Zukünftig soll der Schlichtungsausschuss auch von einzelnen Krankenkassen, Krankenhäusern, dem MD, den mit der Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften, dem BMG sowie dem unparteiischen Vorsitzenden des Schlichtungsausschusses, der weder auf Seiten des GKV-Spitzenverbandes bzw. des PKV-Verbandes noch der Deutschen Krankenhausgesellschaft steht, angerufen werden können. Zudem sollen die derzeit rd. 90 bestehenden Kodierstreitigkeiten bis spätestens zum 31. Dezember 2020 vom Schlichtungsausschuss Bund entschieden worden sein.

Keine Aufrechnung mit Rückforderungen der Krankenkassen

Eine Aufrechnung mit Rückforderungen der Krankenkassen gegen Vergütungsansprüche der Krankenhäuser soll künftig grundsätzlich nicht mehr zulässig sein. Durch Einführung einer bundesweiten Statistik soll das Abrechnungs- und Prüfgeschehen transparenter werden. Zudem soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) künftig seine öffentlichen Sitzungen live im Internet übertragen sowie in einer Mediathek für einen späteren Abruf zur Verfügung stellen. Damit soll die Transparenz seiner Entscheidungen weiter verbessert werden.

Seminar-Tipp
Der Krankenhaus-Jahresabschluss 2019 – Aktuelle Entwicklungen und Einzelfragen
› 26.09.2019 – Köln
› 16.10.2019 – Berlin

Fazit

Der Gesetzentwurf ist ein Paukenschlag für die Kostenträger. Die vorgesehene Abkopplung des MD von den Krankenkassen ist ein Meilenstein auf dem Weg zu einer fairen Abrechnungsprüfung. Die Neuorganisation des MD, insbesondere die Neubesetzung der Entscheidungsgremien, die Einführung einer maximalen Prüfquote und die Eindämmung der Einzelprüfungen sind zu begrüßen. Erfreulich ist auch, dass die Krankenkassen künftig nicht mehr mit unstreitigen Vergütungsforderungen aufrechnen können. Ebenfalls ein positiver Ansatz ist die vorgesehene Abschaffung der Prüfung von Strukturvorgaben aus den sogenannten Komplexcodes, wenn dies nicht dazu führt, dass die Strukturvorgaben überzogen werden und Krankenhäuser dadurch ihre Berechtigung zur Erbringung der Leistung verlieren. Verfehlt und nicht sachgerecht sind die geplanten Sanktionen bei fehlerhaften Abrechnungen in Form von Aufschlägen. Die Verhängung pauschaler „Strafzahlungen" ohne Würdigung der medizinischen Sachverhaltskonstellation des konkreten Behandlungsfalles ist nicht sachgerecht. Hierdurch sind Abrechnungsstreitigkeiten wieder Tür und Tor geöffnet.

Ines Martenstein, LL.M.
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

Köln
02203 . 8997-419 i.martenstein@solidaris.de

Ertragsteuerliche Behandlung der Zytostatika-Abgabe durch Ärzte ohne Dienstaufgabenbezug im Zweckbetrieb des Krankenhauses

Von Max Hoffmann und Ulrich Schulte

In seinem Urteil vom 6. Juni 2019 – V R 39/17 – hat der Bundesfinanzhof (BFH) entschieden, dass es für die Zurechnung von Behandlungsleistungen mit Abgabe von Zytostatika zum Zweckbetrieb Krankenhaus nicht erforderlich ist, dass die Behandlung von Patienten des Krankenhauses durch einen ermächtigten Arzt als Dienstaufgabe erbracht wird. Bislang wurden die Umsätze aus der Abgabe von Zytostatika, die von ermächtigten Ärzten ohne Dienstaufgabenbezug (sogenannte „Altverträgler") verordnet wurden, von der Finanzverwaltung dem steuerpflichtigen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb zugeordnet. Vorinstanzlich hatte jedoch bereits das FG Münster (Urteil vom 17. August 2017 – 10 K 2165/15 K) geurteilt, dass die Abgabe von Zytostatika durch nach § 116 SGB V ermächtigte (Chef-)Ärzte dem Zweckbetrieb zuzuordnen ist.

Im verhandelten Fall führten beim Krankenhaus angestellte Ärzte, die insoweit jeweils gem. § 116 SGB V oder nach § 31a Ärzte-ZV zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt waren, an Krebspatienten sowohl stationäre als auch ambulante Behandlungen mit Zytostatika durch. Die ambulanten Behandlungen erfolgten jedoch nicht als Dienstaufgabe im Auftrag des Krankenhausträgers, sondern im Rahmen einer mit dem Träger vertraglich vereinbarten Nebentätigkeit der Ärzte. Infolgedessen rechneten die Ärzte ihre Behandlungsleistungen direkt mit den kassenärztlichen Vereinigungen bzw. Privatpatienten ab. Das Krankenhaus selbst war als Zweckbetrieb i. S. d. § 67 AO von der Körperschaftsteuer gem. § 5 Abs. 1 Nr. 9 KStG befreit. Der BFH führt hierzu nochmals grundsätzlich die Anforderungen an die Ertragsteuerbefreiung, die ausnahmsweise zum Tragen kommende Steuerpflicht bei Vorliegen eines wirtschaftlichen Geschäftsbetriebs und die Rückausnahme bei Zweckbetrieben nach den §§ 65 ff. AO aus. Die Anerkennung des Krankenhausbetriebes als Zweckbetrieb nach § 67 AO wurde im verhandelten Fall allerdings grundsätzlich nicht in Frage gestellt.

Die herzustellenden Zytostatika wurden seitens der krankenhauseigenen Apotheke aufgrund auf den Namen des jeweiligen Patienten lautender Einzelrezepte zur unmittelbaren Verabreichung im Krankenhaus bereitgestellt. Die Abrechnung erfolgte basierend auf einer Vereinbarung gem. § 129a SGB V direkt durch den Krankenhausträger. Der BFH folgte dem FG Münster dahingehend, dass es für die Zurechnung zum Zweckbetrieb nicht von Bedeutung sei, dass die besagten Ärzte die Behandlung aufgrund ihres Dienstvertrages als Dienstaufgabe durchgeführt hätten. Vielmehr sei für die Zuordnung zum Zweckbetrieb hinsichtlich der Abgabe von Zytostatika die Ermächtigung nach § 116 SGB V von ausschließlicher Bedeutung. Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasse nach § 39 SGB V auch die ambulante Behandlung von Patienten im Krankenhaus durch Krankenhausärzte. In Zusammenwirken mit § 116 SGB V sei die Abgabe von Zytostatika durch die vom Krankenhausträger betriebene Apotheke zur direkten Verabreichung an die Patienten im Krankenhaus folglich dem Zweckbetrieb des Krankenhauses zuzurechnen. Für den Fall, dass das Finanzamt seine gegenteilige Ansicht auf den Anwendungserlass zur Abgabenordnung zu § 67 AO stützen und aus diesem ableiten sollte, dass Nebentätigkeiten außerhalb einer Dienstaufgabe mit Einkünften nach § 18 EStG der Zurechnung zum Zweckbetrieb entgegenstünden, erklärt der BFH ausdrücklich, dass er sich dieser Auffassung nicht anschließt.

Unseres Erachtens kann sich das Urteil des BFH auch auf die Besteuerung von Fertigarzneimitteln auswirken. Sofern der nach § 116 SGB V ermächtigte Arzt im Zusammenhang mit der ambulanten Behandlung von Patienten auch Fertigarzneimittel verordnet, dürften diese Umsätze ebenfalls dem Zweckbetrieb zuzuordnen und damit ertragsteuerfrei sein. In diesem Fall ist bei einer Umsatzsteuerpflicht der Fertigarzneimittelabgabe der ermäßigte Umsatzsteuersatz von 7 % anzuwenden (§ 12 Abs. 2 lit. a UStG).

Max Hoffmann
M.Sc.

Köln
02203 . 8997-375 m.hoffmann@solidaris.de

Ulrich Schulte
Steuerberater

Köln
02203 . 8997-182 u.schulte@solidaris.de

Geplante Verschärfung des Grunderwerbsteuergesetzes – Aktueller Entwurf der Bundesregierung

Von Max Hoffmann und Markus Rohwedder

Mit dem nun vorliegenden Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Änderung des Grunderwerbsteuergesetzes zeichnet sich eine weitere Verschärfung der Grunderwerbsteuer ab. Die geplanten Neuregelungen sind auch für steuerbegünstigte („gemeinnützige") Kapitalgesellschaften relevant, da das Grunderwerbsteuergesetz anders als die Vorschriften zu den Ertragsteuern keine steuerliche Vergünstigung für diese Körperschaften kennt. Nachdem in den vergangenen Jahren durch eine zum Teil drastische Erhöhung des Grunderwerbsteuersatzes in den meisten Bundesländern der direkte Immobilienerwerb stärker belastet wurde, nimmt die Bundesregierung nun verstärkt sog. „Share Deals" in den Blick, also nicht unmittelbare Veräußerungsgeschäfte über Grundbesitz, sondern die Übertragung von Anteilen an grundbesitzenden Kapitalgesellschaften.

Bislang sah das Grunderwerbsteuergesetz eine Belastung mit Grunderwerbsteuer vor, wenn 95 % oder mehr der Geschäftsanteile an einer grundbesitzhaltenden Kapitalgesellschaft unmittelbar oder mittelbar in einer Hand vereinigt oder wenn bereits derart vereinigte Anteile en bloc veräußert wurden. Nach dem vorliegenden Regierungsentwurf soll diese Grenze künftig auf 90 % abgesenkt werden. Die sog. „Konzernklausel" nach § 6a GrEStG bleibt hiervon jedoch unberührt: Auch künftig ist für die grunderwerbsteuerliche Vergünstigung relevanter Umwandlungsvorgänge innerhalb einer Beteiligungsstruktur neben den Vor- und Nachbehaltensfristen von fünf Jahren auch künftig eine Beteiligung von mindestens 95 % erforderlich.

Eine weitere deutliche Verschärfung für Kapitalgesellschaften ist durch die Einführung einer neuen Regelung in § 1 Abs. 2b GrEStG-E zu erwarten, welche den bereits für Personengesellschaften bestehenden Vorschriften (§ 1 Abs. 2a GrEStG) nachgebildet ist. Demnach soll künftig Grunderwerbsteuer anfallen, wenn innerhalb eines Zeitraums von zehn Jahren mindestens 90 % der Anteile an einer grundbesitzhaltenden Kapitalgesellschaft unmittelbar oder mittelbar übertragen werden. Für die Besteuerung nach dem neuen § 1 Abs. 2b GrEStG-E ist nicht relevant, wie hoch die Beteiligungsquote eines Erwerbers ist; allein die (mittelbare oder unmittelbare) Änderung im Gesellschafterbestand reicht für eine Besteuerung aus. Steuerschuldner aus diesem neuen Ergänzungstatbestand soll die grundbesitzhaltende Kapitalgesellschaft sein.

Insbesondere diese Neuregelung wird in Zukunft eine erhebliche Hürde für Transaktionen und Unternehmensnachfolgen bedeuten, da bei jeder Veräußerung von Geschäftsanteilen an grundbesitzenden Kapitalgesellschaften zu prüfen sein wird, ob sich dadurch innerhalb eines Zehnjahreszeitraums der Gesellschafterbestand – unmittelbar oder mittelbar – grunderwerbsteuerrelevant verändert.

Die Bundesregierung sieht in ihrem Gesetzentwurf aber nicht nur Änderungen des materiellen Grunderwerbsteuerrechts vor. Auch die Verfahrensvorschriften sollen spürbar verschärft werden. Bereits jetzt hat der Steuerschuldner der Grunderwerbsteuer nach § 19 GrEStG innerhalb von zwei Wochen nach erlangter Kenntnis Anzeige über den jeweiligen grunderwerbsteuerpflichtigen Tatbestand beim zuständigen Finanzamt zu erstatten. Diese Verpflichtung trifft nach den neuen Regelungen auch die Kapitalgesellschaften, deren Gesellschafterbestand sich im Sinne von § 1 Abs. 2b GrEStG-E innerhalb eines Zehnjahreszeitraums zu mindestens 90 % geändert hat. Kommt der Steuerpflichtige dieser Anzeigepflicht nicht rechtzeitig, also innerhalb der Zwei-Wochen-Frist nach, kann das Finanzamt einen Verspätungszuschlag festsetzen. Der Verspätungszuschlag beträgt nach § 152 AO 0,25 % der festgesetzten Steuer pro Verspätungsmonat. Die allgemeine Begrenzung des Verspätungszuschlags auf insgesamt 25.000 EUR nach § 152 Abs. 10 AO soll gemäß dem Regierungsentwurf für die Grunderwerbsteuer künftig nicht mehr zur Anwendung kommen.

Die geplanten Änderungen sollen – wenn das Gesetz so beschlossen wird – zum 1. Januar 2020 in Kraft treten, so dass die neuen Regelungen grundsätzlich für Erwerbsvorgänge anzuwenden sind, die nach dem 31. Dezember 2019 stattfinden. Wichtig sind in diesem Zusammenhang die diffizilen zeitlichen Anwendungsregelungen, die klären, wie mit zeitlich um diesen Stichtag herum gestreckten Vorgängen

zu verfahren ist. Klar ist, dass relevante Vorgänge, bei denen sowohl das schuldrechtliche Verpflichtungsgeschäft („Signing") als auch die Erfüllung des Geschäfts („Closing") noch im Jahr 2019 abgeschlossen wurden, noch nicht unter die Neuregelungen fallen. Hinsichtlich der Frage, welche Anteilsveräußerungen unter die Neuregelung des § 1 Abs. 2b GrEStG-E fallen, sehen die Übergangsregelungen vor, dass solche Veräußerungen, deren „Signing" ein Jahr vor der Einbringung des Gesetzesentwurf ins Parlament und deren „Closing" bis zu einem Jahr nach diesem Stichtag erfolgten, nicht als relevante Anteilsveräußerungen zu berücksichtigen sind.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Regelungen zum „alten" Grunderwerbsteuergesetz weiter gelten sollen; dies hat zur Folge, dass eine steuerfreie Aufstockung von Beteiligungen zwischen 90 % und 95 % nicht möglich sein soll.

Fazit

Die vorgesehenen Änderungen des Grunderwerbsteuergesetzes haben seit Bekanntwerden im Rahmen des Jahressteuergesetzes 2019 bereits erhebliche Kritik erfahren und sind auch politisch hoch umstritten. Sollte das Gesetz wie im Entwurf vorgesehen beschlossen werden, wird es in Zukunft deutlich schwieriger bzw. teurer, nennenswerte Beteiligungen an grundbesitzenden Kapitalgesellschaften zu veräußern. Insbesondere Trägerwechsel im gemeinnützigen Sektor werden hiermit künftig erschwert. Für die wirtschaftlich sinnvolle Weiterentwicklung gemeinnütziger Trägerstrukturen in einem in vielen Bereichen schwieriger werdenden Marktumfeld werden die steuerlichen Hürden einmal mehr höher gelegt. Gerne unterstützen wir Sie bei der grunderwerbsteuerlich optimalen Gestaltung geplanter Transaktionen.

Max Hoffmann
M.Sc.

Köln
02203 . 8997-375 m.hoffmann@solidaris.de

Markus Rohwedder
Steuerberater

Köln
02203 . 8997-226 m.rohwedder@solidaris.de

Anforderungen an elektronische Kassensysteme zum Schutz vor Manipulation der Kassenaufzeichnungen

Von Max Hoffmann und Carsten Schulz

Mit BMF-Schreiben vom 17. Juni 2019 – IV A 4 - S 0316-a/18/10001 – wurde der Anwendungserlass zu § 146a AO veröffentlicht. Hierbei handelt es sich um eine Vorschrift, die bereits am 22. Dezember 2016 durch das Gesetz zum Schutz vor Manipulationen an digitalen Grundaufzeichnungen (Kassengesetz) zusammen mit weiteren Neuregelungen zu elektronischen Kassensystemen in die Abgabenordnung eingefügt wurde und erstmals für Kalenderjahre nach dem 31. Dezember 2019 anzuwenden ist.

§ 146a AO fordert, dass die aufzeichnungspflichtigen Geschäftsvorfälle und anderen Vorgänge einzeln, vollständig, richtig, zeitgerecht und geordnet aufgezeichnet und somit die Grundsätze zur ordnungsmäßigen Führung und Aufbewahrung von Büchern, Aufzeichnungen und Unterlagen in elektronischer Form sowie zum Datenzugriff (GoBD) auch im Bereich der Kassenführung erfüllt werden. Die Neuregelungen sollen die Manipulation digitaler Aufzeichnungen bei Bareinnahmen erschweren. Der Gesetzgeber hat damit auf den zunehmenden Einsatz von Manipulationssoftware und die nach internen Schätzungen der Finanzverwaltung hierdurch jährlich entstehenden Steuerausfälle in Milliardenhöhe reagiert.

Um Manipulationen an den zu erhebenden Einzelaufzeichnungen – sei es durch spezielle Software, die Stornierung bzw. Löschung von Buchungsvorgängen oder die Nutzung des Kassensystems im sogenannten Trainingsmodus zur Vermeidung von Aufzeichnungen – zukünftig zu unterbinden, fordert der Gesetzgeber im Wesentlichen die Ergänzung der Kassensysteme bzw. Registrierkassen um eine sogenannte technische Sicherheitseinrichtung (TSE; siehe auch Solidaris-Information 2/2019). Das nun vorliegende BMF-Schreiben soll mit weiteren Begriffsdefinitionen sowie ergänzenden Ausführungen zum § 146 a AO weitere Klarheit bringen. Durch die technische Sicherheitseinrichtung

soll die Integrität, Authentizität und Vollständigkeit der Aufzeichnungen gewährleistet werden, weshalb insbesondere die gestellten Anforderungen an die Protokollierung ausführlich erläutert werden. Das BMF geht dabei unter anderem auf die Begriffe Vorgang, Transaktion, Geschäftsvorfall und anderer Vorgang näher ein. Bei einem Ausfall der technischen Sicherheitseinrichtung sind die Ausfallzeiten und der Ausfallgrund zu protokollieren, wobei diese Protokollierung auch durch die Einrichtung automatisiert erfolgen kann. Zudem werden die Mindestangaben auf dem ausgabepflichtigen Beleg vornehmlich durch Verweise auf die Kassensicherungsverordnung nochmals zusammengefasst.

Seminar-Tipp
Steuer-Update für Non-Profit-Organisationen
› 19.09.2019 – München
› 03.12.2019 –Berlin

Über die einheitliche digitale Schnittstelle sind die elektronischen Daten zukünftig im Rahmen von steuerlichen Außenprüfungen nach § 193 AO und von Kassen-Nachschauen nach § 146b AO dem Amtsträger zur Verifikation der Protokollierung zur Verfügung zu stellen.

Darüber hinaus werden die Mitteilungspflichten nach § 146a Abs. 4 AO für elektronische Kassensysteme i. S. d. Gesetzes und der Kassensicherungsverordnung konkretisiert. Demnach hat der Steuerpflichtige oder die von ihm bevollmächtigte Person die In- bzw. Außerbetriebnahme eines elektronischen Kassensystems binnen eines Monats unter Angabe der Steuernummer der Finanzverwaltung zu melden. Diese Meldung muss folgende Angaben beinhalten:

› Zertifizierungs-ID sowie Seriennummer der zertifizierten technischen Sicherheitseinrichtung,
› Art des verwendeten Systems sowie
› die Anzahl der insgesamt eingesetzten Systeme (bei Verbundsystemen mit mehreren Geräten ist jedes Gerät einzeln aufzuführen).

Die Meldung hat je Betriebsstätte zu erfolgen, so dass jedes Gerät eindeutig einer einzelnen Betriebsstätte zuordenbar ist. Für Kassensysteme bzw. Registrierkassen, die vor dem 1. Januar 2020 angeschafft wurden, ist die Meldung bis zum 31. Januar 2020 abzugeben.

Zur Vermeidung unbilliger Härten gilt eine Übergangsregelung hinsichtlich vorhandener elektronischer Kassensysteme und Registrierkassen: Nach dem 25. November 2010 und vor dem 1. Januar 2020 angeschaffte Registrierkassen, die den Anforderungen des BMF-Schreibens vom 26. November 2010 entsprechen und die bauartbedingt nicht mit einer technischen Sicherheitseinrichtung aufrüstbar sind, dürfen bis zum 31. Dezember 2022 weiter verwendet werden.

Der Einsatz einer sogenannten offenen Ladenkasse bleibt weiterhin erlaubt. Zu beachten ist jedoch bereits seit 1. Januar 2017, dass Kasseneinnahmen und Kassenausgaben täglich festzuhalten sind (§ 146 Abs. 1 Satz 2 AO). Betreiber von nicht-elektronischen Kassen sind zudem generell von der in § 146a Abs. 2 AO normierten und ebenfalls ab dem 1. Januar 2020 geltenden Belegausgabepflicht, also der Übergabe eines Belegs über den Geschäftsvorfall an den barzahlenden Kunden, befreit.

Sofern Steuerpflichtige elektronische Kassensysteme i. S. d. Gesetzes einsetzen, können sie als Betreiber bei einem Verkauf von Waren an eine Vielzahl unbekannter Personen auf Antrag eine widerrufliche Befreiung von der Belegausgabepflicht erreichen, wenn sie eine sachliche oder persönliche Härte gegenüber den Finanzbehörden nachweisen können (§ 146a Abs. 2 Satz 2 AO).

Praxis-Hinweis
Ab 1. Januar 2020 müssen elektronische Aufzeichnungssysteme (elektronische oder computergestützte Kassensysteme oder Registrierkassen) grundsätzlich über eine zertifizierte technische Sicherheitseinrichtung (TSE) verfügen. Ab dann gelten auch Meldepflichten über den Einsatz solcher Systeme (Meldung ausschließlich mittels amtlich vorgeschriebenen Vordrucks). Für bereits vorhandene Kassensysteme gilt die besondere Meldefrist bis zum 31. Januar 2020. Es gelten Übergangsregeln für nach dem 25. November 2010 und vor dem 1. Januar 2020 angeschaffte Registrierkassen. Der Einsatz einer offenen Ladenkasse bleibt weiter erlaubt.

Max Hoffmann
M.Sc.

Köln
02203 . 8997-375 m.hoffmann@solidaris.de

Carsten Schulz
Steuerberater

Berlin
030 . 72382-448 c.schulz@solidaris.de

Deutsche Honorarordnung für Architekten verstößt gegen EU-Recht

Von Justus Kampp

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat in seinem vielbeachteten Urteil vom 4. Juli 2019 – C-377/17 – die Mindest- und Höchstsatzhonorare für Architekten und Planer nach der Verordnung über die Honorare für Architekten- und Ingenieurleistungen (HOAI) für europarechtswidrig erklärt. Welche Folgen das Urteil für Bauherren bei laufenden und künftigen Verträgen hat, ist umstritten.

Die HOAI ist bindendes Preisrecht. Sie schreibt vor, dass Planer ihre Leistungen nur zu Honoraren erbringen dürfen, die zwischen festgelegten Mindest- und Höchstsätzen liegen. Alles andere ist grundsätzlich unzulässig. Verstöße gegen die Mindestsätze und Höchstsätze können daher im Wege sogenannter „Aufstockungsklagen" bzw. „Höchstsatzklagen" (bislang) eingeklagt werden. Der EuGH hat nun aber sowohl die Mindestsätze als auch die Höchstsätze als verbindliche Preisrahmen „gekippt".

Weiterhin Bestand haben alle wirksamen Verträge, die entweder die Mindestsätze vorsehen oder sich zulässig im Preisrahmen selbst bewegen. Nur der Verbindlichkeit der Mindest- oder Höchstsätze hat der EuGH den Boden entzogen. Doch können sich nunmehr Planer weiterhin auf eine Mindestsatzunterschreitung berufen? Hier sind zwei Fälle zu unterscheiden: Altfälle und Neuverträge nach dem EuGH-Urteil.

Grundsätzlich ist mit dem OLG Celle (Urteil vom 23. Juli 2019 – 14 U 182/18) sowie verschiedenen Instanzgerichten (z.B. LG Dresden, Beschluss vom 8. Februar 2018 – 6 O 1751/15) davon auszugehen, dass die Gerichte das EuGH-Urteil auch in Bezug auf Altfälle zwingend zu beachten haben und daher Aufstockungs- und Höchstsatzklagen der Boden entzogen sein dürfte, wenn bei Auftragserteilung eine schriftliche Honorarvereinbarung getroffen wurde.

Die Gegenansicht des OLG Hamm (Urteil vom 23. Juli 2019 – 21 U 24/18), dass das EuGH-Urteil keine unmittelbare Bindungswirkung entfalte, wirft schon mit Blick auf Art. 260 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) und der Rechtsprechung hierzu, wonach Feststellungsurteile des EuGH die Mitgliedstaaten und deren Einrichtungen (auch Gerichte) binden, erhebliche Fragen auf. Auch der vom EuGH festgestellte Verstoß gegen Art. 15 II lit. g der Dienstleistungsrichtlinie 2006/123/EG dürfte wohl für eine unmittelbare Bindungswirkung sprechen.

Seminar-Tipp
Das Bauvertragsrecht 2018 in der Praxis
› 22.10.2019 – Würzburg
› 23.10.2019 – München

Letztlich wird der BGH oder erneut der EuGH über das Urteil des OLG Hamm zu entscheiden haben. Bis dahin werden Honorarstreitigkeiten aus Altverträgen zumindest nicht gerichtlich klärbar sein, da die Verfahren nach § 148 ZPO ausgesetzt werden dürften. Rechtsicherheit wird es also zunächst nicht geben.

Geht man davon aus, dass das Urteil des EuGH zumindest über die Gerichte eine mittelbare Bindungswirkung entfaltet, dann dürften bei Auftragserteilung abgeschlossene Neuverträge, die bewusst oder unbewusst Mindest- oder Höchstsatzverstöße enthalten, letztlich unangreifbar sein. Flankierend kann man, wie das LG Dresden anmerkt, nunmehr auch eine Mindest- oder Höchstsatzforderung als treuwidrig in Abrede stellen, darf doch nunmehr das Wissen um die europarechtliche Unverbindlichkeit bei den Parteien vorausgesetzt werden. Damit wird deutlich, dass durch das EuGH-Urteil insbesondere die bislang häufig angreifbaren Pauschalhonorare an Bedeutung gewinnen und sich für Bauherren als Gestaltungsinstrument zur Kostenklarheit anbieten könnten.

Gültig bleiben auch weiterhin alle Verträge, die dem Planer entweder die Mindestsätze oder ein Honorar im Preisrahmen verbindlich zusagen. Wer also bei Auftragserteilung seinen Planern weiterhin das Mindesthonorar verspricht, wird sich weiterhin daran halten müssen.

Besonderes Augenmerk verdient daher weiterhin die Regelung des § 7 Abs. 5 HOAI. Diese besagt, dass die Mindestsätze immer dann gelten, wenn die Parteien bei Auftragserteilung nicht anderes vereinbart haben. In der Praxis wird häufig (leichtfertig) gegen das Kriterium „bei Auftragserteilung" verstoßen. Die Rechtsprechung ist allerdings in Bezug

auf dieses Zeitkriterium sehr streng. Die Folge: Trotz des EuGH-Urteils gelten die Mindestsätze als vereinbart. Eine Aufstockung ist dann also weiterhin denkbar.

Öffentliche Auftraggeber oder dem Vergaberecht unterworfene Zuwendungsempfänger dürfen seit dem EuGH-Urteil Mindest- und Höchstsätze bei der Ermittlung des wirtschaftlichsten Angebots im Rahmen des § 127 Abs. 2 GWB nicht mehr beachten. Dies folgt aus Art. 260 AEUV. Angebote, die das Mindesthonorar unterschreiten, dürfen also künftig nicht mehr ausgeschlossen werden. Gleichwohl darf der öffentliche Auftraggeber die Honorarbildung weiterhin im Preisrahmen der HOAI vornehmen und sich weiterhin an den vom EuGH unangetasteten Leistungsbildern der HOAI orientieren. Das EuGH-Urteil verschafft erstmals im Rahmen der Vergabe sogar die Möglichkeit, Abschläge auf Honorare zum Gegenstand eines Preiswettbewerbs im Rahmen der Zuschlagskriterien zu machen.

Da keine verbindlichen Mindestsätze mehr gelten, sind aber künftig ungewöhnlich niedrige Angebote im Vergabeverfahren entsprechend § 60 VgV aufzugreifen und gegebenenfalls abzulehnen.

Praxis-Hinweis

Das EuGH-Urteil bringt das Gefüge des für Architekten und Planer geltenden Honorarrechts deutlich ins Wanken. Mindest- und Höchstsätze dürften, soweit sich nicht die Rechtsauffassung des OLG Hamm durchsetzt, bis auf Weiteres unverbindlich sein, es sei denn, die Vertragsparteien legen sich auf sie fest. Ob der Gesetz- und Verordnungsgeber die HOAI modifiziert oder gar tauglich verbindliche Mindest- und Höchstsätze wieder festzusetzen vermag, ist derzeit mehr als unklar. Bauherren sind mehr denn je gehalten, zwei entscheidende Punkte zu beachten: Architekten- und Planerverträge sind zeitnah bei Auftragserteilung zu schließen und die Honorarvereinbarungen sind stets einer kritischen Prüfung zu unterziehen.

Justus Kampp
Rechtsanwalt

Freiburg
0761 . 79186-45 j.kampp@solidaris.de

BERATUNG AKTUELL

§-8a-BSIG-Prüfungen der KRITIS-Betreiber – Lessons Learned

Von Ingo Kreutz und Oliver Schikora

Mit dem im Juli 2015 in Kraft getretenen IT-Sicherheitsgesetz werden Betreiber kritischer Infrastrukturen (KRITIS) dazu verpflichtet, einen angemessenen IT-Schutz „gemäß dem aktuellen Stand der Technik" zu implementieren. Welche Krankenhäuser unter die Regelungen des IT-Sicherheitsgesetzes fallen, wurde mit der ersten Verordnung zur Änderung der BSI-Kritisverordnung (BSI-KritisV), die am 30. Juni 2017 in Kraft getreten ist, bekanntgegeben. Demnach wurde für Krankenhäuser ein Schwellenwert von 30.000 stationären Fällen pro Jahr festgelegt. Es ist davon auszugehen, dass zwischen 5 und 10 % der Krankenhausbetreiber hierunter fallen. Die Betreiber kritischer Infrastrukturen werden verpflichtet, spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung angemessene organisatorische und technische Vorkehrungen zur Vermeidung von Störungen der Verfügbarkeit, Integrität, Authentizität und Vertraulichkeit ihrer informationstechnischen Systeme, Komponenten und Prozesse zu treffen. Bis zum 30. Juni 2019 mussten die Betreiber erstmals Prüfungsnachweise beim Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) einreichen. Die Solidaris Revisions-GmbH als vom BSI anerkannte prüfende Stelle hat entsprechende Prüfungen mit Auditoren-Teams durchgeführt, die neben der Prüfverfahrenskompetenz nach § 8a BSIG auch Auditerfahrung und die erforderliche die Branchenkompetenz besitzen. Auf Basis unserer Erfahrung aus diesen Prüfungen beleuchten wir typische Fallstricke für die Kritis-Betreiber und stellen Best-Practice-Ansätze vor.

In den überwiegenden Fällen wurde seitens der Betreiber der „Branchenspezifische Sicherheitsstandard für die Gesundheitsversorgung im Krankenhaus" (B3S) in der Version 1.0 vom 2. April 2019 als Prüfungsgrundlage gewählt. In einigen wenigen Fällen hatten sich die Betreiber bei der Vorbereitung auf die entsprechende Prüfung sowohl an den Anforderungen nach ISO/IEC 27001 als auch am B3S orientiert. Erschwerend kam auf der Zielgeraden hinzu, dass der B3S im Vergleich zu der im Dezember 2018 veröffentlichten Fassung (Version 0.86) signifikante Änderungen bei der

Einstufung von „MUSS“- und „SOLL“-Kriterien erfahren hat. Auch wenn keine konkrete Verpflichtung zur Anwendung des B3S besteht, hat dies in vielen Fällen zu zusätzlichem Aufwand bei den Betreibern geführt.

Im Rahmen unserer Prüfungen zeigte sich, dass insbesondere die nicht-technischen Maßnahmen – hier insbesondere die Dokumentation – im Hinblick auf die Vorbereitung der Prüfung angepasst bzw. entwickelt werden mussten. Wir konnten in diesem Zusammenhang bereits im Rahmen früherer GAP-Analysen feststellen, dass die Informationstechnik sowie zu ergreifende Sicherheitsmaßnahmen (Firewall, Antivirenlösungen etc.) vielfach den Anforderungen entsprechen. Eine Herausforderung stellt jedoch oftmals das interdisziplinäre Zusammenwirken der verschiedenen Berufsgruppen von der IT über die Medizintechnik bis hin zur Pflege und Ärzteschaft im Kontext der Informationssicherheit dar. Insofern war es auch wenig überraschend, dass insbesondere die den Geltungsbereich „stationäre medizinische Versorgung“ betreffenden kritischen Systeme nicht in allen Fällen durch Notfallpläne bzw. Notbetriebsbeschreibungen für geplante und ungeplante Ausfälle abgesichert waren. In den Schnittstellen zwischen der IT und den jeweiligen Fachbereichen offenbarten sich im Rahmen unserer Prüfungen die häufigsten Mängel und Kommunikationsprobleme.

Der vorliegende B3S legt mit insgesamt 37 Anforderungen zum Risikomanagement unter anderem einen Schwerpunkt auf eine ganzheitliche, koordinierte Betrachtung der Risiken. Dabei müssen alle Informationswerte, die innerhalb des B3S-Geltungsbereichs genutzt werden und eine Auswirkung auf Funktionsfähigkeit der Systeme und somit die Informationssicherheit haben könnten, berücksichtigt werden. Im Rahmen der Prüfungen zeigte sich, dass insbesondere die ganzheitliche Betrachtung von medizinischen, betriebswirtschaftlichen und Informationssicherheits-Risiken oftmals noch nicht geben war. Entscheidend ist vor diesem Hintergrund, dass zumindest ein einheitlicher Bewertungsmaßstab gewählt wurde, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse dieser drei unterschiedlichen Risikomanagementsysteme zu gewährleisten.

Um eine nachhaltige Verbesserung des Informationssicherheitsniveaus innerhalb der Krankenhäuser zu erreichen, bedarf es eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Im

Top 5 unserer Prüfungsfeststellungen

1. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Kontext der Informationssicherheit ist verbesserungswürdig.
2. Notfallpläne und Notbetriebsbeschreibungen für geplante und ungeplante Ausfälle kritischer Systeme konnten oftmals nicht vollständig vorgelegt werden.
3. Flächendeckende Notfallübungen die kritischen Systeme betreffend wurden oftmals nicht durchgeführt.
4. Das ISMS-Risikomanagement ist oftmals nicht in ein bestehendes Risikomanagement integriert.
5. Die vorgeschriebene Dokumentation wird oftmals vernachlässigt.

Rahmen unserer Prüfungen zeigte sich, dass insbesondere diejenigen Betreiber, die den aktuellen Umsetzungsstand der Maßnahmen des B3S mittels eines Reifegradmodells abgebildet haben, im Hinblick auf die Dokumentationsanforderungen sehr gute Ergebnisse erzielten.

Praxis-Hinweis

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Umsetzung der Anforderungen „gemäß dem aktuellen Stand der Technik“ nach dem IT-Sicherheitsgesetz den entsprechenden Betreibern zu einem deutlichen „Schub“ verholfen hat. Es bleibt abzuwarten, inwieweit sich diese Entwicklung künftig verstetigt und ob sie bei allen Beteiligten zu einer höheren Sensibilisierung für die Thematik führt. Gerne unterstützen wir Sie bei der Vorbereitung auf eine entsprechende Prüfung nach § 8a BSIG oder führen diese bei Ihnen durch. In der Funktion eines Informationssicherheitsbeauftragten in Ihrem Unternehmen sind wir gern behilflich bei der Umsetzung der Anforderungen des Branchenstandards (B3S).

Ingo Kreutz
Diplom-Wirtschaftsinformatiker
Certified Information Systems Auditor (CISA)
Certified Information Security Manager (CISM)

Köln
02203 . 8997-217 i.kreutz@solidaris.de

Oliver Schikora
Diplom-Betriebswirt (FH), Certified Information Systems Auditor (CISA), IT-Auditor (IDW), IT-Security-Beauftragter

Köln
02203 . 8997-228 o.schikora@solidaris.de

Intersektorale Gesundheitszentren – Chance für kleine Krankenhäuser?!

Von Claudia Schürmann-Schütte und Melina Tilling

Die gegenwärtigen Versorgungsstrukturen des deutschen Gesundheitssystems sind nach wie vor durch eine starke Fragmentierung gekennzeichnet. Gleichzeitig bringen sowohl der demografische als auch der strukturelle Wandel insbesondere für kleine Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen große Herausforderungen mit sich. Dies ist verbunden mit einer fortwährenden Diskussion über den Einsatz neuer Versorgungsformen. Ein Themenschwerpunkt ist dabei die Betrachtung des potenziellen Mehrwerts innovativer Versorgungskonzepte hinsichtlich der Steigerung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, in dessen Zuge zum einen die Alterung der Bevölkerung und zum anderen aufgrund der medizinisch-technologischen Entwicklung eine gestiegene und weiterhin steigende Lebenserwartung zu beobachten ist, besteht weiterer Handlungsbedarf. Das Krankheitsspektrum hat sich hin zu Multimorbidität und vermehrt chronischen Erkrankungen gewandelt. Aufgrund der veränderten Krankheitsbilder und der Differenzierung medizinischer Fachdisziplinen ist es erforderlich, dass der Informationsaustausch an den Schnittstellen der einzelnen Versorgungssektoren koordiniert und optimiert wird. Insbesondere im Hinblick auf eine patientenorientierte Struktur im Versorgungsprozess bedeutet dies, dass der Patient hinsichtlich des Ressourceneinsatzes möglichst effektiv und effizient durch das Gesundheitssystem gelotst werden sollte. Bezüglich der Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum und in strukturell schwächeren Regionen stellen diese Entwicklungen zusätzliche Herausforderungen dar.

Der Gesetzgeber hat darauf reagiert und Möglichkeiten eröffnet, Versorgungsformen zu entwickeln, die über die bislang im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) enthaltenen Formen hinausgehen. Bereits im SGB V definierte Handlungsformen, mit denen die qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in Deutschland sichergestellt werden soll, umfassen zum Beispiel die besondere Versorgung nach § 140a SGB V, Modellvorhaben nach §§ 63 – 65 SGB V sowie Medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB V.

Wie aktuelle Studienergebnisse der Oberender AG in Zusammenarbeit mit einem Team der Universität Bayreuth – beauftragt durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung – belegen, bietet eine Erweiterung der ambulanten Versorgung, insbesondere in ländlichen Gebieten, hin zu ambulanten Versorgungszentren und damit der Bündelung der Versorgungsaktivitäten hohes Potenzial im Rahmen der Bemühungen, einerseits die Gesundheitsversorgung auf dem Land sicherzustellen und anderseits die dortige Versorgungsqualität auf einem adäquaten Niveau zu halten. Im Rahmen der Studie wurde das Konzept der intersektoralen Gesundheitszentren (IGZ) untersucht. Es handelt sich dabei um ein Versorgungskonzept, das einerseits die klassische ambulante Versorgung und andererseits die erweiterte ambulante Versorgung umfasst. Die sogenannten Kernleistungen erstrecken sich auf allgemeinärztliche, internistische und weitere konservative Angebote durch niedergelassene Ärzte und qualifiziertes Pflegepersonal.

Durch eine Verankerung der IGZ im ambulanten Sektor wird es möglich, zukünftig Leistungen ambulant zu erbringen, die gegenwärtig noch stationär erbracht werden. Durch den Zusammenschluss zu bzw. die Umwandlung in ambulante Zentren wird das Ziel verfolgt, Krankenhäuser an strukturschwachen Standorten zu stärken und darüber hinaus eine Verbesserung und gesteigerte Bedürfnisorientierung des medizinischen Angebotes sowie eine Aufrechterhaltung und Steigerung des Qualitätsniveaus der wohnortnahen Versorgung zu ermöglichen. Insgesamt zielt das Konzept darauf ab, kleine Krankenhäuser vor der Schließung zu bewahren und ihr langfristiges Fortbestehen sicherzustellen. Als Voraussetzung für infrage kommende Krankenhäuser gilt, dass sich die entsprechende Einrichtung sowohl in öffentlicher Trägerschaft befindet als auch der Grund- und Regelversorgung angehören muss. Die Bettenzahl sollte im Idealfall zwischen 51 und 150 Betten liegen.

Während zur Finanzierung innovativer Versorgungsformen bereits diverse Modelle existieren, herrscht hinsichtlich möglicher Finanzierungsstrukturen von IGZ bislang noch Unklarheit. Zwar wird im Rahmen der oben genannten Studie vorgeschlagen, die Finanzierung ähnlich der ambulanten Versorgung über Verträge der integrierten Versorgung abzubilden, jedoch ist der Versuch einer

sinnvollen bzw. geeigneten Verknüpfung der Vergütungssysteme des ambulanten und stationären Sektors bislang nicht gelungen.

Insgesamt herrscht hohe Einigkeit darüber, dass das Versorgungskonzept der IGZ zur Erreichung der Sicherstellung von Versorgungsstrukturen sowie der Aufrechterhaltung des Niveaus der Versorgungsqualität eine mögliche zukunftsfähige Alternative für kleine, von der Schließung bedrohte, Krankenhäuser im ländlichen Raum darstellt. In Bezug auf die Finanzierungssystematik ist jedoch weiterhin erheblicher Entwicklungsaufwand erforderlich.

Praxis-Hinweis

Während ein Finanzierungsmodell in Anlehnung an das System des ambulanten Sektors angewandt werden könnte, ist der grundsätzliche Ablauf der Etablierung des Konzeptes fraglich. Da bislang noch kein konkretes bzw. idealtypisches Anwendungsbeispiel existiert und in diesem Zusammenhang quasi Pionierarbeit geleistet werden muss, ist es ratsam, den Transformationsprozess keinesfalls „nebenherlaufen zu lassen", sondern nach Möglichkeit professionelle Unterstützung hinzuziehen. So gelingt einerseits die strukturierte Vorgehensweise (Abwicklungsprozess) und andererseits die Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung diverser Umstrukturierungsmaßnahmen, auch durch Fördermittel (z. B. aus dem Krankenhausstrukturfonds). Unabhängig davon kann kleinen Häusern empfohlen werden zu prüfen, ob alternative bzw. innovative Versorgungsformen eine lohnende Entwicklungsperspektive darstellen. Insbesondere in Bezug auf den potenziellen Verlust der stationären Strukturen ist eine Umwandlung der betreffenden Krankenhäuser in eine Fachklinik als Möglichkeit der Profilschärfung denkbar.

Dipl.-Kffr. Claudia Schürmann-Schütte
Wirtschaftsprüferin, Steuerberaterin

Köln
02203 . 8997-502 c.schuermann-schuette@solidaris.de

Melina Tilling, M. A.

Köln
02203 . 8997-521 m.tilling@solidaris.de

Sicherstellungszuschläge – Finanzieller Zuschuss für Krankenhäuser in ländlichen Regionen

Von Anna Katharina Neumann

Aufgrund der niedrigen Einwohnerdichte und der damit verbundenen geringen Anzahl an Behandlungsfällen können Plankrankenhäuser in ländlich geprägten Gebieten die Kosten für die Vorhaltung sogenannter basisversorgungsrelevanter Leistungen häufig nicht allein durch die DRG-Vergütung (Fallpauschalen und Zusatzentgelte) decken. Vor diesem Hintergrund sowie zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung hat der Gesetzgeber für betroffene Krankenhäuser die Möglichkeit geschaffen, mit den Kostenträgern einen Sicherstellungszuschlag gemäß § 5 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zu vereinbaren. Hierzu hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) notwendige Erfüllungsvoraussetzungen festgelegt (Sicherstellungszuschläge-Regelungen).

Zunächst ist es erforderlich, dass die Klinik in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes aufgenommen ist, im Rahmen ihres Versorgungsauftrags die Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie als eigenständige Organisationseinheiten vorhält und an der Notfallversorgung teilnimmt. Für die Fachabteilungen Geburtshilfe bzw. Gynäkologie und Geburtshilfe sowie mittelbar für die Kinder- und Jugendmedizin können ebenfalls Sicherstellungszuschläge vereinbart werden (vgl. § 5 Sicherstellungszuschläge-Regelungen). Eine weitere Voraussetzung ist, dass das Krankenhaus für das Jahr vor der Vereinbarung einen Jahresfehlbetrag ausweist (vgl. § 9 Sicherstellungszuschläge-Regelungen).

Mit Hilfe eines Sicherstellungszuschlags können nur Defizite ausgeglichen werden, die nicht auf eine unwirtschaftliche Betriebsführung zurückzuführen sind, sondern auf einen geringen Versorgungsbedarf. Gemäß den Regelungen des G-BA liegt ein geringer Versorgungsbedarf vor, wenn die durchschnittliche Einwohnerdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses einen Wert von 100 Einwohnern je Quadratkilometer unterschreitet. Für die Fachabteilung Geburtshilfe bzw. Gynäkologie und Geburtshilfe darf die durchschnittliche Bevölkerungsdichte einen Wert von 20

Solidaris

Jetzt unser aktuelles Seminarangebot **entdecken.**

solidaris.de/seminare

Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren je Quadratkilometer nicht überschreiten (vgl. § 4 Sicherstellungszuschläge-Regelungen).

Eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung wird dann angenommen, wenn das betrachtete Krankenhaus für die Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar ist. Gemäß den Regelungen des G-BA gilt eine Klinik für die Basisversorgung als unverzichtbar, wenn im Falle ihrer Schließung zusätzlich mindestens 5.000 Einwohner mehr als 30 Pkw-Fahrzeitminuten benötigen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen. Im Falle der Fachabteilung Geburtshilfe bzw. Gynäkologie und Geburtshilfe liegt der Grenzwert bei 950 Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren, die mehr als 40 Pkw-Fahrzeitminuten bis zum nächsten geeigneten Krankenhaus aufwenden müssen (vgl. § 3 Sicherstellungszuschläge-Regelungen).

Für die Beantragung eines Sicherstellungszuschlags müssen insbesondere zwei Strukturkriterien erfüllt sein: Zum einen ist zu prüfen, ob ein geringer Versorgungsbedarf vorliegt, zum anderen muss bei einer Schließung des betrachteten Krankenhauses die flächendeckende Versorgung gefährdet sein. Im Folgenden soll die tiefergehende Prüfung dieser beiden Kriterien veranschaulicht werden.

Zunächst wird untersucht, ob das wirtschaftlich gefährdete Krankenhaus innerhalb eines Gebietes mit einem geringen Versorgungsbedarf liegt. Abhängig von der Fachabteilung, für welche ein Sicherstellungszuschlag benötigt wird, ist das entsprechende Versorgungsgebiet zu definieren. Für die Innere Medizin und Chirurgie umfasst das Versorgungsgebiet einen Radius von 30 Pkw-Fahrzeitminuten, für die Geburtshilfe einen Radius von 40 Pkw-Fahrzeitminuten um das betrachtete Krankenhaus. Für das festgelegte Versorgungsgebiet wird auf der Ebene zugrunde liegender geografischer Einheiten und unter Verwendung aktueller Bevölkerungs- und Flächendaten (Datenstand 2018) die Einwohnerdichte ermittelt und mit den o. g. Kriterien des G-BA verglichen.

Anschließend wird die flächendeckende Versorgung untersucht. Hierbei ist zu prüfen, ob die Versorgung durch den Wegfall des betrachteten Krankenhauses gefährdet ist. Mithilfe eines Verzeichnisses deutscher Krankenhäuser sowie veröffentlichter Qualitätsberichte werden die Wettbewerber im näheren Umfeld ermittelt. Es werden nur jene Krankenhäuser ausgewählt, die ebenfalls über die erforderlichen Fachabteilungen gemäß § 5 Sicherstellungszuschläge-Regelungen verfügen und an der Notfallversorgung der Grund- und Regelversorgung teilnehmen. Im weiteren Verlauf wird das Versorgungsgebiet für jeden relevanten Wettbewerber ermittelt und mit dem definierten Gebiet des betrachteten Krankenhauses verglichen. Geografische Einheiten, die mehr als 30 bzw. 40 Pkw-Fahrzeitminuten von einem geeigneten Wettbewerber entfernt sind, gelten als gefährdet.

Im Juli 2019 wurde eine Erweiterung des Instrumentes des Sicherstellungszuschlages bekannt gemacht, die ab dem Jahr 2020 in Kraft treten soll. Laut Angaben des GKV-Spitzenverbandes werden für das kommende Jahr 48 Mio. EUR für bedarfsnotwendige Krankenhäuser in dünn besiedelten Regionen zur Verfügung gestellt. Von den Vertragsparteien auf Bundesebene wurde gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG eine Liste von rd. 120 Krankenhäusern veröffentlicht, welche jeweils pauschal einen Sicherstellungszuschlag i. H. v. 400.000 EUR erhalten sollen. Bei der Auswahl dieser Krankenhäuser bleiben die Kriterien des G-BA eine entscheidende Grundlage. Der Sicherstellungszuschlag gemäß § 5 Abs. 2 KHEntgG, der bereits heute beantragt werden kann, bleibt davon unberührt. Der o. g. Betrag i. H. v. 400.000 EUR wird nach derzeitigem Kenntnisstand jedoch angerechnet.

Anna Katharina Neumann, M.Sc.

Köln
02203 . 8997-516 a.neumann@solidaris.de

Das Krankenhaus-MVZ muss kein „Groschengrab“ sein!

Von Claudia Schürmann-Schütte und Martin Wohlgemuth

Sowohl die Anzahl als auch die Größe der in Trägerschaft von Krankenhäusern betriebenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) steigen kontinuierlich an (vgl. hierzu MVZ-Survey der Kassenärztlichen Bundesvereinigung). Gleichwohl wird die Wirtschaftlichkeit von Krankenhaus-MVZ häufig beklagt. Es hat den Anschein, dass die Gründung oder der Ausbau eines MVZ aus Sicht der Leitung eines Krankenhauses „alternativlos“ ist, aber häufig ein – möglicherweise sogar dauerhaftes – Zuschussgeschäft befürchtet wird. Dieser Zustand ist kein unabwendbares Schicksal. Unter Anwendung praxisbewährter Grundsätze können MVZ so etabliert bzw. bestehende MVZ so geführt werden, dass sie aus wirtschaftlicher Sicht tragfähig sind. Diese Grundsätze wollen wir Ihnen als Best-Practice-Empfehlungen im Rahmen einer Artikelreihe zum Thema „Krankenhaus-MVZ“ näher erläutern. Die nachfolgend angesprochenen Punkte werden wir in den nächsten Ausgaben der Solidaris-Information detailliert erörtern.

Warum gründen oder erweitern?

Unstreitig bietet die Etablierung eines MVZ den größtmöglichen Spielraum für Krankenhäuser, den Patienten an dem jeweiligen Standort eine ambulante Behandlung in dem entsprechenden Fachgebiet anzubieten. Zwar werden die Sektoren (etwas) durchlässiger, die den Krankenhäusern zur Verfügung stehenden Optionen ambulanter Versorgungsangebote sind aber regelhaft zeitlich (z. B. Ermächtigungen) oder hinsichtlich der konkreten Leistungen (z. B. ambulante spezialfachärztliche Versorgung, ambulantes Operieren) beschränkt. Um den Patienten ein ambulant-stationäres Behandlungskonzept „aus einer Hand“ anzubieten, führt am MVZ letztlich kein Weg vorbei. Unabhängig vom Standort – Stadt oder Land – kann eine solche Konzeption auch dabei helfen, sich in einem dichten Marktumfeld von Mitbewerbern abzusetzen. Darüber hinaus wächst der Bedarf von Krankenhäusern nach ambulanter Infrastruktur, da die ambulante Leistungserbringung über ermächtigte Ärzte an Bedeutung verloren hat. Gleichzeitig führen der Kostendruck im DRG-Bereich und die engmaschige MDK-Arbeit der Kostenträger ständig zu Neuordnungsprozessen im Erlösportfolio, so dass ohne Auffangmöglichkeit im ambulanten Bereich die Gefahr besteht, dauerhaft sowohl die Patientenbindung als auch das Patientenbudget zu verlieren. Zudem werden im ländlichen Raum MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern als Garant für eine gute medizinische Versorgung angesehen und sollen nach dem Willen der Politik weiter gestärkt werden. Schließlich kann auch die Situation entstehen, dass eine (Groß-)Praxis aus strategischen Gründen gekauft und in ein MVZ überführt werden „muss“, um bestehende Behandlungspfade nicht zu gefährden und eine qualitativ hochwertige Versorgung zu erhalten.

Vorüberlegungen bei Ausbau und Erweiterung

Nach wie vor sind Gründung und Ausbau von MVZ von Zufälligkeiten geprägt. Häufig tritt ein im Einzugsbereich des Krankenhauses niedergelassener Arzt an die Krankenhausleitung mit dem Angebot heran, seine Praxis in ein Krankenhaus-MVZ einzubringen. Das Angebot ist nicht selten mit dem Hinweis versehen, dass der örtliche Mitbewerber bereits Interesse an der Praxis signalisiert habe, der Arzt es als „Ehemaliger“ des Hauses jedoch bevorzugen würde, die Praxis an seinen „alten Arbeitgeber“ abzugeben. Darüber hinaus wird häufig zeitlicher Druck aufgebaut, so dass – in Abhängigkeit von der Bedeutung der Praxis für das Krankenhaus – Hektik aufkommt, in der leicht wesentliche Aspekte des Praxiserwerbs und der MVZ-Etablierung übersehen werden können.

Damit eine solche Situation nicht entsteht, empfehlen wir bei grundsätzlicher Offenheit für die Etablierung eines MVZ zunächst eine Analyse des eigenen Leistungsangebotes, um diejenigen ambulanten Bereiche zu identifizieren, in denen sinnvolle Synergieeffekte zu erwarten sind. In einem nächsten Schritt sind dann auf Basis einer Analyse des Marktumfeldes im Einzugsbereich des Krankenhauses ansässige und geeignete Praxen zu identifizieren, um die jeweiligen Vertragsärzte proaktiv anzusprechen.

Neben einer klaren Formulierung der aus Sicht der Krankenhausleitung zu verfolgenden medizinischen Strategie, der Entwicklung einer Gesamtkonzeption und der Prüfung, ob der beabsichtigte Praxiserwerb ein Baustein zur Erreichung des Gesamtkonzepts sein kann, sind auch Sonderthemen wie z. B. tarifrechtliche oder steuerrechtliche Fragestellungen im Zusammenhang mit einer erfolgreichen MVZ-Gründung zu klären. Zudem sind die sehr formalen und engen Grenzen des Vertragsarztrechts zu berücksichtigen. All

diese Fragestellungen sind so spezifisch, dass es immer nur Individuallösungen, zugeschnitten auf die konkrete Gesamtsituation, geben kann. Sogenannte weiche Faktoren, die sich aus den Schnittstellen von ambulanter zur stationären Versorgung ergeben, sind unbedingt bei der Umsetzung zu berücksichtigen. Die leitenden Ärzte des Hauses sollten miteinbezogen werden.

Zudem sollte diskutiert werden, ob die Eins-zu-eins-Übernahme bestehender ambulanter Strukturen in die Organisation eines Krankenhaus-MVZ sinnvoll ist. Die konkrete Art der Einbringung der vertragsärztlichen Zulassung gibt hierbei den Rahmen vor. Die Übernahme einer Zulassung im Wege des Nachbesetzungsverfahrens ermöglicht eine sofortige flexible Besetzung der Arztstelle. Verzichtet der abgebende Vertragsarzt auf seine Zulassung zugunsten einer Anstellung, muss er auf Grundlage der aktuellen Rechtsprechung noch mindestens drei Jahre – mit der Möglichkeit einer sukzessiven Reduzierung des Tätigkeitsumfangs – in dem MVZ tätig sein.

Seminar-Tipp
Der Krankenhaus-Jahresabschluss 2019 – Aktuelle Entwicklungen und Einzelfragen
› 26.09.2019 – Köln
› 16.10.2019 – Berlin

Nicht zuletzt führen die Entwicklung der MVZ-Neugründungen und die starke Nachfrage der Ärzte nach Anstellungsverträgen mit Einkommenssicherheit zu einem Rückgang von Einzelpraxen, da diese nicht mehr adäquat nachbesetzt werden können. Auch für MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern stellt die Nachbesetzungsproblematik zunehmend ein wirtschaftliches Risiko dar, das durch ein vorausschauendes Personalkonzept und vernetzte Strukturen zum stationären Sektor abgefangen werden kann.

Die Umsetzung

Eine sich aus dem Marktpreis von Angebot und Nachfrage ergebende Preisvorstellung der abgebenden Praxen sollte vor dem Erwerb durch eine objektivierte Praxiswertermittlung auf ihre Refinanzierbarkeit und Wettbewerbsfähigkeit überprüft werden. Nur so können dauerhafte Defizite der MVZ-Gesellschaft aus Kaufpreisabschreibung und Finanzierungskosten im Vorfeld identifiziert und gegebenenfalls verhindert werden.

Durch die Etablierung eines integrierten Businessplans, der idealerweise auch die wirtschaftlichen Effekte auf das Krankenhaus berücksichtigt, kann ein erster Schritt zu einer betriebswirtschaftlich tragfähigen ambulanten Versorgungsstruktur gemacht werden. Allerdings macht ein Businessplan nur Sinn, wenn er regelhaft mit der Realität abgeglichen wird. Fehlentwicklungen sind auf ihre Ursachen hin zu analysieren, geeignete Gegenmaßnahmen müssen zeitnah konzipiert und implementiert werden. Zudem ist zur Sicherstellung eines reibungslosen Antragsverfahrens eine rechtliche Begleitung empfehlenswert. Im Rahmen des Antragsverfahrens kann es zu deutlichen Verwerfungen des angedachten Umsetzungsprozesses kommen. Eine gewisse Flexibilität ist hier auf allen Seiten unerlässlich.

Der wichtigste Aspekt ist jedoch der Arbeitsalltag. Bereits frühzeitig sollte innerhalb der Administration geklärt werden, wer für das operative Management des MVZ die Verantwortung tragen soll. Die Erfahrung zeigt, dass die Ressourcen insbesondere in der Anlaufphase eines MVZ auf Ebene der Krankenhausleitung selten in ausreichendem Maß vorhanden sind.

Praxis-Hinweis
Die Errichtung und/oder der Ausbau von MVZ dürften tatsächlich unerlässlich sein, um den Patienten eine intersektorale Versorgung aus einer Hand anzubieten. Damit aus dieser sinnvollen Strategie jedoch kein Groschengrab wird, sollten die dargestellten Grundsätze berücksichtigt werden. Durch die Festlegung einer medizinischen Strategie und die Einbettung des MVZ in die konzeptionelle Gesamtplanung – inklusive der Erarbeitung eines Businessplans – können im Vorfeld einer Gründung, Übernahme oder Eingliederung Planungsfehler vermieden und zu hebende Synergiepotentiale identifiziert werden. Vor Kaufpreiseinigung sollte mittels einer Praxisbewertung die Objektivierung des Kaufpreises erfolgen.

Dipl.-Kffr. Claudia Schürmann-Schütte
Wirtschaftsprüferin, Steuerberaterin

Köln
02203 . 8997-502 c.schuermann-schuette@solidaris.de

Martin Wohlgemuth, LL.M.
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

Köln
02203 . 8997-410 m.wohlgemuth@solidaris.de

Outsourcing, Co-Sourcing, Selbermachen? Empfehlungen zur Struktur und Größe der Internen Revision

Von Christoph Lützenkirchen und Ulf Werheit

Die Interne Revision in Non-Profit-Organisationen und im Gesundheits- und Sozialwesen hat sich aufgrund diverser Anforderungen (Governance Kodizes, Aufsichtsgremien usw.) in den letzten Jahren vor allem bei großen Trägern weiter etabliert und professionalisiert. Nach wie vor herrscht aber nicht nur bei Trägern, die eine Interne Revision einrichten wollen, sondern auch bei Trägern, die bereits eine Interne Revision vorhalten, große Unsicherheit im Hinblick darauf, wie die Struktur und die Größe ihrer Internen Revision zu bemessen sind. Auf Basis der Enquete 2017 – die Interne Revision in Deutschland, Österreich und der Schweiz des Deutsches Instituts für Interne Revision e. V. (DIIR), der risikoorientierten Herangehensweise des Institute of Internal Auditors (IIA) und eigener Erfahrungen der Autoren geben wir im Folgenden eine Orientierungshilfe.

Größenbemessung der Interner Revision

Laut der Enquete des DIIR setzen die meisten Unternehmen für jeden Revisor als sog. Nettoprüfzeit ca. 1.200 Stunden im Jahr an; das ist die Zeit, die zur Abarbeitung der Revisionsprojekte gebraucht wird. Zur Nettoprüfzeit kommen ca. 400 Stunden für Fahrtzeiten, Qualitätssicherung, Fortbildungen, interne Organisation usw. hinzu, so dass eine Vollkraft mit ca. 1.600 Stunden im Jahr veranschlagt werden kann. Mit diesem Stundenkontingent wickeln festangestellte Revisoren unserer Erfahrung nach zwischen vier und sechs Projekte pro Revisionsjahr ab. Bei kleinen bis mittelgroßen Trägern (Umsätze bis ca. 70 Mio. EUR) bedeutet dies, dass die Kosten für die Interne Revision (70 TEUR/Jahr) ein Prozent der Umsätze oder noch mehr ausmachen. Angesichts der knappen Mittel lohnt es sich für Träger bis zu dieser Größenordnung nicht, Interne Revision mit eigenem Personal durchzuführen; für sie bietet der Beratungsmarkt spezialisierte Anbieter mit Branchenerfahrungen im Outsourcing.

Manche Geschäftsleitungen befürchten, mit der Vorhaltung eigener Revisionsabteilungen einen Kostenblock zu schaffen, bei dem nicht auf Dauer garantiert ist, dass die Stelleninhaber auf der Höhe der fachlichen Anforderungen bleiben und daher nicht den gewünschten Mehrwert für die Organisation liefern. Daher vergeben oftmals auch große Unternehmen die Interne Revision an externe Dienstleister. Es gibt mehrere Gründe, warum dies von Vorteil sein kann:

- Die Produktivität der Fremddienstleister liegt in aller Regel drei- bis viermal höher als diejenige festangestellter Revisoren; Gründe hierfür sind Spezialisierungen und umfassende Branchenkenntnis aus zahlreichen Unternehmen.
- Durch den effektiveren Einsatz sinkt die Belastung der geprüften Bereiche.

Fachlich-inhaltliche Abdeckung des Audit Universe – meist nur im Outsourcing

Sowohl international über das IIA als auch national über das DIIR hat sich der risikoorientierte Prüfungs- und Beratungsansatz als Best Practice in den Revisionsstandards durchgesetzt. Im Rahmen des Three-Line-of-Defense-Modells (TLoD) prüft die Interne Revision die Angemessenheit der Prozesse und Kontrollen (erste Verteidigungslinie). Unternehmen haben Systeme wie Arbeitssicherheit, QM oder Controlling aufgesetzt (zweite Verteidigungslinie), zu deren Angemessenheit und Funktionalität die Interne Revision das Management berät. Sie selbst ist die dritte Verteidigungslinie im TLoD. Betrachtet man die Risiken in Non-Profit-Organisationen, dann wird schnell klar, dass eine Interne Revision, die sich ausschließlich mit betriebswirtschaftlichen Themen beschäftigt, wesentliche Risiken in diesen Unternehmen nicht im sogenannten Audit Universe, dem gesamten Themenbereich der Internen Revision, abbildet. An zwei Beispielen wird dies schnell klar:

- Eine Interne Revision, die bei einem großen Komplexträger oder Krankenhausverbund nicht die Prozesse im Facility Management mit entsprechendem Fachwissen prüft und berät, lässt die millionenschweren Risiken, die in der Instandhaltung stecken, außer Acht.
- Schon bei der Dienstplangestaltung eines Intensivpflegedienstes besteht ein hohes Risiko, gegen Arbeitszeitschutzgesetze oder Kassenauflagen zu verstoßen. Eine

Interne Revision, die operative Prozesse nicht im Fokus hat, wird ihrer Rolle als dritte Verteidigungslinie im TLoD nicht gerecht.

Betrachtet man das Audit Universe im Gesundheits- und Sozialwesen und anderen Non-Profit-Organisationen, wird schnell klar, dass Mitarbeiter in der Internen Revision eine Vielzahl von Qualifikationen aufweisen müssen (z. B. Bauingenieurswissen, IT-Verständnis, Wissen um pflegerische und ärztliche Prozesse und Qualität, juristisches Fachwissen, Expertise im Steuerrecht). Eine qualifizierte Interne Revision kann also nur von einem multidisziplinären Team durchgeführt werden. Dies stellt die meisten Träger vor enorme Herausforderungen; selbst große Universitätskliniken oder mitarbeiterstarke Klinikverbünde haben äußerst selten mehr als fünf Mitarbeiter in der Internen Revision, die alle oben beispielhaft genannten Expertisen aufweisen.

Hier bietet sich das Outsourcing an. Nach der Risikobewertung des Audit Universe identifiziert man die Prüfgebiete, deren Know-how man im eigenen Hause vorhält, und bedient sich der Dienstleister auf dem Beratungsmarkt für die Themen, deren Expertise man aus Kapazitäts- und Kostengründen nicht vorhalten will. Bei der Anbieterauswahl sollten Träger besonders Erfahrungen im Gesundheits- und Sozialwesen und in Non-Profit-Organisationen berücksichtigen.

Dolose Handlungen – am besten im Outsourcing

Besondere Kenntnisse sind auch gefragt, wenn es um die Aufdeckung oder Aufklärung von dolosen Handlungen im Unternehmen geht. Entsprechende Dienstleister wissen, was man tun muss, damit Beweise rechtskräftig vor Gericht verwendet werden können, und wie man in Massendaten kritische Fälle erkennt, die man näher prüfen muss. Verhörtechniken und Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Ermittlungsbehörden ergänzen die Leistungen eines qualifizierten Dienstleisters, so dass man die Aufdeckung oder Aufklärung doloser Handlungen entsprechenden Anbietern mit Erfahrungen im Gesundheits- und Sozialwesen und Non-Profit-Organisationen überlassen sollte. Die Kosten einer solchen Untersuchung – einen Schaden vorausgesetzt – übernehmen im Regelfall die Vermögensschadenhaftpflichtversicherungen, so dass diese Kosten die Unternehmen nicht noch zusätzlich belasten.

Praxis-Hinweis

Größere Träger vergeben Dienstleistungen der Internen Revision im Outsourcing, um Kosten zu sparen und bei Leistungen, die keinen erkennbaren Mehrwert liefern, flexibel bleiben zu können. Kleine Revisionsabteilungen decken mit ihrem Know-how häufig nicht das gesamte Themenspektrum ab – hier müssen einzelne Themen von Dienstleistern geprüft werden. Bei dolosen Handlungen sollten möglichst immer Dienstleister eingesetzt werden, um von Anfang an gerichtsfeste Ergebnisse zu erhalten und die Aufarbeitung von einem objektiven und unabhängigen Dritten begleiten zu lassen; die Kosten dafür werden in der Regel durch Versicherer ersetzt.

Christoph Lützenkirchen
Betriebswirt (VWA)
Certified Internal Auditor

Köln
02203 . 8997-515 c.luetzenkirchen@solidaris.de

Ulf Werheit
Diplom-Kaufmann
Certified Internal Auditor (CIA)

Köln
02203 . 8997-119 u.werheit@solidaris.de

VERANSTALTUNGEN

Veranstaltungsübersicht

BeB Fachtagung Dienstleistungsmanagement 2019
23. – 25. September 2019, Leipzig
Pentahotel

15. Personalkongress der Krankenhäuser
7./8. Oktober 2019, Stuttgart
Maritim Hotel

21. ConSozial
6./7. November 2019, Nürnberg
Messezentrum Nürnberg, NCC Ost

CBP Mitgliederversammlung und Digitalpreisverleihung
13./14. November 2019, Berlin
Hotel Steglitz International

INTERN

Prokura

Mit Beschlüssen der Gesellschafterversammlung vom 28. Juni 2019 wurden nachstehende Prokurabestellungen mit Wirkung zum 1. Juli 2019 beschlossen:

Solidaris Revisions-GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Steuerberatungsgesellschaft, Hauptniederlassung Köln

- Frau Dipl.-Kffr. Claudia Schürmann-Schütte, Wirtschaftsprüferin, Steuerberaterin, Neuss,
- Herr Dipl.-Volkswirt Stephan Dick, Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, CISA, Köln
- Herr Rechtsanwalt Holger Salentin, Fachanwalt für Handels- und Gesellschaftsrecht, Fachanwalt für Steuerrecht, Aachen
- Herr Rechtsanwalt Martin Wohlgemuth, LL.M, Fachanwalt für Medizinrecht, Köln

Solidaris Treuhand-GmbH Steuerberatungsgesellschaft, Hauptniederlassung Köln

- Herr Dipl.-Kfm. Hauke Hübert, Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, Hamminkeln

Solidaris Treuhand-GmbH Steuerberatungsgesellschaft, Zweigniederlassung Berlin

- Frau Dipl.-Kffr. (FH) Antje Robbert, LL.M., Steuerberaterin, Berlin
- Herr Dipl.-Kfm. Carsten Schulz, Steuerberater, Berlin

Wir gratulieren den neuen Prokuristinnen und Prokuristen unserer Unternehmensgruppe sehr herzlich und freuen uns auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Solidaris Würzburg ist umgezogen

Um den Aufenthalt für unsere Würzburger Mandantinnen und Mandanten angenehmer sowie die Bürolandschaft für unsere Kolleginnen und Kollegen attraktiver zu gestalten, hat die Solidaris in Würzburg frische, helle Räumlichkeiten in zentraler Stadtlage bezogen.

Seit dem 20. August 2019 lautet die Adresse unseres Würzburger Außenbüros **Sandäcker 6b, 97076 Würzburg**. Die Telefon- und Faxnummern sowie die E-Mail-Adressen sind unverändert.

„Der Neustart ist gelungen, die Büros sind geräumig, modern und funktional“, so Markus Brüggemann, Standortleiter der Solidaris in Würzburg. „Die neue Bürolandschaft wirkt modern, freundlich und kommunikativ, der Standort ist zentral, die Einrichtung ist hell, modern und funktional. Dieser Tapetenwechsel setzt schon jetzt frische Potenziale frei und sorgt für eine noch angenehmere und produktivere Arbeitsatmosphäre“, fügt Markus Brüggemann hinzu.

Wir freuen uns darauf, Sie schon bald in den neuen Räumlichkeiten begrüßen zu dürfen, und sind gespannt auf Ihr Feedback.

Neue Kompetenzträger

Seit dem 1. Mai 2019 verstärkt **Herr Christoph Lützenkirchen, Betriebswirt (VWA)** als Geschäftsfeldleiter Organisation und Prozessoptimierung das Team der Solidaris Unternehmensberatungsgesellschaft mbH in Köln. Herr Lützenkirchen berät seit 2002 bundesweit Krankenhäuser, Träger im Gesundheits- und Sozialwesen sowie öffentliche und kirchliche Verwaltungen. Seine Beratungsschwerpunkte bilden nicht nur klassische betriebswirtschaftliche Themen, sondern auch Prozessberatung im Facility Management, Datenschutz oder in operativen Themen wie Leistungsabrechnung oder Organisation Notaufnahme. Neben Interimstätigkeiten im Rechnungswesen hat er in der Vergangenheit diverse Projekte zur Aufklärung von Betrugsfällen geleitet. 2005 hat Herr Lützenkirchen das Berufsexamen zur Internen Revision mit dem Titel Certified Internal Auditor abgelegt.

Seit dem 1. Juni 2019 unterstützt Frau **Rechtsanwältin Nele Kristina Casper** das Team der Solidaris Rechtsanwaltsgesellschaft mbH in Köln. Frau Casper war zuvor zehn Jahre lang als Rechtsanwältin im Bereich des Insolvenzrechts in einer Hamburger Kanzlei tätig. Ihr Tätigkeitsfeld umfasste vor allem die Abwicklung von Privatinsolvenzen sowie Regelinsolvenzverfahren und Betriebsfortführungen kleinerer Unternehmen. Zudem hat Frau Casper im Jahr 2018 eine Weiterbildung zur Mediatorin absolviert.

Herr **Rechtsanwalt Tobias Kirchgessner** verstärkt seit dem 1. August 2019 das Team der Solidaris Rechtsanwaltsgesellschaft mbH in München. Er war zuvor bereits mehr als fünf Jahre als Rechtsanwalt tätig, zunächst bei einer internationalen Großkanzlei und zuletzt bei einer mittelständischen Kanzlei in München. Als Fachanwalt für Medizinrecht liegt sein Beratungsschwerpunkt im gesamten Medizinrecht, insbesondere mit seinen Bezügen zum Gesellschaftsrecht und zum allgemeinen Vertragsrecht.

Jetzt unter
arbeitshilfe@solidaris.de
bestellen.

solidaris.de

Solidaris

AKTUELLE SEMINARE

Datum	Ort	Titel
25.09.2019 03.12.2019	Köln München	**Übernahme von Kindertagesstätten – Risiken und Auswirkungen auf den Jahresabschluss**
26.09.2019 16.10.2019	Köln Berlin	**Der Krankenhaus-Jahresabschluss 2019 – Aktuelle Entwicklungen und Einzelfragen**
27.09.2019	Berlin	**Schreckgespenst Betriebsprüfung**
30.09.2019	Köln	**PpSG und Pflegebudget ab 2020: Kostenausgliederung und Finanzplanung im Krankenhaus**
01.10.2019 08.10.2019 23.10.2019	Mainz Nürnberg Hamburg	**Behindertenhilfe-Update – BTHG, Handelsrecht und Steuern**
08.10.2019	Köln	**Vergütungsverhandlungen in der Behindertenhilfe: Vorbereitung, Strategie und Verhandlungsführung**
16.10.2019	München	**§ 2b UStG – Endspurt zum 1. Januar 2021 für die Umsetzung bei kirchlichen Körperschaften**
22.10.2019 23.10.2019	Würzburg München	**Das Bauvertragsrecht 2018 in der Praxis**
31.10.2019	Köln	**Integrierte Finanzplanung und Berichtswesen in Pflegeeinrichtungen und anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens**
19.11.2019	Würzburg	**Compliance – Rechte und Pflichten von Geschäftsführern**

IMPRESSUM

Die Solidaris-Information erscheint quartalsweise für Mandanten und Geschäftspartner der Solidaris-Unternehmensgruppe.

Herausgeber
Solidaris Unternehmensberatungs-GmbH
Von-der-Wettern-Straße 11
51149 Köln

Geschäftsführung
Dipl.-Kfm. Matthias Hennke
Dipl.-Kfm. Sven Hornbostel

Sitz der Gesellschaft: 51149 Köln,
Registergericht Köln, HRB 52005

Redaktionsleitung
Michael Basangeac (v. i. S. d. P.)
Tel. 02203 . 8997-153, Fax 02203 . 8997-197
E-Mail: m.basangeac@solidaris.de

Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 14. August 2019
Auflage: 3.800 Stück

Gestaltung: Groba / Pérez Cantó Kommunikationsdesign, Köln
Druck: Warlich Druck RheinAhr GmbH, Köln

Nachdruck, auch auszugsweise, nur in Absprache mit der Redaktionsleitung und unter Nennung der Quelle. Für die Inhalte kann trotz sorgfältiger Bearbeitung keine Haftung übernommen werden. Die Beiträge können nicht das jeweilige, den individuellen Verhältnissen angepasste Beratungsgespräch ersetzen.