

Solidaris Information

Fakten aktuell

- **4** Erste Ergebnisse aus dem Solidaris Krankenhaus-Betriebsvergleich 2025
- **7** KHAG – die Reform der Krankenhausreform ist in Kraft
- **12** Anerkennung ausländischer ärztlicher Abschlüsse – ein unterschätztes Problem
- **14** Neues Einrichtungsrecht in Baden-Württemberg
- **16** Bayerns neuer Rahmenvertrag: Vom Personalmangel zur Planungssicherheit
- **18** Nachhaltigkeitsberichterstattung 2026: Neue Impulse aus dem Bankenbereich
- **21** Unterschätzte Gefahrenquelle: Verspätete oder unrichtige Umsatzsteuer-Voranmeldung
- **23** Gestiegene Anforderungen an den Inhalt der Umsatzsteuer-Voranmeldung
- **25** EuGH: Erweiterung der Steuerbefreiung für Kostenteilungsgemeinschaften
- **27** Zum ermäßigten Umsatzsteuersatz und zur Zweckbetriebseigenschaft im Integrationsbetrieb
- **29** Steuer-Update kompakt

Beratung aktuell

- **31** Restrukturierung nach der Fusion – Bewährungsprobe für Synergieeffekte
- **34** BTHG: Mehr Selbstbestimmung – oder nur mehr Bürokratie?
- **36** Zur aktuellen Lage der IT-Sicherheit im Krankenhaus
- **39** Hinweisgeberschutz: Anonymität ist nicht garantiert

Intern

- **41** Neue Geschäftsbereichsleitung
- **41** Neuer Kompetenzträger

Seminare

- **42** Aktuelle Seminare

Impressum



Jens Thomsen

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die Bundesregierung hat am 29. April 2026 den Entwurf des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes beschlossen. Alle Anzeichen deuten darauf hin, dass das weitere Gesetzgebungsverfahren bereits im Sommer abgeschlossen sein soll. Geplant sind unter anderem Einsparungen im Krankenhausbereich in Höhe von rund 5 Milliarden Euro allein im kommenden Jahr. Die Kritik der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Ärztevertreter an dem Gesetzesvorhaben fällt entsprechend scharf aus.

In dieser hitzigen Diskussion ist es hilfreich, auf empirische betriebswirtschaftliche Daten zurückgreifen zu können, um einzuschätzen, ob und inwieweit die Krankenhäuser in Deutschland die geplanten Einsparungen wirtschaftlich überhaupt verkraften könnten. Erste Auswertungen aus unserem Krankenhaus-Betriebsvergleich für das Geschäftsjahr 2025 liefern eine solche Datengrundlage (S. 4). Unsere ausführlichen Analysen mit zahlreichen weiteren Kennzahlen finden Sie auch in diesem Jahr wieder im *Krankenhaus Rating Report*, der im Juni 2026 erscheinen wird.

Auch dem zweiten großen Thema im Krankenhausbereich, der Reform der Krankenhausreform durch das KHAG, widmen wir uns in diesem Heft mit einer ausführlichen Erörterung (S. 7).

Die steuerlichen Themen stehen in dieser Ausgabe ganz im Zeichen der Umsatzsteuer. Wir berichten insbesondere über wichtige Aspekte der Umsatzsteuer-Voranmeldung (S. 21, S. 23), die Erweiterung der Steuerbefreiung für Kostenteilungsgemeinschaften durch den EuGH (S. 25) und den ermäßigten Umsatzsteuersatz in Integrationsbetrieben (S. 27).

Und wie gewohnt geben wir Ihnen auch in dieser Ausgabe der *Solidaris Information* wieder einen Überblick über zahlreiche weitere wichtige rechtliche und wirtschaftliche Entwicklungen in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft.

Ich wünsche Ihnen eine erkenntnisreiche und gewinnbringende Lektüre!

Ihr

Jens Thomsen

Erste Ergebnisse aus dem Solidaris Krankenhaus-Betriebsvergleich 2025

Von Jens Thomsen und Dr. Christoph Thiesen

Am 29. April 2026 hat die Bundesregierung den Kabinettsentwurf des Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) vorgelegt. Die darin vorgesehenen Einsparungen im Krankenhausbereich in Höhe von rund 5 Mrd. Euro werden viele Kliniken in Deutschland vor existentielle Probleme stellen. Das belegen auch die ersten Auswertungen aus unserem Krankenhaus-Betriebsvergleich für das Geschäftsjahr 2025. Unsere ausführliche Darstellung dieser Auswertungen mit zahlreichen weiteren Kennzahlen werden wir auch in diesem Jahr im *Krankenhaus Rating Report* publizieren, der im Juni 2026 erscheint.

In den Solidaris Krankenhaus-Betriebsvergleich für das Geschäftsjahr 2025 werden voraussichtlich insgesamt 225 Jahresabschlüsse freigemeinnütziger und kommunaler Krankenhäuser einfließen. Bis Redaktionsschluss waren die Daten von 126 von uns geprüften Kliniken ausgewertet (davon 97 in freigemeinnütziger und 29 in kommunaler Trägerschaft).

Jahresergebnis

Aus diesen Daten ergibt sich für das Jahr 2025 ein durchschnittlicher *Jahresfehlbetrag* von rund 1,4 Mio. EUR,

was einer *Umsatzrendite* von - 1,2 % entspricht. Das kommunale Durchschnitts-Krankenhaus schließt das Jahr 2025 mit einem deutlichen Jahresfehlbetrag von - 6,4 Mio. EUR ab, das freigemeinnützige Durchschnitts-Krankenhaus erreicht ein gerade ausgeglichenes Jahresergebnis. Nur rund die Hälfte der Krankenhäuser in unserer Stichprobe erzielte im Geschäftsjahr 2025 ein positives Jahresergebnis; ein Zehntel der Kliniken weist für 2025 ein Defizit in Höhe von mindestens -6,7 Mio. EUR aus, bei einem Viertel der einbezogenen Krankenhäuser beträgt das Defizit mindestens - 2,1 Mio. EUR.

Das *operative Ergebnis* bildet das um außerordentliche und periodenfremde Aufwendungen und Erträge bereinigte Jahresergebnis ab und zeigt bereits seit dem Jahr 2022 eine dramatische Entwicklung; der operative Fehlbetrag in Höhe von - 5,5 Mio. EUR hatte 2024 einen neuen Negativrekord erreicht (Abbildung 1). Im Jahr 2025 beträgt das durchschnittliche operative Ergebnis - 3,0 Mio. EUR, was einer *operativen Umsatzrendite* von - 2,6 % entspricht.

Ursächlich für die Verbesserung um 2,5 Mio. EUR sind vor allem der positive Preiseffekt im Jahr 2025 in Höhe von 2,21 % (Bundesbasisfallwertsteigerung 5,19 % abzgl.

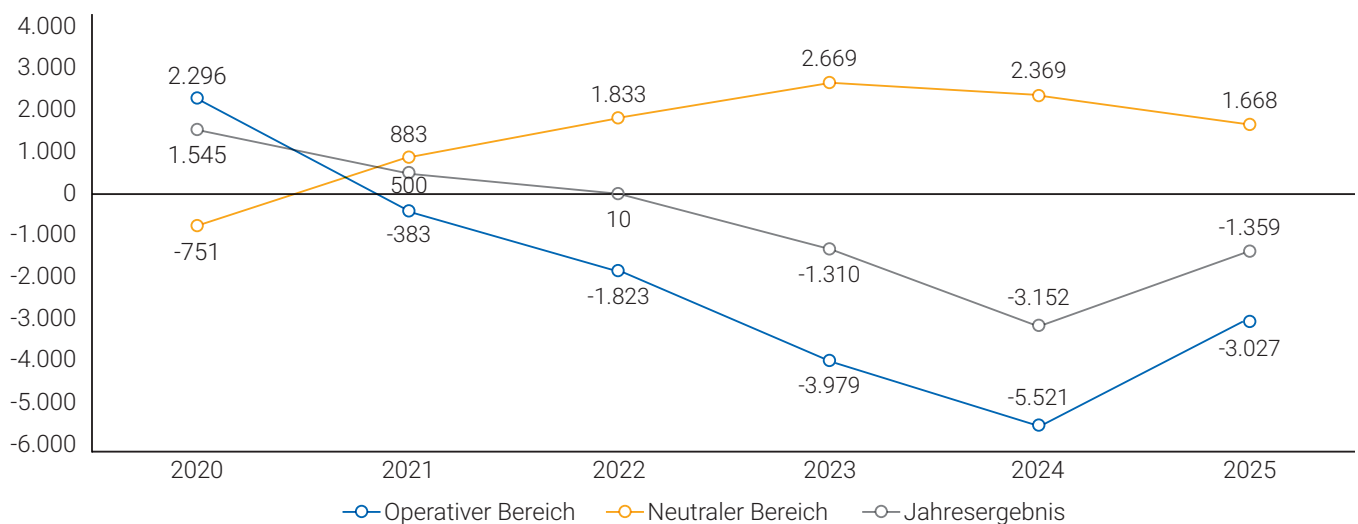


Abbildung 1: Durchschnittliches Jahresergebnis und durchschnittliches operatives Jahresergebnis 2020 bis 2025; in TEUR

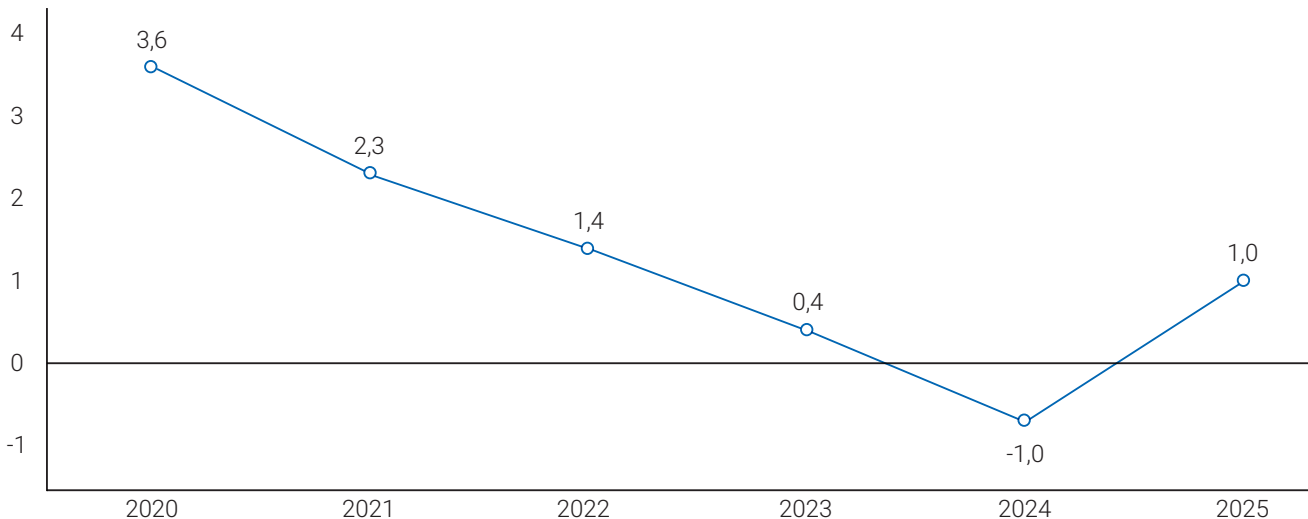


Abbildung 2: Durchschnittliche EBITDA-Marge 2020 bis 2025; in Prozent

angenommene Kostensteigerung in Höhe des Orientierungswertes 2025 von 2,98 %), der Tarifausgleich 2024 in Höhe von 0,8 % sowie der 2-monatige Rechnungszuschlag in Höhe von rund 0,5 Prozentpunkten ($3,25\% \times 0,9 \times 2/12$ Monate).

EBITDA-Marge

Das EBITDA bzw. die Innenfinanzierungskraft der in unseren Betriebsvergleich einbezogenen Krankenhäuser hat sich im Zeitraum 2020 bis 2024 im Durchschnitt sukzessive verschlechtert. Entsprechendes gilt für die *EBITDA-Marge*, d. h. das Verhältnis des EBITDA zu den Umsatzerlösen (Abbildung 2). Die durchschnittliche EBITDA-Marge ist im Geschäftsjahr 2025 mit 1,0 % wieder leicht positiv. Unter Zugrundelegung der im Vergleich zur Umsatzrendite um 1,4 Prozentpunkte niedrigeren operativen Umsatzrendite in Höhe von -2,6 % ergibt sich jedoch erneut eine negative *operative EBITDA-Marge* von -0,4 %.

Bei einem negativen EBITDA verringern sich die *frei verfügbaren Geldmittelbestände* der Krankenhäuser, so dass diese bereits aus ihrer Geschäftstätigkeit vorhandene liquide Mittel (Barliquidität) verlieren. Bei 43 % der Krankenhäuser in unserem Betriebsvergleich war das EBITDA im Jahr 2025 nicht einmal ausreichend, um den Kapitaldienst zu finanzieren. Eigenmittelinvestitionen sind unter diesen Umständen kaum durchführbar.

Freier Deckungsfaktor

Die *frei verfügbaren Geldmittel* sind in wirtschaftlich schwierigen Zeiten auch von herausragender Bedeutung für die Aufrechterhaltung der Zahlungsfähigkeit. Sie ergeben sich aus dem Geldmittelbestand abzüglich der Verbindlichkeiten aus noch nicht verwendeten pauschalen Fördermitteln, die zweckgebunden einzusetzen sind.

Der *freie Deckungsfaktor* in Wochen bezeichnet das Verhältnis des frei verfügbaren Geldmittelbestandes zum wöchentlichen Finanzbedarf (Abbildung 3).

Zum 31. Dezember 2025 reicht der frei verfügbare Geldmittelbestand im Durchschnitt unserer Stichprobe gerade aus, um den Finanzbedarf für 2,9 Wochen (31. Dezember 2024: 3,7 Wochen) abzudecken. Von den von uns geprüften 126 Krankenhäusern verfügten zum 31. Dezember 2025 sogar 19 % über gar keinen frei verfügbaren Geldmittelbestand mehr. Die Hälfte der Krankenhäuser verfügt zum 31. Dezember 2025 gerade einmal über einen freien Geldmittelbestand, der den Finanzbedarf für 1,5 Wochen (31. Dezember 2024: 2,0 Wochen) oder weniger decken kann. Eine solche Deckung ist unzureichend. Eine ausreichende Deckung wird erfahrungsgemäß erst bei mindestens 4,0 Wochen erreicht.

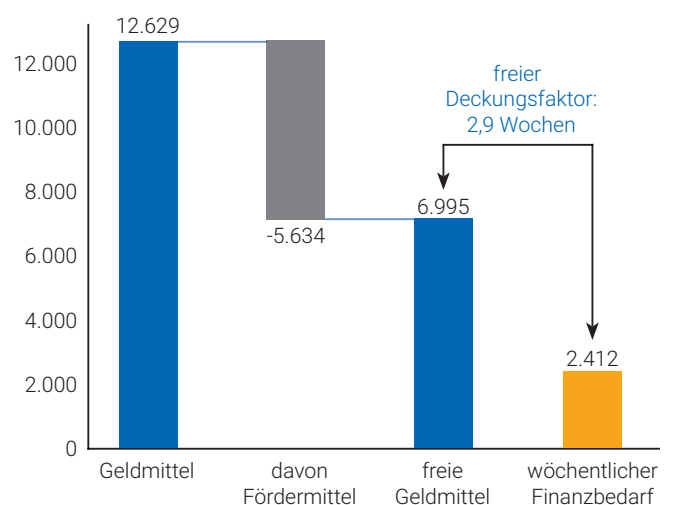


Abbildung 3: Ermittlung des freien Deckungsfaktors 2025; in TEUR



Prognose

Die von uns geprüften Krankenhäuser kalkulieren für das Jahr 2026 im Durchschnitt mit einem Wirtschaftsplanergebnis in Höhe von - 2,7 Mio. EUR. Legt man das operative Ergebnis 2025 in Höhe von - 3,0 Mio. EUR als Startpunkt für die Wirtschaftsplanung 2026 zugrunde, zeigt sich, dass gegenüber dem Geschäftsjahr 2025 lediglich eine Ergebnisverbesserung in Höhe von 0,3 Mio. EUR angestrebt wird.

Nach unserer Einschätzung wird sich der durchschnittliche Jahresfehlbetrag im Jahr 2026 insbesondere wegen des Rechnungszuschlags zwar reduzieren, im Jahr 2027 aber wegen dessen Befristung bis Oktober 2026 wieder auf das Niveau des Jahres 2025 zurückfallen. Aufgrund der zu erwartenden Preiseffekte beläuft sich der von uns geschätzte durchschnittliche operative Fehlbetrag 2027 auf - 3,3 Mio. EUR. Dies entspricht einer operativen Umsatzrendite von - 2,7 %. Bei einem von uns angenommenen neutralen Ergebnis von + 1,0 Mio. EUR würde sich ein durchschnittlicher Jahresfehlbetrag von - 2,3 Mio. EUR ergeben (Umsatzrendite: - 1,9 %).

Ob und inwieweit bereits eingeleitete strukturelle Maßnahmen der Krankenhäuser Verbesserungen der wirtschaftlichen Lage bringen, kann von uns noch nicht verlässlich beurteilt werden. Nach unserer Branchenexpertise kann von einer wirtschaftlichen Verbesserung für das Durchschnitts-Krankenhaus nur in sehr begrenztem Umfang ausgegangen werden.

Fazit

Die preisbedingten Finanzierungslücken, die unzureichende Investitionskostenfinanzierung und das überwiegend zu geringe Leistungsvolumen haben im Geschäftsjahr 2025 zu einem Defizit der freigemeinnützigen und kommunalen Krankenhäuser in Höhe von durchschnittlich - 1,4 Mio. EUR geführt; die durchschnittliche operative EBITDA-Marge ist im Geschäftsjahr 2025 mit - 0,4 % erneut negativ. Eigenmittelanteile oder Kapitaldienstleistungen für aufzunehmende Darlehen im Rahmen der Fördermittelfinanzierungen aus dem Transformationsfonds können also für die weit überwiegende Anzahl der Krankenhäuser nur über die Liquiditätsunterstützung der Gesellschafter (Städte, Kommunen, freigemeinnützigen Krankenhausträger) finanziert werden. Die geplanten Einsparungen durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz würden somit die Quersubventionen der kommunalen Haushalte in Höhe der zusätzlichen Verluste erhöhen und die Anzahl der Insolvenzen, insbesondere im freigemeinnützigen Bereich, deutlich steigen lassen.



Jens Thomsen

Wirtschaftsprüfer, Steuerberater

Köln

T +49 2203 8997-185

j.thomsen@solidaris.de



Dr. Christoph Thiesen

Wirtschaftsprüfer,
Sustainability-Auditor^{IDW}

Köln

T +49 2203 8997-133

c.thiesen@solidaris.de



KHAG – die Reform der Krankenhausreform ist in Kraft

Von Anke Harney und Dr. Rolf Syben

Nachdem der Bundestag am 6. März 2026 das Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG) in der vom Gesundheitsausschuss geänderten Fassung (BT-Drs. 21/4527) beschlossen hatte, passierte das Gesetz am 27. März 2026 ohne Anrufung des Vermittlungsausschusses den Bundesrat und wurde am 14. April 2026 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Mit Inkrafttreten des KHAG am 15. April 2026 steht nun die Frage nach der praktikablen Umsetzung in den Ländern und vor Ort in den Kliniken im Mittelpunkt.

Krankenhausreform nach KHAG

Mindestvoraussetzung Basislabor gestrichen

Bei der sachlichen Ausstattung war in einigen Leistungsgruppen (LG) explizit die Vorhaltung eines Basislabors am Standort als Mindestvoraussetzung gefordert – so etwa für die LG 1 Allgemeine Innere Medizin, die LG 14 Allgemeine Chirurgie und die LG 27 Spezielle Traumatologie. Diese Vorgabe ist gestrichen worden. Selbst eine kooperative Vorhaltung ist nicht gefordert. In der Praxis

ist indessen keineswegs an jedem Krankenhausstandort ein Basislabor Standard; häufig werden lediglich bestimmte Laborparameter mittels Point of Care Testing (POCT), das nicht immer von Laborpersonal durchgeführt wird, erhoben. Insofern nimmt der mit der Krankenhausreform eingeleitete Selektionsdruck auf die Krankenhäuser durch den Verzicht auf das Basislabor deutlich ab. Zukünftig müssen nur noch Krankenhäuser eine Labor diagnostik vorhalten, die in die Notfallversorgung (G-BA-Richtlinie) eingebunden sind, und diese vorzuhaltenden Leistungen sind begrenzt auf den für die Notfalldiagnostik erforderlichen Umfang.

Fachkrankenhaus (Level F)

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SpiBu) sind beauftragt, bis zum 30. September 2029 eine bundeseinheitliche Definition eines Fachkrankenhauses zu vereinbaren. Die in dieser Definition enthaltenen Kriterien müssen Fachkrankenhäuser erfüllen, um (weiterhin) der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet zu werden. In der Übergangsphase bis zum Vorliegen dieser Vereinbarung kann die Landeskrankenhausplanungsbehörde einem Krankenhausstandort befristet bis zum 31. Dezember 2030 die Versorgungsstufe „Level F“ zuordnen. Dazu muss der Standort folgende Voraussetzungen kumulativ erfüllen:

- » auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe, Personengruppe oder eines bestimmten Leistungsspektrums spezialisiert sein,
- » einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leisten und
- » im Krankenhausplan des jeweiligen Landes als Fachkrankenhaus ausgewiesen sein.

Auch wenn Standorte von der Krankenhausplanungsbehörde als Fachkrankenhaus befristet bis zum 31. Dezember 2030 eingeordnet sind, müssen sie ab dem (früheren) Zeitpunkt, zu dem die bundesweite Definition vereinbart wird, deren Kriterien erfüllen, um weiterhin der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet zu werden. Dies erfolgt durch die Krankenhausplanungsbehörde.

Bei Nichteinigung von DKG und GKV-SpiBu hat die Schiedsstelle (§ 18a Abs. 6 KHG) auch ohne Antrag einer Vertragspartei die bundeseinheitliche Definition festzulegen, und zwar bis zum 31. Dezember 2029.



Kooperationen

Prinzipiell gilt der Grundsatz, dass die für die LG jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nach Anlage 1 zu § 135e SGBV am Standort erfüllt werden müssen, um eine Zuweisung der LG zu erhalten. Ohne Zuweisung gilt ein Abrechnungsverbot für die betreffenden Leistungen der LG. Ist in der Anlage 1 bei einem Mindestqualitätskriterium eine Kooperation ausdrücklich vorgesehen, so kann der Kooperationspartner die Leistung auch außerhalb des Standortes erbringen. Allerdings können Krankenhäuser alle Mindestqualitätskriterien auch vollständig in Kooperation erfüllen, wenn die Mindestqualitätskriterien mittels Kooperationspartner am Standort (innerhalb einer Entfernung von 2.000 Metern) erbracht werden oder die Leistungsgruppe aus Gründen der Versorgungsnotwendigkeit am Standort unverzichtbar ist. So ist zum Beispiel das für die LG 1 Allgemeine Innere Medizin verpflichtend nach Anlage 1 vorzuhaltende Röntgen (= Mindestvoraussetzung) immer auch durch eine Kooperation mit einem MVZ am Standort oder bei Versorgungsnotwendigkeit durch eine Kooperation in beliebiger Entfernung möglich.

Für die „Eignung“ eines Kooperationspartners ist maßgeblich, dass dieser die Qualitätskriterien selbst erfüllt oder – und das ist bemerkenswert – durch das Eingehen einer Kooperation erfüllen kann. Demnach sind also auch „Kettenkooperationen“ möglich.



Bei Fachkrankenhäusern (Level F) gelten Erleichterungen bei der Erfüllung von Mindestqualitätsvorgaben durch eine Kooperation für die „Erbringung verwandter LG“ und für die „Sachliche Ausstattung“. Das bedeutet beispielsweise, dass eine Fachklinik mit der Leistungsgruppe LG 23 Endoprothetik Hüfte die eigentlich nach Anlage 1 zwingend am Standort notwendige LG Intensivmedizin auch in Kooperation mit einem entfernten Partner darstellen kann.

Bei Standorten, an denen keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird, sind über die Ausnahmeregelung generell Kooperationen in den Qualitätskategorien „Erbringung verwandter LG“ und „Personelle Ausstattung“ möglich, soweit sie Mindestvoraussetzungen betreffen. Die Ausnahmeregelung flexibilisiert Kooperationen, indem sie zum Beispiel Tageskliniken ermöglicht, eine Kooperationsvereinbarung mit einem anderen Standort abzuschließen, um eine als Mindestanforderung erforderliche verwandte Leistungsgruppe nachweisen zu können. So kann zum Beispiel einer Tagesklinik die LG 56 Geriatrie zugewiesen werden, ohne dass sie selbst die verwandten LG 1 Allgemeine Innere Medizin oder die LG 64 Intensivmedizin anbieten muss. Allerdings benötigt diese Tagesklinik für Geriatrie ein CT oder sie muss im Umkreis von 2.000 Meter vom Hauptstandort mit CT gelegen sein, denn eine Kooperation ist

bei der sachlichen Ausstattung in Anlage 1 nicht vorgesehen und die hier erläuterte Ausnahmeregelung greift für die „sachliche Ausstattung“ nicht.

Anwesenheit von Fachärzten vor Ort, Rufbereitschaft

Eine Regelung, die im KHAG-Entwurf noch nicht enthalten war, also gänzlich neu ist, birgt Streitpotential. Denn sie sieht vor, dass „im Regeldienst und bei Anwesenheitsdiensten wie Schicht- oder Bereitschaftsdiensten außerhalb des Regeldienstes mindestens ein Facharzt jederzeit verfügbar sein muss“. Unter den Begriff „Regeldienst“ dürften all diejenigen Dienste fallen, die regulär im Rahmen der normalen Arbeitszeit stattfinden. Ein solcher Regeldienst kann zum Beispiel in Form von Tag- oder Frühdiensten stattfinden. Auch Visiten am Wochenende können über den Regeldienst bereitgestellt werden. Findet also ein Regeldienst oder ein Anwesenheitsdienst statt, so muss ein Facharzt – und zwar wohl mit der entsprechenden LG-Qualifikation – jederzeit anwesend sein. Die übliche Vorgehensweise, die Bereitschaftsdienste weitgehend allein mit Assistenzärzten in Weiterbildung zu besetzen und parallel Fachärzte nur im Rufdienst vorzuhalten, scheidet demnach zukünftig aus. Auch Belegärzte, die in der werktäglichen Regelarbeitszeit außerhalb der Visiten in ihrer Praxis tätig sind, könnte diese Regelung schmerzhaft betreffen.

Außerhalb der Regel- und Anwesenheitsdienste muss mindestens ein Facharzt jederzeit (24/7) in Rufbereitschaft verfügbar sein. Die BT-Drs. 21/4527 stellt klar, dass Ärzte nicht zur selben Zeit an mehreren Standorten zur Rufbereitschaft eingeteilt werden dürfen. Dass Ärzte für zwei Standorte gleichzeitig in Rufbereitschaft sind, ist indes bislang nicht ungewöhnlich. Dies wird nicht mehr möglich sein.

Stroke Unit – telemedizinische Kooperation

Eine Stroke Unit kann zukünftig auch zugeteilt werden, ohne dass am Standort die LG Allgemeine Innere Medizin, die LG Allgemeine Neurologie und die LG Intensivmedizin vorgehalten werden. Stattdessen reicht es aus, dass mit einem anderen Krankenhaus, das über diese drei LG verfügt, eine telemedizinische Kooperation besteht. Es sind auch keine drei Fachärzte für Neurologie am Standort erforderlich; auch insoweit reicht es, dass das telemedizinisch kooperierende Krankenhaus drei Neurologen sowie die jederzeitige Rufbereitschaft eines Facharztes für Neurologie vorhält.

Allerdings: Die telemedizinische Kooperation des Standortes ist nicht per se möglich, sondern auf „begründete



Fälle“ beschränkt. Wie diese Regelung ausgelegt werden wird, bleibt abzuwarten. Da es sich um eine deutliche Aufweichung der Qualitätsvorgaben handelt, wenn eine Stroke Unit keine der oben genannten LG selbst am Standort vorhalten muss, ist eine enge Auslegung zu erwarten.

Diejenigen Standorte, die bisher eine Stroke Unit in ihre internistischen Abteilungen integrieren, können die LG prinzipiell also auch in Zukunft erhalten, denn eine Stroke Unit setzt keine Neurologie mehr voraus. Die telemedizinische Anbindung an die Neurologie muss allerdings bestehen. Die Abrechnung der neurologischen Komplexziffer (OPS-Kodes 8-981.2, 8-981.3) erfordert indes eine 24-stündige Anwesenheit eines Facharztes für Neurologie oder eines Assistenzarztes in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie, so dass sie also in einer solchen Konstellation nicht möglich ist.

Pflegebudget

Die Kosten für Tätigkeiten, die Pflegefachkräften, Pflegehilfskräften und Hebammen übertragen werden und nicht der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen dienen, sind nicht als Pflegepersonalkosten im Pflegebudget zu berücksichtigen. Dies betrifft insbesondere Tätigkeiten hauswirtschaftlicher, logistischer, administrativer (z. B. Dienstplanung) oder technischer Art jenseits der unmittelbaren Patientenversorgung.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung und ein Krankenhaus mit höherer Versorgungsstufe, unabhängig davon, ob dieses somatisch oder psychiatrisch ist, können nicht in einem Gebäude oder zusammenhängenden Gebäudekomplex oder auf einem gemeinsamen Flächenstandort, für den der Maximalabstand 2000 Meter Luftlinie gilt, betrieben werden. Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung muss sich also allein an einem eigenen Krankenhausstandort befinden (vgl. BT-Drs. 21/4527, S. 310). Dies ist auch wesentlich für den Erhalt von Fördergeldern aus dem Transformationsfonds.

Erhalt einer LG trotz Nichterfüllung der Qualitätsvorgaben

Unter bestimmten Voraussetzungen kann die Krankenhausplanungsbehörde Standorten LG zuweisen, ohne dass die Standorte die jeweiligen Qualitätskriterien erfüllen (auch nicht in Kooperation), und zwar wenn

- » die Zuweisung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist,
- » der Betrieb des jeweiligen Krankenhausstandortes vollständig oder teilweise eingestellt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Aufrechterhaltung des Betriebs bis zu dessen Einstellung zwingend erforderlich ist oder
- » die Zuweisung für einen Zusammenschluss im Sinne des § 37 GWB zwingend erforderlich ist.

Es handelt sich also insofern um eine weitreichende zeitlich unbegrenzt mögliche Öffnungsklausel, weil sie einen gänzlichen Verzicht auf die Qualitätsvorgaben beinhaltet.

Eine Hürde besteht dabei darin, dass nicht nur die Krankenhausplanungsbehörde, sondern auch die Krankenkassen mit der Zuteilung der LG einverstanden sein müssen. Diese Hürde entfällt allerdings für einen befristeten Zeitraum: Erfolgt durch die Krankenhausplanungsbehörde eine Zuweisung bis spätestens zum 31. Dezember 2026 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2027, so bedarf es keines Einvernehmens mit den Krankenkassen. Gefordert wird stattdessen lediglich „im Benehmen“, so dass die Krankenhausplanungsbehörde diejenige ist, die abschließend allein entscheiden darf. Die Zuweisung der LG erfolgt allerdings nur befristet für drei Jahre. Eine Verlängerung um weitere drei Jahre ist möglich, aber dann nur mit Zustimmung der Krankenkassen.

Stand der Planungen in den Ländern

Nordrhein-Westfalen (Übergangsregelung)

Nordrhein-Westfalen gilt als Vorreiter, weil bereits der Krankenhausplan NRW 2022 an LG ausgerichtet ist. Es bleibt bei der Übergangsregelung, dass in Nordrhein-Westfalen diejenigen LG weiter gelten, die das Land bis zum 31. Dezember 2024 Krankenhäusern für deren Standorte zugewiesen hat. Folgerichtig findet in Nordrhein-Westfalen – anders als in allen anderen Bundesländern – derzeit kein Verfahren statt, in dem der Medizinische Dienst (MD) die Einhaltung von Qualitätskriterien für die Zuweisung von LG nach dem SGB V prüft.

Eine weitere Regelung hierzu ist neu: Falls bis zum 31. Dezember 2030 in Nordrhein-Westfalen erneut LG zugewiesen werden und diese Zuweisung nach Bundesrecht, also nicht nach Landesrecht erfolgt, so gilt auch in Nordrhein-Westfalen das MD-Nachweisverfahren. Dies hat zur Folge, dass die Erfüllung der Qualitätskriterien durch ein Gutachten des MD nachzuweisen sind. Möglich ist aber bis zum 31. Dezember 2030 auch, dass erneute Zuweisungen nach Landesrecht erfolgen. Dann richtet sich der Nachweis der Erfüllung der Qualitätskriterien für die beantragten LG nach Landesrecht, erfolgt also nicht durch ein Gutachten des MD.

Weitere Bundesländer (Auszug)

Der neue Krankenhausplan in *Hessen* ist im Dezember 2025 in Kraft getreten. Bei der Zuweisung von LG können über die bundesbezogenen Auswahlkriterien hinaus auch eigene Qualitätsanforderungen herangezogen werden. Daneben können spezifische hessische Planungs- und Versorgungsziele berücksichtigt werden. Die insgesamt 125 Anträge der Krankenhäuser liegen derzeit beim MD zur Überprüfung.

In *Baden-Württemberg* ist der neue Krankenhausplan am 3. März 2026 in Kraft getreten. Die bisherige Rahmenplanung nach Fachabteilungen ist auf eine Planung nach LG umgestellt worden. Unterschieden werden drei Planungsebenen (Grund- und Regelversorgung nach Stadt- und Landkreisen, 6 Versorgungsregionen für komplexe Leistungen und das Land Baden-Württemberg als Versorgungsregion für hochkomplexe Leistungen). Die Anträge der Krankenhäuser liegen beim MD zur Überprüfung.

In *Bayern* ist der Krankenhausplan mit Wirkung zum 1. Januar 2026 fortgeschrieben worden (51. Fortschreibung). Bis zum 30. November 2025 mussten die bayeri-

schen Krankenhäuser ihre Anträge für die Zuweisung von LG stellen, wenn eine Zuweisung bis zum 1. Januar 2027 gewährleistet werden soll. Auch hier läuft aktuell also die Prüfung der Erfüllung der Qualitätskriterien des MD.

Praxis-Hinweis

Durch das KHAG wird das KHVVG um eine hohe Anzahl an komplex definierten Ausnahmeregelungen für die Qualitätsmerkmale ergänzt. Zentral ist die nun vorhandene Option, Mindestqualitätsanforderungen in Kooperation mit einem Partner in 2.000 Meter Umkreis zu gewährleisten. Dies wird viele kleine Krankenhäuser betreffen, die in der Vergangenheit zum Beispiel ein Labor oder die Radiologie in Kooperation am Standort gewährleistet haben. Angesichts der Vielzahl von weiteren Ausnahmetatbeständen dürfte es nur wenige Standorte in Deutschland geben, die – Einvernehmen zwischen den Krankenhausplanungsbehörden und den Krankenkassen vorausgesetzt – Leistungen infolge des Bundesrechts aufgeben müssen. Der ordnungspolitische Selektionsdruck ist dementsprechend deutlich geringer als zuvor. Auf der anderen Seite stellt die Regelung zur Facharztpräsenz im Regeldienst und bei Anwesenheitsdiensten eine neue und für viele Standorte in ihren wirtschaftlichen und personellen Auswirkungen schwierig kalkulierbare Anforderung dar. Hier sind noch erhebliche Diskussionen zu erwarten.



Anke Harney
Rechtsanwältin,
Fachanwältin für Medizinrecht

Münster
T +49 251 48261-124
a.harney@solidaris.de



Dr. med. Rolf Syben, MBE

Köln
T +49 2203 8997-374
r.syben@solidaris.de

Anerkennung ausländischer ärztlicher Abschlüsse – ein unterschätztes Problem

Von Agnieszka Kreutzberg und Bettina Weber

Die Anerkennung ausländischer ärztlicher Berufsqualifikationen ist der zentrale Schritt für Ärzte auf dem Weg in den deutschen Arbeitsmarkt. Gleichzeitig stellt sie Krankenhäuser, MVZ und Arztpraxen bei der Gewinnung und Bindung qualifizierten Personals vor erhebliche organisatorische und rechtliche Herausforderungen. Viele Ärzte aus Drittstaaten dürfen während des Anerkennungsverfahrens lediglich auf Grundlage einer befristeten Berufserlaubnis tätig sein. Verzögert sich das Approbationsverfahren, droht nicht selten der Verlust der Beschäftigung und damit auch der Wegfall dringend benötigter ärztlicher Arbeitskraft. Das Anerkennungsverfahren ist abhängig vom Herkunftsland des ärztlichen Abschlusses und folgt einem abgestuften System. Prüfungsumfang, Dauer und Komplexität unterscheiden sich erheblich und wirken sich unmittelbar auf Personalplanung und Versorgungssicherheit aus.

Automatische Anerkennung innerhalb der EU

Das schnellste und rechtlich unkomplizierteste Verfahren ist die automatische Anerkennung nach der Richtlinie 2005/36/EG. Sie gilt ausschließlich für gelistete ärztliche Abschlüsse aus EU- und EWR-Staaten mit harmonisierten Ausbildungsstandards. Eine inhaltliche Gleichwertigkeitsprüfung findet nicht statt; die zuständige Behörde prüft lediglich Identität, Dokumentenechtheit und formale Voraussetzungen.

Abschlüsse aus der EU, dem EWR oder gleichgestellten Staaten ohne automatische Anerkennung

Nicht jeder EU- oder EWR-Abschluss fällt jedoch unter diese Regelung. Ältere oder nicht gelistete Abschlüsse werden zwar unionsrechtlich behandelt, unterliegen jedoch einer inhaltlichen Gleichwertigkeitsprüfung. Maßgeblich im Rahmen der Prüfung sind Ausbildungsdauer, -inhalte sowie die praktischen Ausbildungsanteile. Werden wesentliche Unterschiede festgestellt, können Ausgleichsmaßnahmen wie Anpassungslehrgänge oder Eignungsprüfungen angeordnet werden. Bei bestätigter Gleichwertigkeit ist der Abschluss der deutschen ärztlichen Ausbildung gleichgestellt.

Drittstaatenabschlüsse

Bei ärztlichen Abschlüssen aus Drittstaaten ist nach geltender Rechtslage zwingend eine vollständige individuelle Gleichwertigkeitsprüfung durchzuführen. Ausbildungsstruktur, Curriculum, praktische Einsätze und Prüfungsleistungen werden detailliert mit der deutschen Ausbildung verglichen. Können wesentliche Unterschiede nicht festgestellt oder durch nachgewiesene Berufserfahrung ausgeglichen werden, wird die Gleichwertigkeit bestätigt.

Gelingt dies nicht, ordnet die Behörde eine Kenntnisprüfung an. Diese stellt für viele Betroffene eine erhebliche Hürde dar, da sie in Umfang und Niveau der deutschen ärztlichen Prüfung entspricht. Sie ist mit hohen fachlichen Anforderungen, langen Wartezeiten, erheblichem Vorbereitungsbedarf und zusätzlichen sprachlichen Anforderungen verbunden.



Kapazitätsengpässe rechtfertigen keine Abweichung vom Gesetz

Zur bundesweit einheitlichen und fachkundigen Prüfung wurde die Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe (GfG) eingerichtet. Infolge eines starken Anstiegs von Anträgen aus Drittstaaten kam es jedoch zu erheblichen Kapazitätsengpässen, zeitweise auch zur Aussetzung neuer Gutachten. Teilweise greifen die Behörden wieder auf externe Gutachter zurück, was das Risiko uneinheitlicher Entscheidungen erhöht.

Parallel zeigt sich in der Praxis eine zunehmende Tendenz, Antragsteller bereits zu Beginn des Verfahrens – mitunter als „freiwillige Option“ – auf die Kenntnisprüfung zu verweisen, ohne zuvor eine Gleichwertigkeitsprüfung durchzuführen. Diese Praxis ist rechtswidrig. Die Gleichwertigkeitsprüfung ist gesetzlich vorgeschrieben und nicht disponibel. Zahlreiche verwaltungsgerichtliche Entscheidungen, unter anderem des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs sowie der Oberverwaltungsgerichte in Sachsen und Thüringen, bestätigen dies ausdrücklich. Behörden bleiben verpflichtet, das Verfahren innerhalb von drei bis sechs Monaten nach Vorlage der vollständigen Unterlagen abzuschließen.

Gesetzesvorhaben: Kenntnisprüfung soll zukünftig Regelfall sein

Mit dem Gesetz zur Beschleunigung der Anerkennungsverfahren soll die Kenntnisprüfung für Drittstaatenabschlüsse ab dem 1. November 2026 zum gesetzlichen Regelfall werden. Für den ärztlichen Bereich wird sie ausdrücklich als Berufszulassungsprüfung ausgestaltet und legt einheitliche Anforderungen für alle Antragsteller zugrunde. Die dokumentenbasierte Gleichwertigkeitsprüfung soll künftig nur noch auf ausdrücklichen Antrag erfolgen.

Ziel der Reform ist eine Verfahrensbeschleunigung und die Entlastung der Behörden von aufwendigen Dokumentenprüfungen. Die konkrete Ausgestaltung der Kenntnisprüfung ist bislang offen und soll erst durch Änderungen der Approbationsordnung geregelt werden. Die Bundesärztekammer weist darauf hin, dass die Prüfung lediglich den Kenntnisstand am Prüfungstag abbildet und weder Struktur noch Umfang der absolvierten Ausbildung berücksichtigt. Zudem könnten begrenzte Prüfungskapazitäten neue Engpässe schaffen.

Praxis-Hinweis

Derzeit bleibt die dokumentenbasierte Gleichwertigkeitsprüfung das gesetzliche Herzstück des Approbationsverfahrens für Ärzte aus Drittstaaten. Eine direkte Verweisung auf die Kenntnisprüfung ist nach geltendem Recht unzulässig. Antragsteller haben einen Anspruch auf eine ordnungsgemäße, inhaltliche und zeitnahe Prüfung. Für Krankenhäuser und andere Arbeitgeber ergibt sich daraus eine klare Handlungspflicht: Anerkennungsverfahren müssen frühzeitig, aktiv und realistisch in die Personalplanung integriert werden. Eine enge Begleitung der betroffenen Ärztinnen und Ärzte sowie eine vorausschauende Abstimmung mit den zuständigen Behörden sind daher strategisch unverzichtbar. Auch nach der ggf. neuen Rechtslage ab November 2026 besteht ein Anspruch auf die Gleichwertigkeitsprüfung, allerdings nur noch auf gesonderten Antrag und nicht mehr als Regelfall. Für ausländische Ärzte bedeutet dies: Die eigene Rechtsposition ist stärker, als häufig angenommen wird. Mit qualifizierter rechtlicher Begleitung lassen sich Anerkennungsverfahren oftmals deutlich beschleunigen. Künftig wird sorgfältig abzuwägen sein, ob die Regelfall-Kenntnisprüfung oder eine dokumentenbasierte Gleichwertigkeitsprüfung im Einzelfall strategisch sinnvoller ist.



Agnieszka Kreutzberg, LL.M.
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

Köln
T +49 2203 8997-422
a.kreutzberg@solidaris.de



Bettina Weber
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

Köln
T +49 2203 8997-550
b.weber@solidaris.de

Neues Einrichtungsrecht in Baden-Württemberg

Von Frank Dickmann und Karsten Schulte

Baden-Württemberg hat sich ein neues Einrichtungsrecht für die stationäre Pflege und die stationäre Eingliederungshilfe gegeben. Zwei neue Rechtsquellen versuchen ambitioniert und durchaus vielversprechend, den Bürokratie- und Regulierungswildwuchs im Heimrecht zurückzustutzen.

Das Teilhabe- und Pflegequalitätsgesetz (TPQG) ist am 28. Februar 2026 in Kraft getreten. Die aus dem Gesetz abgeleitete Teilhabe- und Pflegequalitätsgesetz-Ausführungsverordnung (TPQGAVO) gilt seit dem 12. März 2026. Das bisher in Baden-Württemberg geltende Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG) wurde damit abgelöst, die bisher geltende Landesheimmitwirkungsverordnung ersatzlos außer Kraft gesetzt. Die TPQGAVO ersetzt die bisherige LHeimBauVO und die LPersVO.

Reduzierter Anwendungsbereich des Gesetzes

TPQG und TPQGAVO gelten nach § 2 TPQG nur noch für stationäre Einrichtungen für volljährige pflegebedürftige Menschen mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI und für Einrichtungen der Eingliederungshilfe für volljährige Menschen mit Behinderungen, die den Räumlichkeiten im Sinne von § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI entsprechen. Eine ganze Reihe von Einrichtungstypen, die vom bisherigen Landesrecht zum Teil erfasst wurden, fallen aus dem Anwendungsbereich heraus:

- » *Ambulant betreute Wohngemeinschaften*: Die Herausnahme der Wohngemeinschaften aus dem Einrichtungsrecht (und damit aus der Überwachung durch die staatlichen Heimaufsichten) war einer der umstrittensten Aspekte des Gesetzgebungsverfahrens. Als Zugeständnis an die Kritiker wurde eine Anzeigepflicht für Wohngemeinschaften ergänzt sowie eine Beschwerdestelle eingerichtet.
- » *Teilstationäre Angebote* fallen ebenfalls nicht unter das TPQG. Der Wortlaut des Gesetzes ist dazu zwar nicht ganz eindeutig, aber die Gesetzgebungsmaterialien lassen den gesetzgeberischen Willen erkennen.

» *Einrichtungen ohne Versorgungsvertrag* nach § 72 SGB XI fallen im Umkehrschluss aus der Positivdefinition des § 2 TPQG auch nicht unter das Gesetz.

» *Hospize* werden ebenfalls nicht erfasst.

Vergleicht man den Anwendungsbereich des TPQG mit dem vorher geltenden Recht (oder auch mit dem Recht anderer Bundesländer), so zeigt sich deutlich, dass es Baden-Württemberg ernst meint mit einer Deregulierung. Während bisher die Tendenz dahin ging, immer mehr Wohn- und Lebensformen in die staatliche Überwachung zu nehmen, konzentriert sich das TPQG auf die vollstationären Einrichtungen der Pflege und der Eingliederungshilfe. Im Grunde kehrt das Gesetz zurück, wo das Bundesheimgesetz im Jahre 1975 gestartet ist.

Entbürokratisierung des Mitwirkungsrechts

Ebenfalls seit dem Bundesheimgesetz gehören Regelungen zum Mitbestimmungsrecht der Bewohner zum Normbestand des Heimrechts. Mit der Föderalisierung des Heimrechts in den Nuller-Jahren haben alle Bundesländer (auch bisher Baden-Württemberg zunächst im LHeimG, später WTPG) diese Materie übernommen, obwohl die Föderalisierung mit dem Verbleib des Vertragsrechts auf Bundesebene (seit 2009 im Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) geregelt) den ordnungsrechtlichen Kern des Heimrechts auf Länderebene unterstrichen hat. Und im Ordnungsrecht ist die Partizipation der Bewohner systematisch falsch verortet.

Baden-Württemberg hat nun einen überzeugenden neuen Ansatz gewählt: Es verzichtet vollständig auf eigene Detailregelungen. Stattdessen nimmt der Gesetzgeber die Einrichtungen in die Pflicht: Sie müssen die Mitwirkung und die Mitgestaltung der Bewohner gewährleisten und fördern sowie die Bildung von Mitwirkungsgremien unterstützen. Das „Ob“ der Mitsprache wird also nicht in Frage gestellt (dies war eine im Gesetzgebungsverfahren vielfach geäußerte Befürchtung), vielmehr wird beim

„Wie“ ein Handlungsspielraum eröffnet. Der Wegfall einer ganzen Verordnung, ohne das berechtigte Ansinnen einer Mitbestimmung zu beseitigen, scheint im Sinne einer Deregulierung begrüßenswert. Bis zum 30. Juni 2028 soll dem Landtag über die Auswirkungen des Gesetzes berichtet werden – sicher auch über Erfolg oder Misserfolg der Deregulierung.

Wegfall des Verbots der Leistungsannahme

Noch etwas, was wie selbstverständlich zum Heimrecht zu gehören schien, ist in Baden-Württemberg weggefallen: Das Verbot der Leistungsannahme über das vereinbarte Entgelt hinaus. Motive des Gesetzgebers waren der Bürokratieabbau, die Stärkung der Vertrauenskultur gegenüber den Trägern und das Verständnis des Annahmeverbots als Compliance-Thema, das in einem unternehmensinternen Prozess geregelt werden muss.

In manchen Bundesländern wurde der Anwendungsbereich des Leistungsannahmeverbots immer weiter ausgedehnt (etwa auf ambulante Dienste), andere Bundesländer behandeln das Instrument differenziert nach gemeinnütziger oder gewerblicher Trägerschaft. Verstöße sind in aller Regel bußgeldbewehrt. Der Deregulierungsansatz in Baden-Württemberg erscheint vor diesem Hintergrund als mutiger Schritt. Auch insoweit bleibt die Evaluation abzuwarten.

Konzentration auf den Kernbereich eines Ordnungsgesetzes

Das TPQG konzentriert sich auf ordnungsrechtliche Kernnormen, etwa zu den Grundanforderungen an einen Betrieb, zu Anzeige-, Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten. Der Turnus für Regelprüfungen wurde gestreckt: Innerhalb eines Kalenderjahres prüft die Behörde 30 % der Einrichtungen; innerhalb von fünf Jahren muss jede Einrichtung einmal an der Reihe gewesen sein. Die starre Fachkraftquote ist entfallen, was nach der verbindlichen Personalbemessung nach § 113c SGB XI im Ordnungsrecht eine richtige Konsequenz ist. Auch Aushang-, Auslage- oder Hinweispflichten auf Prüfberichte sind entfallen. Der Katalog der Ordnungswidrigkeiten wurde abgespeckt – eine erfreuliche Entwicklung, konträr zu der Tendenz in anderen Bundesländern.

Reduktion der Verordnungen

Das TPQG ermächtigt nur noch zum Erlass von Verordnungen zu baulichen und personellen Mindestanforderungen. Alle anderen (früheren) Verordnungsermächtigungen sind entfallen; zum Teil wurde nach altem Recht davon kein Gebrauch gemacht, was die Überflüssigkeit nahelegt. Der Ordnungsgeber hat bereits gehandelt und die neue TPQGAVO zu baulichen (Abschnitt 2) und personellen (Abschnitt 3) Mindestanforderungen erlassen. Zu baulichen Aspekten hat er weitestgehend Kontinuität zu den vorherigen Anforderungen gewahrt. Nur Vorschriften zu Standort und Einrichtungsgröße sind entfallen.

gungen sind entfallen; zum Teil wurde nach altem Recht davon kein Gebrauch gemacht, was die Überflüssigkeit nahelegt. Der Ordnungsgeber hat bereits gehandelt und die neue TPQGAVO zu baulichen (Abschnitt 2) und personellen (Abschnitt 3) Mindestanforderungen erlassen. Zu baulichen Aspekten hat er weitestgehend Kontinuität zu den vorherigen Anforderungen gewahrt. Nur Vorschriften zu Standort und Einrichtungsgröße sind entfallen.

Fazit

Gesetzgeber und Sozialministerium in Baden-Württemberg haben Mut bewiesen und versucht, die Regulierungsdichte im Heimrecht zurückzudrängen. Die gewählten Ansätze scheinen überzeugend. Nach der Deregulierung der Bewohner-Mitwirkung müssen sich Einrichtungen in Baden-Württemberg Gedanken zur Umsetzung machen. Ein Mitwirkungskonzept, das der Zweckbestimmung des Gesetzes gerecht wird, muss entwickelt und praktiziert werden – pragmatisch mag man sich an das bisherige Prozedere der alten HeimMitwV anlehnen. Zur Vereinfachung und als Sofort-Maßnahme kann man die gewählten und im Amt befindlichen Beiräte bis zum Ende ihrer Wahlperiode im Amt und ihre Kompetenzen unverändert lassen.



Prof. Frank Dickmann
Rechtsanwalt

Köln
T +49 2203 8997-385
f.dickmann@solidaris.de



Karsten Schulte
Rechtsanwalt, Fachanwalt für
Steuerrecht, Steuerberater

Freiburg
T +49 761 79186-29
k.schulte@solidaris.de



Bayerns neuer Rahmenvertrag: Vom Personalmangel zur Planungssicherheit

Von Britta Greb und Markus Pielen

Mit Abschluss eines Nachtrags zum Rahmenvertrag hat Bayern als erstes Bundesland einen wegweisenden Rechtsrahmen für Ausfallkonzepte in der stationären Pflege geschaffen. Im Mittelpunkt des Nachtrags vom 2. Februar 2026 steht die rechtssichere Refinanzierung von sogenannten Springerkonzepten zur Abfederung kurzfristiger Personalengpässe. Die Regelungen des seit 1. März 2013 geltenden Rahmenvertrags für die vollstationäre Pflege in Bayern und des Nachtrags von 18. April 2023 zur Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens nach § 113c SGB XI bleiben unberührt.

Rechtsgrundlage der Rahmenverträge in der stationären Pflege sind die §§ 75 ff. SGB XI. Sie konkretisieren die Leistungs- und Vergütungssystematik zwischen den Pflegekassen, den Trägern der Sozialhilfe und den Leistungserbringern. Der neue Nachtrag knüpft an bestehende Vereinbarungen an, erweitert diese jedoch um Regelungen zum „Personalausfallmanagement“. Der Landesrahmenvertrag wurde gemeinschaftlich durch Pflegekassen, Bezirke und Leistungsträger weiterentwickelt. Ziel war es, die landesrechtliche Ausgestaltung der Pflegevergütung an die bundesgesetzlichen Vorgaben – insbesondere an das Pflegeunterstützungs- und -entlas-

tungsgesetz (PUEG) – anzupassen und zugleich auf die seit Jahren bestehende strukturelle Personalknappheit zu reagieren.

Kernstück des Nachtrags ist die explizite Regelung der Refinanzierung von Springerpersonal. Dabei handelt es sich um zusätzlich vorgehaltenes Pflegepersonal, das bei kurzfristigem Ausfall – etwa durch Krankheit – eingesetzt wird. Bislang bestand in der Praxis erhebliche Rechtsunsicherheit, ob und in welchem Umfang die Kosten für Springerkonzepte als wirtschaftlich notwendig im Sinne des § 84 Abs. 2 SGB XI anzuerkennen sind. Der abgeschlossene Nachtrag schafft nun verbindliche Kriterien für die Anerkennung des Springerbedarfs, die Zuordnung der Personalkosten sowie deren Berücksichtigung in den Pflegesatzverhandlungen.

Mit dem Abschluss dieses Nachtrags heben die Vertragsparteien besonders hervor, dass betriebliche Ausfallkonzepte ein wichtiger Baustein für mehr Gesundheit und Zufriedenheit des Pflegepersonals sind. Auf Grundlage eines betrieblichen Ausfallkonzeptes werden nunmehr der Pflegeeinrichtung die von ihr gewährten Zuschläge, Zulagen und Prämien refinanziert, soweit deren Höhe wirtschaftlich und angemessen ist. Hierzu zählen insbesondere Zulagen für Springer, Einspringervergütungen und Vergütungen für Rufbereitschaften und Bereitschaftsdienste.

Die Vertragsparteien haben sich darauf verständigt, dass ein Zusatzschlüssel von bis zu 1:50 für betriebliche Ausfallkonzepte gemäß § 113c Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB XI innerhalb des Rahmens der festgelegten Personalobergrenzen grundsätzlich immer refinanziert wird. Eine Refinanzierung, die über die Personalobergrenze hinaus geht, kann nur vereinbart werden, wenn der Nachweis eines betrieblichen Ausfallkonzeptes erbracht wird und die Pflegeeinrichtung den Nachweis erbringen kann, dass eine geeignete Organisationsentwicklung zur Einführung eines systematischen Ausfallmanagements durchgeführt wurde oder diese zumindest konkret geplant ist. Zudem muss die Pflegeeinrichtung darlegen, dass einrichtungsspezifische Besonderheiten vorliegen, die es der Einrichtung unmöglich machen die Umsetzung eines betrieblichen Ausfallkonzeptes innerhalb der bestehenden Personalobergrenzen ohne zusätzliche Funktionsstellen zu gewährleisten.

Unverändert gelten die im Nachtrag vom 18. April 2023 eingeführten Regelungen zur Personalbemessung

(PeBeMe). Dieses bundesweit einheitliche Personalbemessungsverfahren ist seit 2023 verbindlich umzusetzen und bildet die Grundlage für die Mindestausstattung stationärer Pflegeeinrichtungen. Die Änderungen im bayerischen Rahmenvertrag stehen hierzu nicht im Widerspruch, sondern ergänzen das bestehende System. Während § 113c SGB XI die strukturelle Personalbemessung regelt, sichert das Ausfallkonzept eine kurzfristige Personalverfügbarkeit. Damit entsteht ein zweistufiges Sicherungssystem aus Regel- und Ersatzpersonal, das sowohl den gesetzlichen Anforderungen als auch den praktischen Notwendigkeiten Rechnung tragen soll. Ob in anderen Bundesländern ähnliche Regelungen eingeführt werden, bleibt abzuwarten.

Praxis-Hinweis

Der neue Nachtrag zum Rahmenvertrag eröffnet für Pflegeeinrichtungen in Bayern konkrete Gestaltungsspielräume, erfordert aber zugleich eine strategische und rechtssichere Planung und Umsetzung. Pflegeeinrichtungen sind gut beraten, ein schriftliches Ausfall- und Springerkonzept zu entwickeln oder bereits bestehende Konzepte entsprechend zu überarbeiten. Ein solches Konzept dient nicht nur der internen Organisation, sondern bildet eine wesentliche Grundlage für Pflegesatzverhandlungen.



Britta Greb, LL.M.
Rechtsanwältin

Köln
T +49 2203 8997-386
b.greb@solidaris.de



Markus Pielen
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater

Köln
T +49 2203 8997-184
m.pielen@solidaris.de



Nachhaltigkeitsberichterstattung 2026: Neue Impulse aus dem Bankenbereich

Von Matthias H. Appel und Niklas Koch

Die Diskussion um die Nachhaltigkeitsberichterstattung wurde in den vergangenen Jahren stark von der Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD) geprägt. Im Frühjahr 2026 hat sich die Perspektive jedoch verändert. Für viele Unternehmen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft steht nicht mehr die Frage im Mittelpunkt, ob kurzfristig ein umfassender Bericht nach europäischen Vorgaben erstellt werden muss. Wichtiger ist inzwischen, warum das Thema trotz abgeschwächter Berichtspflichten weiter auf der Agenda bleiben sollte. Der zusätzliche Impuls kommt aus dem Finanzierungsumfeld. Banken müssen Nachhaltigkeitsrisiken stärker und systematischer in ihre Steuerung und in ihre Kreditprozesse einbauen. Dadurch wächst auch der Bedarf an belastbaren Informationen auf Seiten der Kreditnehmer. Genau deshalb bleibt das Thema für Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, sozialwirtschaftliche Unternehmen, Trägerverbände und Komplexträger hoch relevant.

Wen die Berichtspflicht noch betrifft

Durch die europäischen Omnibus-Anpassungen ist der Kreis der verpflichtend berichtenden Unternehmen kleiner geworden. Im Mittelpunkt stehen vor allem große Kapitalgesellschaften und Konzernobergesellschaften mit mehr als 1.000 Beschäftigten und mehr als 450 Mio. Euro Umsatz. Für viele Träger und Unternehmen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft bedeutet das: Eine unmittelbare CSRD-Pflicht wird deutlich seltener bestehen als noch vor einiger Zeit angenommen.

Das heißt aber nicht, dass das Thema an Bedeutung verliert. Viele Einrichtungen haben bereits Daten erhoben, Projekte gestartet oder erste Zuständigkeiten aufgebaut. Dazu gehören etwa Energieverbräuche, Sanierungsmaßnahmen, technische Modernisierung, Klimaschutzansätze, Beschaffungsvorgaben, Arbeitsschutzthemen oder erste Nachhaltigkeitsberichte. Diese Vorarbeiten bleiben wertvoll. Sie können nun stärker für Steuerung, Finanzie-

zung und Investitionsplanung genutzt werden, statt nur unter dem Blickwinkel einer formalen Berichtspflicht betrachtet zu werden.

Neue Impulse aus dem Bankenrecht

Nachhaltigkeitsthemen spielen im Bankenumfeld nicht erst seit 2026 eine Rolle. Durch die neuen bankenaufsichtsrechtlichen Vorgaben werden sie nun jedoch deutlich stärker ausgebaut und systematischer in Steuerung, Risikobewertung und Kreditpraxis eingebunden. Seit dem 1. April 2026 gelten in Deutschland neue Regeln, mit denen europäische Vorgaben in deutsches Recht übernommen wurden. Im Kreditwesengesetz finden sich nun ausdrücklich Regelungen zu ESG-Risiken im Risikomanagement und zu ESG-Risikoplänen. Parallel gelten seit dem 11. Januar 2026 die finalen Leitlinien der Europäischen Bankenaufsicht zum Management von ESG-Risiken; ergänzende Leitlinien zur umweltbezogenen Szenarioanalyse folgen ab 1. Januar 2027.

Diese Regeln richten sich zwar zunächst an die Banken, nicht direkt an Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen oder andere Sozialunternehmen. Die praktische Wirkung ist trotzdem erheblich. Die Banken müssen ESG-Risiken inzwischen in Strategie, Risikoprüfung, Überwachung und langfristige Planung einbeziehen. Die europäischen Leitlinien verlangen ausdrücklich, dass die Institute solche Risiken identifizieren, messen, steuern und überwachen. Damit wird Nachhaltigkeit aus Sicht der Banken noch stärker zu einem Bestandteil der regulären Risiko- und Geschäftssteuerung. Dafür brauchen sie mehr Informationen über ihre Kunden.

Was Banken künftig häufiger wissen wollen

Banken dürften Nachhaltigkeitsthemen vermehrt systematisch in Kredit- und Risikoprozesse integrieren – neben Finanzkennzahlen spielen dann zum Beispiel Energie- und Gebäudedaten, Investitions- und Sanierungspläne sowie standortbezogene Klima- und Umweltrisiken eine größere Rolle: Wie energieintensiv sind Gebäude und Standorte? Welche Sanierungsbedarfe bestehen? Welche größeren Investitionen stehen an? Gibt es Risiken durch Hitze, Starkregen oder andere Klimafolgen? Wie ist das Thema intern organisiert? Und liegen die wichtigsten Daten überhaupt geordnet vor? Diese Fragen gewinnen an Gewicht, weil Banken ihre Risiken umfassender einschätzen und dokumentieren müssen.

Gerade für die Gesundheits- und Sozialwirtschaft ist das besonders relevant. Viele Einrichtungen arbeiten in

älteren oder energieintensiven Gebäuden, haben hohen Investitions- und Sanierungsbedarf und sind auf langfristige Finanzierung angewiesen. Gleichzeitig stehen sie unter wirtschaftlichem Druck, müssen Personal sichern und in Technik, Digitalisierung und Infrastruktur investieren. Deshalb ist Nachhaltigkeit heute nicht mehr nur ein Thema für die Außendarstellung oder die freiwillige Kommunikation. Sie wird zunehmend zu einem Thema für Bankgespräche, Investitionsplanung und strategische Entscheidungen.

Konsequenzen für Geschäftsführung und Aufsicht

Für Geschäftsführungen, Vorstände und Aufsichtsgremien bedeutet diese Entwicklung vor allem eines: Nachhaltigkeit sollte nicht länger nur als Spezialthema einzelner Fachbereiche behandelt werden. Wer die finanzielle Zukunftsfähigkeit einer Einrichtung sichern will, muss sich auch damit befassen, welche nachhaltigkeitsbezogenen Informationen intern vorhanden sind, wie belastbar sie sind und wie sie für Gespräche mit Banken, Fördergebern und anderen Finanzierungspartnern nutzbar gemacht werden können.

Das betrifft insbesondere Fragen, die in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft ohnehin strategisch bedeutsam sind: Wie entwickelt sich der Investitionsbedarf in den Gebäuden? Welche Maßnahmen zur Energieeinsparung oder technischen Modernisierung laufen bereits? Welche Risiken bestehen an einzelnen Standorten? Gibt es bereits Daten zu Strom, Wärme, Wasser oder Abfall? Wie werden Personalthemen, Arbeitsschutz und Governance intern dokumentiert? Viele Häuser verfügen zu einzelnen Punkten bereits über Informationen, aber oft liegen diese verteilt in Technik, Bauabteilung, Controlling, Personalabteilung, Qualitätsmanagement oder Einkauf vor. Der nächste Schritt besteht deshalb nicht darin, sofort ein perfektes Nachhaltigkeitssystem aufzubauen, sondern zunächst Transparenz über das Vorhandene zu schaffen.

Welche Rolle der VSME jetzt spielen kann

Wenn die gesetzliche Berichtspflicht für viele Unternehmen weniger wichtig wird, stellt sich die Frage nach einem praktikablen freiwilligen Rahmen. Genau hier kann der VSME-Standard (Voluntary Sustainability Reporting Standard for SMEs) helfen. Dieser Standard ist deutlich schlanker als die umfangreichen europäischen ESRS-Vorgaben und eignet sich gut, um vorhandene Nachhaltigkeitsinformationen strukturiert und verständlich aufzubereiten. Für viele Unternehmen und Träger der Ge-

sundheits- und Sozialwirtschaft kann der VSME deshalb ein sinnvoller Weg sein, um die wesentlichen Themen mit vertretbarem Aufwand in Ordnung zu bringen.

Sein Vorteil liegt darin, dass sich seine Anwendung auf die Themen beschränken lässt, die in der Praxis ohnehin wichtig sind: Energie und Gebäude, Emissionen, Wasser und Abfall, Mitarbeiter, Arbeitsschutz sowie Verantwortlichkeiten und Organisation. Genau diese Punkte sind häufig auch für Banken, Fördergeber und Aufsichtsgremien von Interesse. Der VSME ist damit nicht nur ein möglicher Berichtsstandard, sondern auch ein nützliches Raster für das interne Berichtswesen und für die Vorbereitung auf Nachfragen aus dem Finanzierungsumfeld. Das erleichtert die Vorbereitung auf Rückfragen und schafft mehr Sicherheit in Gesprächen mit Banken und Gremien.

Was jetzt praktisch zu tun ist

Für die Praxis braucht es jetzt keinen überkomplexen Einstieg. Entscheidend ist zunächst ein klarer Überblick. Einrichtungen und Träger sollten prüfen, welche nachhaltigkeitsbezogenen Daten bereits vorliegen. Ein sinnvoller erster Schritt besteht dann darin, die wirklich wichtigen Themen für das eigene Haus festzulegen. Meist gehören dazu die Gebäude und deren Energiebedarf, größere Investitionen und Sanierungsmaßnahmen, Personalthemen, Arbeitsschutz, Verantwortlichkeiten und grundlegende Umweltinformationen. Danach sollte geklärt werden, wer für welche Daten zuständig ist und wie diese Daten regelmäßig zusammengeführt werden können. Auf dieser Basis lässt sich ein einfaches internes Berichtswesen aufbauen, das nicht nur für einen freiwilligen Nachhaltigkeitsbericht nützlich ist, sondern auch für Bankgespräche, Förderanträge und strategische Entscheidungen.

Besonders wichtig ist dieser Punkt bei anstehenden Investitionsentscheidungen. Wer einen Neubau plant, größere Sanierungen vorbereitet oder bestehende Finanzierungslinien neu ordnen muss, sollte Nachhaltigkeit nicht erst dann aufgreifen, wenn die Bank konkrete Nachweise verlangt. Zu diesem Zeitpunkt ist es oft zu spät, um Daten und Zuständigkeiten noch in Ruhe zusammenzuführen. Besser ist es, frühzeitig eine belastbare Grundlage zu schaffen und bisherige Projekte, Erfassungen und Maßnahmen in einen nachvollziehbaren Zusammenhang zu bringen.

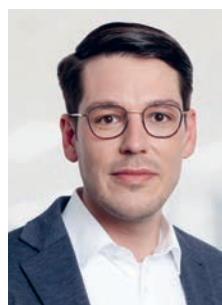
Fazit

Im Frühjahr 2026 ist Nachhaltigkeitsberichterstattung für viele Unternehmen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft weniger eine Pflichtfrage als eine Frage guter Vorbereitung. Die gesetzliche Pflicht nach der CSRD ist für viele Häuser weniger relevant als ursprünglich erwartet. Gleichzeitig steigt der Druck aus einer anderen Richtung: Banken müssen Nachhaltigkeitsrisiken stärker in ihre Steuerung und Kreditprozesse einbauen und werden deshalb mehr Informationen von ihren Kunden benötigen. Genau deshalb bleibt das Thema wichtig. Für die Praxis bedeutet das: Wer seine wesentlichen Nachhaltigkeitsthemen, Datenquellen und Zuständigkeiten jetzt ordnet, schafft eine gute Grundlage für die Zukunft. Der VSME kann dabei ein sinnvoller, pragmatischer Rahmen sein. Nachhaltigkeitsberichterstattung ist damit 2026 nicht nur ein Thema der Regulierung, sondern vor allem ein Thema von Finanzierung, Investitionsplanung und strategischer Steuerung.



Matthias H. Appel
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater,
Sustainability-Auditor^{DW}

Freiburg
T +49 761 79186-35
m.appel@solidaris.de



Niklas Koch, M.Sc.

Köln
T +49 2203 8997-534
n.koch@solidaris.de

Unterschätzte Gefahrenquelle: Verspätete oder unrichtige Umsatzsteuer-Voranmeldung

Von Simone Scheffer und Karsten Schulte

Eine pünktliche und korrekte Abgabe der Umsatzsteuer-Voranmeldung (USt-VA) gehört zu den zentralen steuerlichen Pflichten eines Unternehmers. Dennoch kommt es in der Praxis häufig vor, dass Voranmeldungen verspätet oder mit unzureichenden Angaben übermittelt werden. Dies ist keineswegs ein Kavaliersdelikt, sondern kann erhebliche strafrechtliche und finanzielle Konsequenzen nach sich ziehen.

Gesetzliche Pflicht zur fristgerechten Abgabe

Nach § 18 Abs. 1 UStG muss die USt-VA bis zum 10. Tag nach Ablauf des Voranmeldezeitraums elektronisch an das Finanzamt übermittelt werden. Die Umsatzsteuer ist eine sogenannte Fälligkeitssteuer, d. h. sie muss bereits vor der Jahreserklärung korrekt angemeldet werden. Viele Unternehmer machen in den Voranmeldungen jedoch nur pauschale Angaben und korrigieren diese erst in der Umsatzsteuerjahreserklärung, was oft mit Nachzahlungen verbunden ist. Diese Praxis birgt finanzielle und strafrechtliche Risiken. Insbesondere wenn Voranmeldungen mehrfach verspätet oder überhaupt nicht abgegeben wurden oder hohe Zahllasten, Zinsen oder Säumniszuschläge auflaufen, kann es zur Einleitung eines steuerstrafrechtlichen Ermittlungsverfahrens kommen. Auch im Rahmen einer Betriebsprüfung oder durch Kontrollmitteilungen anderer Behörden können unregelmäßige oder verspätete Meldungen offenkundig werden.

Steuerhinterziehung

Der objektive Tatbestand der Steuerhinterziehung gemäß § 370 AO ist verwirklicht, wenn ein Steuerpflichtiger über steuerlich erhebliche Tatsachen unrichtige oder unvollständige Angaben macht oder die Finanzbehörden pflichtwidrig über steuerlich erhebliche Tatsachen in Unkenntnis lässt und dadurch Steuern verkürzt. Steuern sind gemäß § 370 Abs. 4 AO dann verkürzt, wenn sie nicht, nicht in voller Höhe oder nicht rechtzeitig festgesetzt werden. Die Steuerverkürzung ist daher anzunehmen, wenn die USt-VA nicht rechtzeitig bzw. nicht zutreffend erfolgt, sodass das Finanzamt keine bzw. keine korrekte Zahlung anfordern kann – unabhängig davon,

ob tatsächlich ein Zahlungsausfall entstanden ist. Damit kann bereits mit der verspäteten Abgabe bzw. bei Abgabe mit unzutreffenden Angaben der objektive Tatbestand der Steuerhinterziehung gemäß § 370 AO erfüllt sein.

Vorsatz, Leichtfertigkeit oder Fahrlässigkeit

Hinsichtlich des subjektiven Tatbestandes der Steuerhinterziehung gemäß § 370 AO reicht ein Handeln mit bedingtem Vorsatz aus, der bereits dann anzunehmen ist, wenn die Steuerverkürzung billigend in Kauf genommen wird. Bei einer verspäteten Abgabe der USt-VA wird der bedingte Vorsatz in der Regel unterstellt, da die Fristen zur Abgabe als bekannt gelten. Bei einer inhaltlich unzutreffenden USt-VA ist Vorsatz gegeben, wenn der Steuerpflichtige im Zeitpunkt der Übermittlung der Voranmeldung die Unrichtigkeit der Angaben kannte oder zumindest billigend in Kauf nahm.



Bei einer leichtfertigen Vorgehensweise liegt gemäß § 378 AO eine leichtfertige Steuerverkürzung vor, die eine Ordnungswidrigkeit darstellt und mit einem Bußgeld geahndet werden kann. Leichtfertiges Handeln ist grundsätzlich anzunehmen, wenn der Steuerpflichtige die im Verkehr erforderliche Sorgfalt, deren Beachtung sich hätte aufdrängen müssen, außer Acht lässt.

Davon abzugrenzen ist wiederum die einfache Fahrlässigkeit. Einfache Fahrlässigkeit kann bei einem bloßen Büroversehen gegeben sein, zum Beispiel wenn in der Finanzbuchhaltung infolge eines Tippfehlers eine Eingangsrechnung mit einem überhöhten Wert erfasst, an den Lieferanten gezahlt und ein höherer Vorsteuerbetrag als in der Rechnung ausgewiesen geltend gemacht wird. Einfache Fahrlässigkeit bei der Verletzung steuerlicher Pflichten im Zusammenhang mit USt-VA führt grundsätzlich zu keinen Sanktionen, sofern die fehlerhafte USt-VA nach Kenntnis ihrer Unrichtigkeit gemäß § 153 AO berichtigt wird. Unterbleibt diese Berichtigung trotz nachträglicher Kenntnis der Fehlerhaftigkeit, wird hierdurch der Tatbestand der Steuerhinterziehung durch Unterlassen verwirklicht.

Nachträgliche Einreichung oder Korrektur als strafbefreiende Selbstanzeige

Bei einer Steuerhinterziehung gemäß § 370 AO stellen die nachträgliche Einreichung einer nicht rechtzeitig abgegebenen USt-VA sowie die Korrektur einer inhaltlich unzutreffenden USt-VA regelmäßig eine Selbstanzeige nach § 371 AO dar. Strafbefreiende Wirkung entfaltet die Selbstanzeige jedoch nur, wenn sämtliche Wirksamkeitsvoraussetzungen erfüllt sind. Dies setzt insbesondere voraus, dass unrichtige oder unvollständige Angaben vollumfänglich berichtigt, ergänzt oder unterlassene Angaben nachgeholt werden. Dies gilt für alle unverjährten Steuerstraftaten einer Steuerart, mindestens jedoch für die letzten zehn Kalenderjahre. Die Selbstanzeige muss vollständig sein und die hinterzogenen Steuern samt Zinsen müssen fristgerecht nachgezahlt werden. Hierbei ist auch das Kompensationsverbot zu beachten.

Wenn ein Unternehmer Umsatzsteuer hinterzogen hat, „rettet“ es ihn nicht, wenn der Saldo einer vollständigen und korrekten USt-VA identisch gewesen wäre. Eine zu niedrig erklärte Vorsteuer kann eine zu niedrig erklärte Umsatzsteuer nicht ausgleichen. Für die USt-VA gilt darüber hinaus die Sonderregel des § 371 Abs. 2a AO. Eine strafbefreiende Wirkung tritt insoweit grundsätzlich ein, wenn der Steuerpflichtige die einzelnen Voranmeldun-

gen berichtigt. Darüber hinaus darf bei einer Selbstanzeige keiner der in § 371 Abs. 2 AO genannten zeitlichen Sperrgründe vorliegen. Diese Sperrgründe sind insbesondere Tatentdeckung, Bekanntgabe einer Prüfungsanordnung nach § 196 AO sowie die Bekanntgabe der Einleitung eines Straf- oder Bußgeldverfahrens. Auch bei Hinterziehung im großen Ausmaß, also in der Regel bei Hinterziehungsbeträgen über 25.000 Euro je Tat, und bei besonders schweren Fällen tritt keine Strafbefreiung ein, stattdessen ist nur ein Absehen von der Strafe gemäß § 398a AO gegen Zahlung eines Zuschlags möglich.

Bei einer leichtfertigen Steuerverkürzung kommt eine strafbefreiende Selbstanzeige gemäß § 378 Abs. 3 AO unter erleichterten Bedingungen in Betracht.

Fazit

Verspätete oder unrichtige Umsatzsteuer-Voranmeldungen können weitreichende Folgen haben. Sie können den Tatbestand der Steuerhinterziehung erfüllen und strafrechtliche Ermittlungen nach sich ziehen. Unternehmer sollten daher Fristen strikt einhalten, korrekte und vollständige Angaben machen und Unrichtigkeiten unverzüglich korrigieren. Berichtigungen und Selbstanzeigen sollten dabei unter Hinzuziehung eines fachkundigen Steuerberaters erfolgen.



Simone Scheffer

Rechtsanwältin, Steuerberaterin,
Zertifizierte Beraterin für Steuer-
strafrecht

Münster

T +49 251 48261-150

s.scheffer@solidaris.de



Karsten Schulte

Rechtsanwalt, Fachanwalt für
Steuerrecht, Steuerberater

Freiburg

T +49 761 79186-29

k.schulte@solidaris.de



Gestiegene Anforderungen an den Inhalt der Umsatzsteuer-Voranmeldung

Von Claudia Lambers und Hauke Hübert

Unternehmen müssen die Umsatzsteuer-Voranmeldung verstärkt in den Blick nehmen. Das Bundesfinanzministerium (BMF) hat neue Vordrucke für die Umsatzsteuer-Voranmeldungen veröffentlicht, und der Bundesgerichtshof (BGH) gibt seine bisherige

Rechtsauffassung zur prozessualen Tat auf: Voranmeldungen und Jahreserklärung sind aufgrund fehlender steuerrechtlicher Verzahnung selbständige Steueranmeldungen mit eigenständigen Festsetzungsverfahren.

Mit Schreiben vom 29. Dezember 2025 – III C 3 - S 7344/00039/007/036 – hat das BMF die neuen Vordrucke für die Umsatzsteuer-Voranmeldungen für 2026 veröffentlicht. Sie enthalten eine wesentliche Anpassung in Zeile 55. Bisher war dort ein Freitextfeld enthalten, in dem entsprechende zusätzliche Angaben gemacht werden konnten. Dies war insbesondere dann sinnvoll, wenn sich in dem Voranmeldungszeitraum ein Vorsteuerüberhang ergeben hat. Hier ist nun eine Einordnung der ergänzenden Angaben in eine von vier Kategorien vorzunehmen und in der entsprechenden Anlage weitergehend zu erläutern ist. Eine Erläuterung, warum diese Anpassung in den Vordrucken vorgenommen wurde, gibt das BMF nicht an.

Wird eine der vier Kategorien ausgewählt, erfolgt seitens der Finanzverwaltung eine individuelle Bearbeitung der Voranmeldung. Diese Option kann Fluch und Segen zugleich sein. Zum einen können neue Sachverhalte bereits von Anfang an mit der Finanzverwaltung diskutiert und unter Umständen unterjährig geklärt werden. Zum anderen muss die Einordnung wohlüberlegt sein, da zum Beispiel die Angabe von Ziffer 2 (bei einer von der Finanzverwaltung abweichenden Rechtsauffassung) eine gute Vorbereitung und eine tiefgreifende Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Rechtsauffassungen voraussetzt.

Relevant kann diese Kategorie insbesondere dann sein, wenn die europäische Mehrwertsteuer-Systemrichtlinie eine Steuererleichterung enthält, die nicht oder nur unvollständig ins deutsche Recht umgesetzt wurde und insbesondere im Umsatzsteuer-Anwendungserlass eine vom EU-Recht abweichende Meinung vertreten wird. Durch die frühzeitige Kontaktaufnahme mit der Finanzverwaltung können jedoch möglicherweise steuerstrafrechtlich Konsequenzen abgewendet werden, da der Finanzverwaltung bereits alle Sachverhaltsangaben für strittige oder noch nicht vollständig geklärte Geschäftsvorfälle bekanntgegeben werden.

Dies gewinnt auch dadurch an Bedeutung, dass unrichtige oder verspätet abgegebene Voranmeldungen aufgrund der neuen Rechtsauffassung des Bundesgerichtshofes künftig eigenständig sanktioniert werden können. Dieser hat nämlich in einer aktuellen Entscheidung vom 10. Oktober 2025 – 1 StR 387/25 – seine bisherige Rechtsprechung, nach der die strafrechtliche Behandlung von unrichtigen Umsatzsteuer-Voranmeldungen und Umsatzsteuererklärungen des gleichen Jahres als eine Tat anzusehen sind, ausdrücklich aufgehoben.

Praxis-Hinweis

Unternehmen sollten den Prozess der Erstellung und Abgabe der Umsatzsteuer-Voranmeldung an die neuen Anforderungen anpassen und ihre Mitarbeiter schulen, damit sie sich der Bedeutung ihrer Angaben bewusst werden – jede einzelne Voranmeldung kann als eigenständige strafrechtlich relevante Handlung betrachtet werden. Der Erklärungsprozess muss klar strukturiert, gut dokumentiert und kontrolliert werden, da es für die strafrechtliche Beurteilung von Bedeutung ist, ob mehrere getrennte Weisungen vorlagen oder eine einheitliche Anweisung. Nachträglich auffallende Fehler sollten auf jeden Fall in der jeweiligen Voranmeldung berichtigt werden und nicht, wie in der Praxis üblich, in der Voranmeldung für Dezember gebündelt werden. Das interne Kontrollsystem muss auf die zeitnahe und vollständige Erfassung der Vorgänge ausgerichtet werden und eine fortlaufende Wertprüfung sicherstellen. Zur Vollständigkeit einer Umsatzsteuer-Voranmeldung gehört im Übrigen auch die Angabe der umsatzsteuerfreien Umsätze. Gerade im Bereich der Gesundheits- und Sozialwirtschaft sind diese Umsätze in aller Regel deutlich höher als die steuerpflichtigen Umsätze. Nach unserer Erfahrung kommt es hier verstärkt zu Nachfragen der Finanzämter, wenn diese Angabe erst im Rahmen der Umsatzsteuerjahreserklärung vorgenommen wird.



Claudia Lambers, B.Sc.

Münster
T +49 251 48261-184
c.lambers@solidaris.de



Hauke Hübert
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater

Münster
T +49 251 48261-172
h.huebert@solidaris.de



EuGH: Erweiterung der Steuerbefreiung für Kostenteilungsgemeinschaften

Von Markus Rohwedder und Benjamin Bühler

§ 4 Nr. 29 UStG enthält eine Umsatzsteuerbefreiung für sogenannte Kostenteilungsgemeinschaften. Gemeint sind damit selbständige Zusammenschlüsse mehrerer Einrichtungen – etwa von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Wohlfahrtsverbänden oder sonstigen gemeinnützigen Organisationen –, die bestimmte Leistungen gemeinsam organisieren und sich die hierfür entstandenen Kosten erstatten. Ziel der Vorschrift ist es, gemeinwohlorientierte Tätigkeiten nicht dadurch zu verteuern, dass interne Unterstützungsleistungen mit Umsatzsteuer belastet werden und sich so die strukturellen Kosten solcher Einrichtungen erhöhen.

In der Praxis ist diese Steuerbefreiung jedoch seit Jahren umstritten. Zwar beruht § 4 Nr. 29 UStG auf Art. 132 Abs. 1 Buchst. f der Mehrwertsteuersystemrichtlinie (MwStSystRL), die den Mitgliedstaaten einen entsprechenden Befreiungstatbestand vorgibt. Gleichwohl wurde der Anwendungsbereich der Norm durch die Finanzverwaltung bislang sehr eng gefasst, was dazu führte, dass viele Kooperationsmodelle vorsorglich der Umsatzsteuer unterworfen wurden.

Vor diesem Hintergrund kommt den Urteilen des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 22. Januar 2026 in

den Rechtssachen [C-379/24](#) und [C-380/24](#) erhebliche Bedeutung zu. Der EuGH hatte über die Reichweite der unionsrechtlichen Steuerbefreiung zu entscheiden und damit mittelbar auch über die unionsrechtskonforme Auslegung des § 4 Nr. 29 UStG. Im Ergebnis stärkt der Gerichtshof die Position der Kostenteilungsgemeinschaften deutlich und korrigiert die bislang in Deutschland vertretene Verwaltungspraxis.

Ausgangspunkt der Verfahren war insbesondere die restriktive Auslegung des sogenannten Unmittelbarkeitserfordernisses. Nach dem BMF-Schreiben vom 19. Juli 2022 – III C 3 - S 7189/20/10001 :001 – sollten nur solche Leistungen steuerfrei sein, die der begünstigten Tätigkeit der Mitglieder unmittelbar und direkt dienen. Leistungen, die lediglich organisatorische oder verwaltungstechnische Funktionen erfüllten – etwa Buchhaltung, Personalverwaltung, Rechtsberatung, Reinigungs- oder IT-Dienstleistungen –, wurden regelmäßig als nur mittelbar dienend qualifiziert und damit von der Steuerbefreiung ausgeschlossen. Diese Abgrenzung führte in der Praxis zu erheblichen Rechtsunsicherheiten.

Der EuGH hat dieser engen Sichtweise nun eine klare Absage erteilt. Nach Auffassung des Gerichtshofs dürfen die Mitgliedstaaten das Unmittelbarkeitserfordernis nicht derart auslegen, dass nur solche Leistungen begünstigt sind, die ausschließlich und unerlässlich für die steuerbefreite Tätigkeit der Mitglieder sind. Maßgeblich ist vielmehr, ob die Leistungen für die Tätigkeit der Mitglieder unmittelbar erforderlich sind. Eine qualitative Trennung zwischen „wesentlichen“ Kernleistungen und bloßen Unterstützungsleistungen kennt das Unionsrecht in dieser Form nicht.

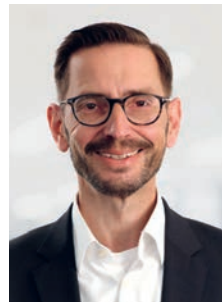
Darüber hinaus hat der EuGH zur Frage möglicher Wettbewerbsverzerrungen Stellung genommen, die nach dem Richtlinien text der Steuerbefreiung entgegenstehen können. Eine solche Wettbewerbsverzerrung darf nicht abstrakt oder pauschal angenommen werden. Vielmehr ist konkret zu prüfen, ob die Steuerbefreiung im jeweiligen Einzelfall tatsächlich geeignet ist, den Wettbewerb gegenüber steuerpflichtigen Marktteilnehmern spürbar zu beeinträchtigen. Allein der Umstand, dass vergleichbare Leistungen auch von privaten Dienstleistern erbracht werden könnten, reicht hierfür nicht aus.

Für die Praxis bedeutet dies eine begrüßenswerte Erweiterung des Anwendungsbereichs des § 4 Nr. 29 UStG.

Zahlreiche Leistungen, die bislang vorsorglich mit Umsatzsteuer abgerechnet wurden, kommen künftig für eine Steuerbefreiung in Betracht. Betroffene Einrichtungen sollten daher bestehende Kostenteilungsmodelle überprüfen und bewerten, ob bisher steuerpflichtig behandelte Leistungsbeziehungen unionsrechtskonform neu einzuordnen sind. Zugleich bleibt abzuwarten, in welcher Weise der nationale Gesetzgeber und das Bundesfinanzministerium auf die EuGH-Rechtsprechung reagieren und ihre bisherigen Verwaltungsauffassungen anpassen werden.

Fazit

Die Entscheidungen des EuGH setzen insgesamt ein deutliches Signal für eine funktionsgerechte und praxisnahe Auslegung der Steuerbefreiung für Kostenteilungsgemeinschaften. Sie stärken die Zusammenarbeit im gemeinwohlorientierten Bereich, eröffnen neue Gestaltungsspielräume, erfordern jedoch eine sorgfältige steuerliche Analyse im Einzelfall. Wenden Sie sich gerne an uns, wenn Sie in diesem Zusammenhang steuerliche Unterstützung benötigen.



Markus Rohwedder
Steuerberater

Köln
T +49 2203 8997-226
m.rohwedder@solidaris.de



Benjamin Bühler
Steuerberater

Köln
T +49 2203 8997-229
b.buehler@solidaris.de

Zum ermäßigten Umsatzsteuersatz und zur Zweckbetriebseigenschaft im Integrationsbetrieb

Von Jari Koschinski und Maik Scherer

Das Niedersächsische Finanzgericht (FG) hatte in einer sehr interessanten Entscheidung über die Anwendung des ermäßigten Steuersatzes von 7 % auf den Leistungen eines Integrationsunternehmens zu urteilen. Nicht nur war zu klären, ob die Voraussetzungen nach dem Umsatzsteuergesetz vorlagen, sondern zugleich, ob die Klägerin im Prüfungszeitraum überhaupt die Voraussetzungen der Zweckbetriebseigenschaft erfüllt hat. (FG Niedersachsen, Urteil vom 11. Dezember 2025 – 5 K 173/16).

Steuerbare und nicht steuerbefreite Leistungen eines Zweckbetriebs einer gemeinnützigen Körperschaft können mit dem ermäßigten Umsatzsteuersatz von derzeit 7 % gem. § 12 Abs. 2 Nr. 8 Buchst. a UStG besteuert werden. Für steuerbegünstigte Unternehmen mit einem Zweckbetrieb nach den §§ 66 bis 68 AO bietet dies unter Umständen einen nicht unerheblichen Finanzierungsvorteil. Sie können, soweit die Eingangsleistungen der Zweckbetriebstätigkeit zugeordnet werden können, die volle Umsatzsteuer ihrer Eingangsleistungen als Vorsteuer geltend machen und dadurch gegebenenfalls preisgünstiger gegenüber Endverbrauchern am Markt auftreten. Häufiger Anwendungsfall sind die Leistungen von Integrations- bzw. Inklusionsbetrieben oder Werkstätten für Menschen mit Behinderung, die „marktgängige“ Leistungen erbringen, die qualitativ und quantitativ denen der freien Wirtschaft gleichkommen. Dieser Vorteil weckt Begehrlichkeiten der nicht steuerbegünstigten Konkurrenz, die vergleichbare Leistungen erbringt und den Steuervorteil nicht besitzt. Der ermäßigte Steuersatz wird daher mit der Einschränkung gewährt, dass die Leistungen nicht in erster Linie der Erzielung zusätzlicher Einnahmen dienen und das gemeinnützige Unternehmen damit nicht in Konkurrenz zu Unternehmen tritt, die den allgemeinen Steuersatz von derzeit 19 % anwenden müssen.

Der Fall

Klägerin ist eine gewerbliche, nicht steuerbegünstigte Wäscherei, die in Ausschreibungen von Krankenhäusern in den Jahren 2012 und 2013 gegenüber der Beigelade-

nen unterlegen war. Die Beigeladene wiederum ist eine gemeinnützige GmbH, die ein Integrationsprojekt gemäß § 132 Abs. 1 SGB IX a. F. (für Neugründungen inzwischen durch Inklusionsprojekte nach §§ 216 ff. SGB IX abgelöst) betreibt und damit besonders betroffenen Menschen mit Behinderung Teilhabe am Arbeitsleben ermöglicht. Derlei Integrationsprojekte sind grundsätzlich bei Erfüllung der vorgeschriebenen Beschäftigungsquote von 40 % besonders betroffener schwerbehinderter Menschen als Katalogzweckbetrieb nach § 68 Nr. 3 Buchst. c AO steuerlich anzuerkennen, ihre Leistungen daher, auch wenn sie „marktgängigen“ Leistungen eines nicht begünstigten Gewerbetreibenden gleichen, daher zunächst als steuerbegünstigt anzusehen. Das Konkurrenzverbot des allgemeinen Zweckbetriebsbegriffes nach § 65



Nr. 3 AO ist insoweit unbeachtlich, weil § 68 AO diesem als *lex specialis* vorgeht. Ebenso wie die Klägerin erbringt die Beigeladene Wäschereileistungen, unter anderem für Krankenhäuser.

Die Klägerin verlangte, wohl durchaus in Anbetracht ihrer Niederlage im Preiskampf, dass die Beigeladene ihre Leistungen dem allgemeinen Steuersatz unterwirft. Unabhängig von diesem im vorangegangenen Rechtsbehelfsverfahren geltend gemachten Anspruch wurde die Beigeladene einer Betriebsprüfung unterzogen, die feststellte, dass die gemeinnützige Körperschaft zwischenzeitlich gar nicht die quotale Voraussetzung von § 68 Nr. 3 Buchst. c AO eingehalten habe (in elf von zwölf Monaten des Jahres 2013 betrug die tatsächliche Quote demnach nur zwischen 38 und 39 %).

Die Entscheidung

Der sich aus Betriebsprüfersicht ergebende Schluss, es liege deshalb (jedenfalls temporär) gar kein Zweckbetrieb nach § 68 Nr. 3 Buchst. c AO vor, ließ das FG jedoch nicht gelten. Zwar mag nach einem früheren Urteil desselben Senats (vom 14. Juni 2012 – 5 K 117/11) in Gründungs- oder Umwidmungsfällen die Zweckbetriebseigenschaft erst bei Erreichen der Quote erfüllt sein, ein temporäres Unterschreiten nach erstmaligem Erlangen der Zweckbetriebseigenschaft darf aber schon aus Gründen der Verhältnismäßigkeit nicht sogleich zur Aberkennung der Zweckbetriebseigenschaft führen.

Die Umsatzsteuerermäßigung wurde ebenfalls durch den Senat bejaht. Die Beigeladene verwirklicht ihre satzungsmäßigen gemeinnützigen Zwecke selbst. Der Zweck eines Integrationsprojekts erschöpft sich nicht in der bloßen Beschäftigung, sondern umfasst zwingend auch die aktive Mitwirkung schwerbehinderter Menschen an marktfähigen Leistungen, die Einbindung in reale Wertschöpfungsprozesse sowie die Teilhabe an existenzsichernder Erwerbsarbeit. Die streitgegenständlichen Wäschereileistungen seien daher nicht bloß mittelbeschaffend, sondern unmittelbare Zweckverfolgung. Auch ist die hierin liegende Ungleichbehandlung und Förderung der Beigeladenen sowohl verfassungs- als auch unionsrechtlich nicht zu beanstanden.

Das Urteil ist vorläufig nicht rechtskräftig und das Verfahren zur Revision beim Bundesfinanzhof anhängig (V R 2/26). Die Zulassung zur Revision begründet das Niedersächsische FG mit der Notwendigkeit der Rechtsfortbildung und Einheitlichkeit der Rechtsprechung.

Fazit

Von grundsätzlicher Tragweite ist, dass das Urteil des FG einen zentralen Gegenpol zur restriktiven BFH-Rechtsprechung zur Anwendung des ermäßigten Umsatzsteuersatzes nach § 12 Abs. 2 Nr. 8 Buchst. a UStG auf Leistungen von Integrationsprojekten bildet und eine bewusst weitgehende, unionsrechtsfreundliche und sozialpolitisch geprägte Auslegung vornimmt. Das FG liefert eine systematisch überzeugende Begründung, die der Gesetzgeber 2024 faktisch übernommen hat.

Positiv hervorzuheben ist ferner, dass das FG die starre Quotenregelung des § 68 AO pragmatisch angewandt hat. Zwar muss ein Mindestanteil schwerbehinderter Mitarbeiter zur Erfüllung der Zweckbetriebseigenschaft verbleiben; eine strikte Abhängigkeit von nicht beherrschbaren Externalitäten – insbesondere der dauerhaften Verfügbarkeit geeigneter Arbeitskräfte – widerspricht jedoch dem gemeinnützigkeitsrechtlichen Grundsatz, dass die Steuerbegünstigung an ein bewusstes, selbstloses Handeln der Körperschaft anknüpft. Auch arbeitsmarktpolitisch wäre es verfehlt, nicht-behinderte Mitarbeiter allein zur Quotenerfüllung freizustellen, zumal Integrationsprojekte gerade darauf zielen, beschäftigte Menschen mit Behinderungen perspektivisch in den regulären Arbeitsmarkt zu integrieren.



Jari Koschinski, M.Sc.
Steuerberater

Köln
T +49 2203 8997-127
j.koschinski@solidaris.de



Maik Scherer
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater

Freiburg
T +49 761 79186-37
m.scherer@solidaris.de

Steuer-Update kompakt

In dieser Rubrik finden Sie zusammenfassende Hinweise auf seit dem Erscheinen der letzten *Solidaris Information* veröffentlichte Urteile, Verwaltungsanweisungen und geplante Gesetzesänderungen, die für den Bereich der Gesundheits- und Sozialwirtschaft von Belang sind. Links zu den Originalentscheidungen enthält die Online-Ausgabe der *Solidaris Information* auf unserer Webseite www.solidaris.de.

Umsatzsteuerbefreiung für Second-Hand-Läden und Fahrradreparaturwerkstätten – BMF-Schreiben vom 11. Dezember 2025 – III C 3 - S 7175/00036/001/054

Gemeinnützige Organisationen können ab 2026 bestimmte Leistungen steuerfrei anbieten. Dazu gehören unter bestimmten Voraussetzungen der Betrieb von Second-Hand-Läden und Fahrradreparaturwerkstätten. Das Bundesfinanzministerium (BMF) hat hierfür mit Schreiben vom 11. Dezember 2025 den Umsatzsteuer-Anwendungserlass überarbeitet.

Nach § 4 Nr. 18 UStG sind Leistungen steuerfrei, die eng mit der Sozialfürsorge oder der sozialen Sicherheit verbunden sind. Davon umfasst sind insbesondere Leistungen gegenüber wirtschaftlich hilfsbedürftigen Personen. Bislang betraf dies überwiegend Beratungsangebote wie Schuldner- und Suchtberatung, Frauenhäuser, Unterstützungsangebote für Obdachlose und Tafeln. Mit der Ergänzung von Abschnitt A 4.18.1 Abs. 2 UStAE stellt das Ministerium nun ausdrücklich klar: Auch Leistungen von Second-Hand-Läden und Fahrradreparaturwerkstätten, die gegenüber wirtschaftlich hilfsbedürftigen Personen zu einem deutlich unter dem Marktpreis liegenden Entgelt erbracht werden, sind steuerfrei. Damit wird ein weit verbreitetes Tätigkeitsfeld vieler Wohlfahrtsverbände erstmals rechtssicher geregelt und steuerlich begünstigt.

Die Neuregelung gilt rückwirkend für alle noch offenen Umsätze ab dem 1. Januar 2020. Für Umsätze bis zum 31. Dezember 2025 akzeptiert die Finanzverwaltung jedoch weiterhin eine steuerpflichtige Behandlung. Ab dem 1. Januar 2026 ist die Umsatzsteuerbefreiung verbindlich anzuwenden, wenn die genannten Voraussetzungen

erfüllt sind. Für Organisationen bedeutet das: Spätestens zum Jahreswechsel 2025/2026 müssen Abrechnung und Prozesse entsprechend angepasst sein.

Diese Änderungen können sich deutlich auf die Kalkulation und die Planung von Fördermitteln auswirken. Daher empfiehlt es sich, schon jetzt sowohl die Preisstruktur als auch die Dokumentation der wirtschaftlichen Hilfsbedürftigkeit zu überprüfen, um bei späteren Nachweisen gegenüber dem Finanzamt vorbereitet zu sein. Es sind folgende Kriterien zu überprüfen:

- » Werden Leistungen zu einem deutlich unter dem Marktpreis liegenden Entgelt erbracht?



- » Handelt es sich bei den Leistungsempfängern um wirtschaftlich hilfsbedürftige Personen?
- » Sind die Abrechnungs- und Dokumentationsprozesse bereits an die neuen Vorgaben angepasst?

Die Neuregelung stärkt grundsätzlich die steuerliche Privilegierung sozialer Leistungen und schafft mehr Rechtssicherheit. Sie gilt sowohl für Einrichtungen des öffentlichen Rechts als auch für Organisationen ohne Gewinnerzielungsabsicht. Entscheidend ist jedoch stets die konkrete Ausgestaltung der Leistungen. Diskussionen mit der Finanzverwaltung könnten sich zukünftig hinsichtlich der Frage ergeben, ab wann das Entgelt deutlich unter dem Marktpreis liegt. Ebenso ist zu beachten, dass die wirtschaftliche Hilfsbedürftigkeit des Leistungsempfängers zu dokumentieren ist. Dies könnte ein praktisches Hindernis zur Anwendung der Steuerbefreiung darstellen.

Umsatzsteuerliche Behandlung dauerdefizitärer Tätigkeiten – BMF-Schreiben vom 20. Januar 2026 – III C 2 - S 7106/00069/003/117

Das Bundesfinanzministerium schafft in seinem neuen Schreiben mehr Klarheit über die umsatzsteuerliche Behandlung von Tätigkeiten, die dauerhaft nicht kostendeckend sind. Da der Bundesfinanzhof (BFH) und der Europäische Gerichtshof (EuGH) seit Jahren diskutieren, ob und in welchem Umfang in solchen Fällen ein Vorsteuerabzug zulässig ist, bringt das Schreiben nun wichtige Leitlinien zu Entgeltlichkeit und wirtschaftlicher Tätigkeit.

Hintergrund der umsatzsteuerlichen Änderung

Viele Einrichtungen – etwa Kulturbetriebe, der öffentliche Personennahverkehr, Bäder oder soziale Organisationen – sind darauf angewiesen, ihre Leistungen zu Preisen anzubieten, die weit unter dem marktüblichen Niveau liegen. Dadurch arbeiten sie dauerhaft defizitär und werden durch öffentliche Zuschüsse unterstützt, um ihre Angebote weiterhin erbringen zu können. Bisher galt: Solange diese Einrichtungen ausschließlich unternehmerisch tätig waren, stand ihnen der volle Vorsteuerabzug aus ihren Eingangsleistungen zu. Dabei kam es regelmäßig zu erheblichen Vorsteuerüberhängen.

Zentral ist daher die Frage, ob solche Einrichtungen trotz dauerhaft defizitärer Tätigkeit überhaupt wirtschaftlich tätig sind und ob eine entgeltliche Leistung im Sinne des Umsatzsteuergesetzes vorliegt. Die Rechtsprechung be-

schäftigt sich hiermit seit Jahren. Der BFH stellte in seinem Beschluss vom 22. Juni 2022 – XI R 35/19 – fest, dass bei rein symbolischen Entgelten kein echter Leistungsaustausch vorliegt. Das BMF gibt in seinem aktuellen Schreiben eine systematische Prüfreihenfolge vor und verschafft damit betroffenen Einrichtungen mehr Rechtssicherheit:

Prüfungsschritte des BMF

Schritt 1: Liegt ein Leistungsaustausch vor?

Ein Leistungsaustausch im Sinne des § 1 UStG setzt voraus, dass eine Lieferung oder sonstige Leistung gegen Entgelt erbracht wird. Wichtig ist hierbei:

- » Es spielt keine Rolle, ob das Entgelt unter den Selbstkosten liegt.
- » Entscheidend ist allein, dass ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Leistung und Zahlung besteht.

Nur wenn das Entgelt rein symbolisch ist, ist ein Leistungsaustausch zu verneinen.

Schritt 2: Liegt eine wirtschaftliche Tätigkeit vor?

Das BMF betont, dass eine entgeltliche Leistung allein nicht genügt, um eine wirtschaftliche Tätigkeit anzunehmen. Bei dauerhaft defizitären Einrichtungen ist eine Gesamtbetrachtung erforderlich. Entscheidend ist, ob die Tätigkeit nachhaltig der Erzielung von Einnahmen dient. Hierzu formuliert das BMF Vermutungsregelungen:

- » Besteht ein deutliches Missverhältnis zwischen Einnahmen und Kosten, kann der erforderliche Zusammenhang zwischen Preis und Leistung fehlen.
- » Liegt die Kostendeckungsquote bei maximal 3 %, wird widerlegbar vermutet, dass keine wirtschaftliche Tätigkeit vorliegt.
- » Zuschüsse reduzieren bei der Berechnung die Kostenbasis.

Einrichtungen können diese Vermutung widerlegen, müssen dafür jedoch sämtliche Umstände des Einzelfalls darlegen. Dies gilt insbesondere, wenn das Entgelt angemessen und allgemein (markt)üblich ist. Besteht zwischen Entgelten und Zuschüssen eine sachliche oder rechtliche Verbindung, sind diese miteinander zu verrechnen.



Beratung aktuell

Restrukturierung nach der Fusion – Bewährungsprobe für Synergieeffekte

Von Marcel Waldecker und Julia Pursche

Mit dem notariellen Vollzug, der Zustimmung der Gremien und der kartellrechtlichen Freigabe ist eine Krankenhausfusion formal abgeschlossen. Die Herausforderungen sind damit aber noch lange nicht vorbei – oftmals beginnt die wirklich kritische Phase erst danach. Denn ohne eine sauber geplante und konsequent gesteuerte Umsetzung droht aus der angestrebten Stärkung ein Sanierungsfall zu werden.

Synergiehypothesen reichen nicht aus

In der Fusionsanbahnungsphase wird regelmäßig eine ganze Reihe von potenziellen Synergieeffekten identifiziert: medizinische Spezialisierung, Standortkonzentration, Einkaufsvorteile, Abbau von Doppelstrukturen oder Skaleneffekte in der Verwaltung. Diese Prognosen sind häufig wichtige Argumente für die Fusionsentscheidung, bleiben aber naturgemäß vor der Umsetzung zunächst nur Erwartungen und modellhafte Potenzialrechnungen.

Damit aus den Prognosen auch Wirklichkeit werden kann, müssen die Hypothesen nach dem Closing in ein belastbares und zahlenseitig untermauertes Umsetzungsprogramm überführt werden. Gerade in der aktuellen Zeit, in der viele Häuser unter dem anhaltenden Reformdruck aufgerufen sind, sich strategisch neu auszurichten, ist die Ausarbeitung eines neuen, gemeinsamen Zielbildes unabdingbar. Es bedarf also nicht nur Einzelmaßnahmen bestimmten Bereichen, sondern die Maßnahmen müssen konsequent an dem gemeinsamen Zielbild ausgerichtet und aufeinander abgestimmt sein. Konkret bedeutet das:

- » klare Zielbilder für Medizin, Pflege und Administration
- » transparente Investitions- und Restrukturierungsmaßnahmen

- » Quantifizierung der Kosten und Ergebnisbeiträge je Maßnahme
- » Überführung der Maßnahmen in eine gemeinsame integrierte Planungsrechnung
- » realistische Zeitpläne mit Meilensteinen
- » klare Definition von Verantwortlichkeiten auf Geschäftsführungs- und Bereichsebene

Ohne diese Konkretisierung bleiben Parallelstrukturen bestehen, das operative Tagesgeschäft läuft unverändert weiter. Synergien bleiben dann „auf dem Papier“ – mit der Folge, dass sich die wirtschaftliche Situation trotz Fusion nicht verbessert oder sogar verschlechtert.

Reformkonformität erforderlich

Die Krankenhausreform verändert die Rahmenbedingungen in der Branche grundlegend. Leistungsgruppen, Mindestvorgaben und Vorhaltefinanzierung erzwingen eine strategische Neuausrichtung. Jede angestrebte Synergie muss daher reformkonform gedacht werden. Darüber hinaus können sich mit der Fusion Optionen auf eine Förderung durch den Krankenhaustransformationsfonds ergeben, die es eingehend zu prüfen und vorzubereiten gilt. Eine saubere Umsetzungsplanung integriert eine medizinstrategische Zielstruktur, die Investitionsplanung, die Personalentwicklung sowie die mittelfristige Wirtschaftsplanung in einem konsistenten Gesamtkonzept.

Verwaltungsintegration: Tempo und Konsequenz

Nicht selten wird die Verwaltungsintegration vernachlässigt, obwohl vor allem hier in vielen Fusionen die kurzfristig realisierbaren Ergebnisverbesserungen liegen. Finanz- und Rechnungswesen, Controlling, Einkauf, IT, Personalmanagement und Patientenadministration müssen möglichst frühzeitig harmonisiert werden. Unterschiedliche ERP-Systeme, heterogene Prozesslandschaften oder uneinheitliche Berichtssysteme führen sonst zu Intransparenz und Doppelarbeit. Eine klare Zielorganisation mit standardisierten Prozessen und zentraler Steuerung ist Voraussetzung, um die geplanten Effekte schnell und tatsächlich zu heben. Dazu sind allerdings zunächst nicht unerhebliche Ressourcen erforderlich. Externe Unterstützung kann helfen, die Umsetzung zu beschleunigen. In der Industrie ist ein Post-Merger-Unterstützungsteam nahezu immer im Einsatz – der Return-Invest ist zumeist schon im ersten Jahr gegeben.

Klare Führungsstrukturen erforderlich

Ein zentrales Integrations- oder Transformationsbüro versteht die Motive der Fusion (Synergien, Wachstum, Teilhabeorientierung, Professionalisierung, Kosteneffizienz usw.) und übersetzt strategische Ziele in konkrete Programme, Projekte und Arbeitspakete. Dabei ist es eine Kernaufgabe, die Geschäftsführung bzw. der Lenkungsausschusses in eine Entscheidungs- und Steuerungsmöglichkeit zu versetzen. Dabei sind insbesondere die folgenden Punkte wichtig:

- » Synchronisierung aller Arbeitsstränge (z. B. Personal, Finanzen, IT, Pflege/Betreuung, Organisation, Markenführung)
- » Transparenz über Fortschritt, Entscheidungsbedarfe und Abhängigkeiten
- » standardisierte Arbeitsweisen, Reporting- und Entscheidungs-routinen
- » Moderation bei Spannungen und Sicherung in einem emotionalen und politisch sensiblen Kontext

Regelmäßige Abstimmungen zwischen den Führungskräften und eine transparente Berichterstattung an Aufsichtsorgane sind keine Formalien, sondern Erfolgsfaktoren. Ein stringentes Synergie-Controlling darf nicht fehlen. Jede Maßnahme sollte mit einer eigenen Planung hinterlegt und regelmäßig auf Zielerreichung überprüft werden. Nur so wird aus der Fusion ein gesteuerter Transformationsprozess mit hoher Erfolgswahrscheinlichkeit.

Wichtiges Steuerungsinstrument – die Fusionsplanung

Bei Fusionen sollte eine integrierte Planungsrechnung (Bilanz, GuV, Cashflow) als zentrales Steuerungsinstrument aufgesetzt werden, um die wirtschaftlichen Auswirkungen des Zusammenschlusses transparent, konsistent und belastbar abzubilden. Sie verbindet operative Annahmen, Synergieeffekte und Integrationsmaßnahmen in einem einzigen Finanzmodell. Dabei steht die Bewertung des wirtschaftlichen „Fusion-Case“ im Vordergrund. Hier gibt es unterschiedliche Herangehensweisen, um eine Planung über 3 bis 5 Jahre zu erarbeiten.

- » Neu aufgesetzte Planung des neuen Unternehmens: Bei dieser Herangehensweise wird eine neue Planung erstellt, die von Beginn an von den Grundannahmen

des fusionierten Unternehmens ausgeht. Es werden keine separaten Planungen ohne Fusionseffekte erstellt, sondern eine Planung, die alle Effekte beinhaltet.

- » Fusionierte Planungen mit Maßnahmen: Es werden zwei Planungen ohne Verbesserungseffekte des Zusammenschlusses erstellt. Via Maßnahmenintegration werden beide Planungen zusammengeführt zu einer Gesamtplanung für den Fusionsprozess einschließlich aller Veränderungsmaßnahmen.

Hier gibt es keine richtige oder falsche Herangehensweise. Die jeweils aufgestellte Planung sollte technisch einwandfrei und integriert, die Prämissen sollten zwischen beiden Unternehmen abgestimmt sein. Die anzuwendende Vorgehensweise hängt mitunter auch von der gesellschaftsrechtlichen Konstruktion der Fusion ab. Eine Risiko- und Szenarioanalyse sollte unbedingt Bestandteil der integrierten Planung sein, um gleich zu Beginn auch mögliche Liquiditätsrisiken einordnen zu können. Dabei sollten die Veränderungen separiert dargestellt werden, so dass auch die Nicht-Umsetzung von Maßnahmen in einem Szenario abgebildet werden kann. Ebenso entscheidend ist die aktive Einbindung der medizinischen Führung. Leistungsverschiebungen, Zentrenbildung oder Standortkonzentrationen lassen sich nur realisieren, wenn Chefärzteschaft und Pflegeleitungen die strategische Neuausrichtung mittragen.

Abschließend sind weitere Besonderheiten in der Krankenhauslandschaft zu beachten:

- » Die Trägeridentität und die entsprechenden Werte spielen in einer Fusion eine große Rolle – es bedarf einer gemeinsamen Kultur und eines gemeinsamen Werteverständnisses.
- » Die Mitbestimmungsebenen (Betriebsräte, MAV und Aufsichtsgremien) verlangen viel Zeit und saubere Abstimmungen.
- » Die regulatorischen Rahmenbedingungen können Integration verlangsamen, zum Beispiel die noch offenen Krankenhausplanungen in einigen Bundesländern.
- » Der Fachkräftemangel führt dazu, dass die Organisation nur begrenzt Veränderungsdruck verkraftet.
- » Kunden- bzw. Patientenzentrierung zwingt zu besonders sensibler Change-Kommunikation.

Das Risiko der aufgeschobenen Probleme

Besonders gefährlich ist die Annahme, dass die Fusion allein bereits Stabilität erzeugt. Bleiben strukturelle Defizite – etwa zu hohe Fixkosten, ineffiziente Prozesse oder nicht reformkonforme Leistungsportfolios – unangetastet, addieren sich zwei Problemlagen. Selbst der größte Verbund kann dann schnell in eine wirtschaftliche Schiefelage geraten. In solchen Fällen kann aus der strategisch motivierten Fusion sogar ein Sanierungsfall werden.

Fazit

Die rechtliche Umsetzung einer Krankenhausfusion ist lediglich der Startpunkt. Der wirtschaftliche und strategische Erfolg hängt maßgeblich von der Qualität der Umsetzung ab. Synergiepotenziale müssen quantifiziert, priorisiert und konsequent realisiert werden – im Einklang mit den Anforderungen der Krankenhausreform. Diese müssen über ein übergreifendes Projektmanagement proaktiv gesteuert werden und in einer guten integrierten Fusionsplanung abgebildet und gemonitort werden. Gelingt die Umsetzung nicht, droht die Fusion selbst zum Ausgangspunkt einer späteren Sanierung zu werden. Wer hingegen strukturiert plant, transparent steuert und konsequent umsetzt, kann einen leistungsfähigen, zukunftsfesten Verbund formen und damit die Fusion tatsächlich zum geplanten Erfolg führen.



Marcel Waldecker, LL.M.

Köln
T +49 2203 8997-384
m.waldecker@solidaris.de



Julia Pursche
Diplom-Ökonomin

Köln
T +49 2203 8997-511
j.pursche@solidaris.de



BTHG: Mehr Selbstbestimmung – oder nur mehr Bürokratie?

Von Eva-Maria Hefner und Mario Sendrowski

Von allen Formen der sozialen Hilfen in Deutschland hat die Eingliederungshilfe in den vergangenen Jahren vermutlich die gravierendsten Veränderungen durchlebt. Initiiert durch die UN-Behindertenrechtskonvention wurde mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) eine Reform beschlossen, die keinen geringeren Anspruch hatte, als das grundlegende Verständnis von Behinderung und Teilhabe neu zu definieren: „Behinderung“ wird nunmehr nicht als Eigenschaft oder Defizit einer Person betrachtet, sondern als gesundheitliche Beeinträchtigung, die erst im Kontext des sozialen Umfelds sowie den Interessen und Wünschen des betroffenen Menschen zu einer Behinderung werden kann. Dieses neue Verständnis wurde mit dem Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen verknüpft. Das Ziel: Mehr Selbstbestimmung, weniger institutionelle Abhängigkeit und eine echte Orientierung an den individuellen Bedarfen. Doch fast zehn Jahre nach Beginn der Reform bleibt offen, ob dieses Ziel tatsächlich erreicht wird – oder ob Bürokratie und Kostendruck die angestrebten Fortschritte untergraben.

Die Auswertungen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) zeigen, dass sich in den vergangenen Jahren Einiges getan hat. So bestätigt die Wirkungsprognose 2025 des BMAS, basierend auf einer mehrjäh-

rigen Paneldatenanalyse, dass sich die Lebenssituation vieler Menschen mit Behinderung seit Inkrafttreten des BTHG tatsächlich verbessert hat. Besonders hervorzuheben ist die signifikante Zunahme der subjektiv wahrgenommenen Selbstbestimmung. Ebenso zeigt die Analyse eine deutliche Steigerung der Wohnzufriedenheit, was durchaus so interpretiert werden kann, dass der Ausbau ambulanter Wohnformen Wirkung zeigt. Auch bei den Trägern der Eingliederungshilfe sind deutliche konzeptionelle Veränderungen zu erkennen, etwa bei der Organisation der Betriebsabläufe in besonderen Wohnformen oder bei der Schaffung kleinerer Wohngruppen, die eine deutliche Abgrenzung zu therapeutisch genutzten Flächen aufweisen.

Trotz dieser Erfolge hinsichtlich der Lebens- und Wohnsituation vieler Menschen bleiben die Entwicklungen in anderen Bereichen weit hinter den Erwartungen an das BTHG zurück, insbesondere in Bezug auf die Teilhabe behinderter Menschen an der Arbeitswelt. Zwar muss hierbei berücksichtigt werden, dass der allgemeine Arbeitsmarkt durch die Corona-Pandemie stark verändert wurde, doch die Tatsache bleibt bestehen, dass nur wenige Unternehmen schwerbehinderte Menschen beschäftigen und stattdessen eine Ausgleichabgabe zahlen. Lag die Überleitungsquote aus Werkstätten für behinderte

Menschen (WfbM) in den allgemeinen Arbeitsmarkt laut BMAS-Forschungsbericht im Jahr 2023 bei lediglich 0,35 %, so zeigt das Inklusionsbarometer der Aktion Mensch seitdem sogar eine Verschlechterung der Arbeitsmarktsituation an. Somit muss konstatiert werden, dass ein zentrales Ziel des BTHG bislang noch nicht erreicht werden konnte.

Diese Beobachtung deckt sich auch mit internationalen Vergleichsstudien, etwa vom Deutschen Institut für Menschenrechte, die hinsichtlich der Inklusion von behinderten Menschen in den Arbeitsmarkt in Deutschland eine eher unterdurchschnittliche Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention attestieren. Kritisiert werden insbesondere der langsame Abbau institutioneller Sonderstrukturen, zu geringe Fortschritte bei inklusiver Beschäftigung und fehlende inklusive Bildungsstrukturen. Gleichzeitig berichten Träger der Eingliederungshilfe von erheblichem Mehraufwand in der Verwaltung, aufwendigen Bedarfsermittlungsverfahren und komplexen Zuständigkeitsstrukturen, die an vielen Stellen zu bislang ungelösten Schnittstellenproblemen geführt haben. So wird leistungsrechtlich inzwischen von „Einrichtungen der besonderen Wohnformen“ gesprochen, wobei Wohn- und Fachleistungsflächen auf unterschiedlichen Refinanzierungsgrundlagen beruhen. Gleichzeitig gelten die Einrichtungen ordnungsrechtlich weiterhin als ‚Heime‘ und müssen die entsprechenden gesetzlichen Vorgaben erfüllen.

Auch der Deutsche Städtetag bestätigte jüngst, dass die kommunalen Sozialausgaben im Bereich der Eingliederungshilfe in den vergangenen Jahren immer schneller angestiegen sind. Den entsprechenden Ankündigungen seitens der Politik, dass diese Steigerungen nicht länger hinnehmbar seien und „eventuelle Änderungsbedarfe“ und „Pauschalierungen“ geprüft werden müssen, folgte die deutliche Kritik seitens der Fachverbände, dass diese Kostensteigerungen strukturell begründet seien und Einsparungen auf den Rücken von behinderten Menschen ausgetragen würden. Ursachen für den Anstieg der Sozialausgaben seien neben der Umstellung durch das BTHG auch der demografische Wandel, Tarifsteigerungen, die höhere Lebenserwartung und steigende Fallzahlen. Die Kritik, Menschen mit Behinderungen würden „zu viel kosten“, sei daher nicht nur sachlich falsch, sondern auch gesellschaftlich gefährlich.

Es bleibt also zu konstatieren, dass das BTHG einerseits zu wichtigen Erfolgen wie einer höheren Selbstbestimmung, einer gestiegenen Wohnzufriedenheit und einem

stärkeren Fokus auf individuelle Bedarfe geführt hat, andererseits der Prozess aber alles andere als abgeschlossen ist. Das System steht unter erheblichem Druck, der einen echten Bürokratieabbau, mehr Verlässlichkeit und weniger Kostendruck, mutigen Abbau segregierender Strukturen und den Ausbau inklusiver Arbeitsmöglichkeiten erfordert. Dann wird das BTHG zu einer Reform, die Selbstbestimmung nicht nur verspricht, sondern konsequent verwirklicht.

Praxis-Hinweis

Was Leistungserbringer zwischenzeitlich zu tun haben: Noch immer spiegeln die Konzeptionen nicht unbedingt das strategisch richtige Leistungsangebot wider. Eine Prüfung des Leistungsangebots und eine Anpassung in der strategischen Ausrichtung ist oftmals zu empfehlen. Insbesondere die Trennung der Leistungen führt noch immer zu Anpassungsbedarfen im Controlling. Da Leistungsträger über höhere Kosten meist unerfreut sind und diese oftmals substanzlos negieren, müssen Leistungserbringer aus dem Controlling heraus ihre Leistungen mit verursachungsgerechten Kosten bepreisen können. Sind die Kosten plausibel und angemessen, so sind sie auch in den entsprechenden Vergütungssatzverhandlungen durchzusetzen.



Eva-Maria Hefner, B.A.
Diplom-Betriebswirtin (BA)

Köln
T +49 2203 8997-518
e.hefner@solidaris.de



Mario Sendrowski
Diplom-Ökonom

Köln
T +49 2203 8997-519
m.sendrowski@solidaris.de



Zur aktuellen Lage der IT-Sicherheit im Krankenhaus

Von Thomas Heithausen und Helmut Corsten

Das Gesundheitswesen hatte im jährlichen Lagebericht des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) stets eine unschöne exponierte Stellung: Jahrelang war die Branche unangefochten Spitzenreiter in Bezug auf die gemeldeten Störungen pro Jahr. Im Jahr 2024 wurde diese Position erstmals von der Branche „Transport und Verkehr“ abgelöst. Die Anzahl der gemeldeten Störungen blieb im Gesundheitswesen in den letzten vier Jahre mit ca. 150 pro Jahr mehr oder weniger konstant, während andere Branchen im negativen Sinne „aufgeholt“ haben.

Diese Tendenz bestätigt der aktuelle BSI-Jahresbericht: Die Zahl täglich neu entdeckter Schwachstellen ist zwischen Juli 2024 und Juni 2025 um 24 Prozent angestiegen. Dieser Zuwachs resultiert vor allem aus der fortschreitenden Digitalisierung und der Einführung neuer, häufig unzureichend abgesicherter Systeme. Gleichzeitig weist das BSI darauf hin, dass viele Webanwendungen und Server in Deutschland weiterhin falsch konfiguriert oder gar nicht geschützt sind – ein erhebliches Risiko auch für Kliniken. Gerade in Bezug auf die zunehmende Anbindung der Medizintechnik an das Internet und

die Tatsache, dass durch die digitalen Prozesse die Abhängigkeit von der Informationstechnologie signifikant größer geworden ist, ist eine sichere und verfügbare IT wichtiger denn je.

Auch wenn die Widerstandsfähigkeit der kritischen Infrastrukturen insgesamt zwar zunimmt, bleibt laut BSI eine hohe Verwundbarkeit bestehen. Gerade bei Krankenhäusern, die stark vernetzt arbeiten und gleichzeitig besonders sensible Gesundheitsdaten verarbeiten, bieten sich wesentliche Angriffsvektoren für Cyberkriminelle. Ein robustes Sicherheitskonzept muss daher technische Maßnahmen, organisatorische Vorgaben und kontinuierliche Mitarbeiterschulung miteinander verzahnen.

Aktuelle Angriffsformen und Trends

Der BSI-Bericht und darauf basierende Analysen zeichnen ein konsistentes Bild: Ransomware bleibt dominierend, zunehmend flankiert durch Initialzugriffe über Web-Angriffsflächen (fehlkonfigurierte Dienste, veraltete Software, exponierte Schnittstellen). Wichtig ist insbesondere die Aufklärung der Mitarbeiter über das sogenannte Social Engineering, also den Versuch, bestimmte Personen durch zwischenmenschliche Manipulation zur Preisgabe vertraulicher Daten oder zu Geldüberweisungen zu bewegen. Statt technischer Schwachstellen werden menschliche Eigenschaften wie Hilfsbereitschaft, Angst oder Neugier ausgenutzt.

Die Professionalisierung der Angreifer – von Cybercrime-as-a-Service bis zu staatlich gesteuerten Kampagnen – nimmt dabei immer weiter zu: Automatisierte Botnetze scannen flächendeckend nach den „weichsten Zielen“, unabhängig davon, wie finanziell leistungsfähig die Opfer sind. Wer denkt: „Bei mir gibt es nichts zu holen“, der irrt definitiv. Besonders gefährdet sind unzureichend gesicherten Webanwendungen und falsch konfigurierte Server – Probleme, die sich in Kliniken mit komplexen, historisch gewachsenen Infrastrukturen oftmals wiederfinden.

Rechtlicher Rahmen: Was gilt?

Für Krankenhäuser als KRITIS-Betreiber gelten die Anforderungen des Gesetzes über das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSIG) samt entsprechender Nachweispflichten (u. a. § 61 BSIG); parallel wurde die NIS-2-Richtlinie umgesetzt (siehe *Solidaris Information* 1/2026). Branchenspezifisch ist der Sicherheitsstandard B3S „Medizinische Versorgung“ das operative Rückgrat für Prüfungen und Maßnahmen.

Außerdem ist am 17. März 2026 im Rahmen des Gesetzes zur Umsetzung der Richtlinie (EU) 2022/2557 und zur Stärkung der Resilienz kritischer Anlagen das KRITIS-Dachgesetz in Kraft getreten. Während bisherige Regelungen (wie das BSI-Gesetz) primär auf die IT-Sicherheit fokussierten, konzentriert sich das KRITIS-Dachgesetz vor allem auf den physischen Schutz von Anlagen. Es soll sicherstellen, dass lebensnotwendige Versorgungsleistungen auch bei Naturkatastrophen, Sabotage, Terrorismus oder technischem Versagen aufrechterhalten werden.



Cloudnutzung im Krankenhaus

Seit der Einführung von § 393 SGB V ist die Cloud-Nutzung für Gesundheitsdaten grundsätzlich möglich, sofern rechtliche und sicherheitstechnische Anforderungen eingehalten werden (u. a. C5-Kriterien als Prüfrahmen für Cloud-Dienste, Datenschutz-Vorgaben). Kliniken benötigen also Cloud-Strategien, die die Klassifikation und die Verschlüsselung von Daten (im Speicher, in-transit, ggf. kundenseitig), Zugriffsbeschränkungen, die Protokollierung und einen konsequenten Identity-Schutz beinhalten.

Notfall-, Backup- und Wiederanlauf-Fähigkeit

Die NIS-2-nahen Pflichten sowie der B3S fordern Notfallmanagement, Backups und Wiederherstellungsprozesse: Georedundante, manipulationssichere Sicherungen, regelmäßige Restore-Tests und klinisch orchestrierte Wiederanlaufpläne (Priorisierung PACS, KIS, Labor, Medizingeräte-Gateways). Ziel dabei ist die Aufrechterhaltung bzw. die Wiederherstellung von IT-Systemen in Krankenhäusern. In Kliniken betrifft die Cyber-Sicherheit die Versorgungsfähigkeit unmittelbar. Investitionen in Notfall-Übungen, Downtime-Konzepte (Papierprozesse), analoge Fallbacks und Kommunikationspläne (intern/extern, CERT-Meldungen, Krisen-PR) sind somit unabdingbar.

Von Awareness zur gelebten Sicherheitskultur

Regelmäßige rollenbasierte Schulungen, simulierte Phishing-Attacken, klare Berechtigungskonzepte und Messbarkeit (KPIs wie Phishing-Quote, Wiederherstellungszeiten) schaffen Transparenz und verbessern die Sicherheitslage. Die Lieferketten (Software-Updates, Wartung, Fernzugriff) sind für Kliniken besonders kritisch: Zulieferer-Zugänge müssen stark reglementiert (z. B. JIT-Zugriff, Jump-Hosts, MFA) und Update-Prozesse vertraglich fixiert werden. Die BSI-Hinweise zu offen erreichbaren Diensten und verspätetem Patchen gelten auch für die medizinische IT. Mit Blick auf die NIS-2-Pflichten (Risikomanagement, Audits, Meldewesen) rückt Third-Party-Governance in den Fokus: Kliniken brauchen Standardanforderungen (z. B. C5 für Cloud, Mindest-Kryptographie-Standards, Logging), gestützt durch vertragliche Kontrollen und Nachweispflichten. Diese Anforderungen sind im besten Fall Teil der Leistungsbeschreibung und der Auswahl.

Fazit

IT-Sicherheit ist eine Führungsaufgabe unter Verantwortung der Geschäftsleitung. Ohne klare Verantwortlichkeiten, Priorisierung und verankerte Sicherheitsziele scheitern technische Initiativen im Klinikalltag. Sicherheitskultur heißt, dass Chief Medical Officer, Pflegedienste, IT/Medizintechnik und Verwaltung gemeinsam handeln, Szenarien üben und Entscheidungen belastbar treffen. Zudem bleiben ohne Sicherheitskultur, Schulungen und klare Verantwortungen technische Projekte wirkungslos – erst die Kombination schafft echte Cyber-Resilienz und schützt das, worum es im Krankenhaus letztlich geht: Menschenleben. IT-Sicherheit im Krankenhaus ist kein Randthema – sie entscheidet unmittelbar über Patientensicherheit, Versorgungsfähigkeit und die Stabilität des gesamten Gesundheitssystems.



Thomas Heithausen
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater,
CISA

Köln
T +49 2203 8997-116
t.heithausen@solidaris.de



Helmut Corsten
Information Security Officer

Köln
T +49 2203 8997-146
h.corsten@solidaris.de



Hinweisgeberschutz: Anonymität ist nicht garantiert

Von Ulf Werheit und Alexander Gottwald

Nach Inkrafttreten des Hinweisgeberschutzgesetzes (HinSchG) im Jahr 2023 haben Unternehmen, Behörden und Meldestellen inzwischen umfangreiche praktische Erfahrungen im Umgang mit Hinweisen gesammelt. Mit wachsender Routine rückt dabei eine Frage besonders in den Mittelpunkt: Wie weit reicht die Anonymität für Hinweisgeber tatsächlich? Während das Gesetz betont, dass Meldestellen anonyme Hinweise ermöglichen und die Vertraulichkeit der Identität gewährleisten sollen, zeigt sich in der Praxis schnell, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen komplexer sind, als viele Betroffene zunächst annehmen. Der Wunsch nach vollständiger Anonymität trifft auf Anforderungen der Strafprozessordnung, behördliche Ermittlungsbefugnisse und die Notwendigkeit, die eingehenden Hinweise ausreichend zu prüfen und zu verifizieren

Das Hinweisgeberschutzgesetz schützt Personen, die im beruflichen Kontext Verstöße melden, umfassend vor negativen Folgen ihrer Meldung. Dazu gehören insbesondere:

» *Schutz vor Repressalien:* Whistleblower dürfen wegen ihrer Meldung keinerlei Benachteiligungen erfahren –

etwa Kündigung, Abmahnung, Disziplinarmaßnahmen oder andere Nachteile.

- » *Einrichtung sicherer Meldekanäle:* Das Gesetz verpflichtet Unternehmen und Behörden, interne und externe Meldestellen bereitzustellen, über die Hinweise sicher abgegeben werden können. Diese Stellen müssen Vertraulichkeit wahren und den Schutz des Hinweisgebers gewährleisten.
- » *Möglichkeit anonymer Meldungen:* Meldestellen müssen auch anonyme Hinweise entgegennehmen. Hinweisgeber können frei entscheiden, ob sie interne oder externe Kanäle nutzen möchten.
- » *Vertraulichkeit der Identität:* Die Identität der hinweisgebenden Person ist durch ein gesetzliches Vertraulichkeitsgebot geschützt und darf nur befugten Stellen offengelegt werden.
- » *Weitergehender Schutz des Umfelds:* Auch Personen, die den Hinweisgeber unterstützen oder selbst von der Meldung betroffen sind, genießen gesetzlichen Schutz.

Obwohl das HinSchG anonyme Meldungen ermöglicht und die Vertraulichkeit der Identität schützt, ist Anonymität rechtlich nicht absolut garantiert. Die wichtigsten Grenzen ergeben sich aus folgenden Punkten:

- » *Gegenüber den Ermittlungsbehörden:* Meldestellen müssen die Identität eines Hinweisgebers offenlegen, wenn Strafverfolgungsbehörden dies im Rahmen des Strafverfahrens verlangen (§ 9 Abs. 2 Nr. 1 HinSchG). Hier endet die Anonymität, sobald die Ermittlungen laufen und die Identität für die Strafverfolgung relevant wird.
- » *Gegenüber dem Beschuldigten:* Im Rahmen des Ermittlungsverfahrens kann die Verteidigung des Beschuldigten grundsätzlich Einsicht in die Akten verlangen (§ 147 StPO). Auch hier kann die Identität des Hinweisgebers direkt oder indirekt bekannt werden. Allerdings gibt es auch bestimmte Ausnahmen von diesem Offenlegungsgrundsatz, etwa bei Gefährdung des Untersuchungszwecks, konkreter Gefahr für den Hinweisgeber (Zeugenschutzprogramme), oder sofern der Hinweisgeber nicht als Hauptbelastungszeuge in Frage kommt. Wichtig ist jedoch, dass der Schutz des Hinweisgebers in diesen Fällen im Ermessen der staatlichen Stellen steht, auf die der Hinweisgeber keinen Einfluss hat.
- » *Wenn ein Hinweis zu unkonkret ist,* benötigen die Meldestellen oder die Staatsanwaltschaft oft zusätzliche Informationen, um die Glaubwürdigkeit und Motivation des Hinweisgebers einschätzen zu können. In solchen Fällen kann die Identität für die Entscheidung über die Einleitung von Folgemaßnahmen der Meldestelle oder ein Ermittlungsverfahren ausschlaggebend sein.

Konsequenzen für den Whistleblower

Die Abgabe einer anonymen Meldung ist möglich, kann aber im Verlauf der Bearbeitung des Hinweises Rückfragen zur Identität des Hinweisgebers aufwerfen. Bei einer anonymen Meldung in Verbindung mit ungenügenden Informationen besteht das Risiko, dass kein Anfangsverdacht besteht, keine Ermittlungen oder Folgemaßnahmen eingeleitet werden und der Hinweis ins Leere läuft. Deshalb sollten interne Meldestellen dafür Sorge tragen, dass die Beschäftigten und potenziellen Hinweisgeber darüber informiert werden, dass ihre Identität bekannt werden könnte, auch wenn sie Anonymität verlangen. Deshalb sollten entsprechende Informationen in den internen Richtlinien zum Hinweisgebersystem, Prozessbeschreibungen, Informationsschreiben und FAQs enthalten sein.

Können Hinweisgeber ihren Hinweis zurückziehen?

Grundsätzlich steht es dem Hinweisgeber frei, jederzeit zu sagen, dass er seinen Hinweis zurückziehen möchte. Es besteht aber kein Rechtsanspruch darauf, dass die Meldestelle die Bearbeitung in einem solchen Fall stoppen muss. Sobald der abgegebene Hinweis Informationen enthält, die auf einen möglichen Verstoß hindeuten, muss die Meldestelle weiterermitteln, weil sie laut Gesetz dazu verpflichtet ist. In der Folge ist dann auch nicht ausgeschlossen, dass die Informationen an die Staatsanwaltschaft weitergegeben werden und auf diese Weise die Anonymität nicht mehr gewährleistet ist.

Praxis-Hinweis

Anonymität kann für Hinweisgeber nicht garantiert werden. Sie kann in Ermittlungsverfahren zumindest vorübergehend eingeschränkt werden. Entscheidend ist: Je schwerwiegender und wertvoller der Hinweis für das Ermittlungsverfahren ist, desto geringer sind die Aussichten des Hinweisgebers auf Anonymität. Daher empfehlen wir, die internen Richtlinien, Prozessbeschreibungen, FAQs und Informationen zum Thema Hinweisgeberschutz entsprechend zu aktualisieren.



Ulf Werheit

Diplom-Kaufmann (FH),
Certified Internal Auditor (CIA),
Zertifizierter Compliance Officer (ZCO)

Köln
T +49 2203 8997-119
u.werheit@solidaris.de



Alexander Gottwald

Rechtsanwalt, Zertifizierter Datenschutzbeauftragter (GDDcert. EU),
AI-Privacy-Expert (GDDcert. EU)

Münster
T +49 251 48261-173
a.gottwald@solidaris.de

Intern

Neue Geschäfts- bereichsleitung



Die Kern-Geschäftsführung der Solidaris – Herr WP StB Jens Thomsen (Sprecher), Herr StB Ulrich Schulte und Herr RA Axel Scherff – hat Frau **Dipl.-Ökonomin Julia Pursche** in die Leitung des Geschäftsbereichs Unternehmensberatung berufen. Seit dem 1. Mai 2026 leitet Frau Pursche den Geschäfts-

bereich Unternehmensberatung gemeinsam mit Frau Claudia Schürmann-Schütte und Herrn Matthias Henke. Außerdem verantwortet sie weiterhin die Leitung des Geschäftsfeldes Transaktion und Bewertung. Wir sind davon überzeugt, dass diese Berufung einen wichtigen Schritt für die weitere erfolgreiche Entwicklung der Solidaris Unternehmensberatung darstellt.

Wir gratulieren Frau Pursche sehr herzlich und freuen uns auf eine weitere erfolgreiche Zusammenarbeit!

Neuer Kompetenzträger



Seit dem 16. April 2026 verstärkt uns Herr **Steuerberater Nils Wegner** als Teamleiter Steuern am Standort München. Er bringt Berufserfahrung von 18 Jahren sowohl aus der Beratungspraxis in großen und kleinen Kanzleien als auch als Inhouse-Steuerberater in der freien Wirtschaft mit. Herr Weg-

ner ist Generalist. Fachlich bewegte er sich schwerpunktmäßig im nationalen und internationalen Steuerrecht mit besonderem Augenmerk auf Ertrag- und Umsatzsteuer im gewerblichen Bereich. Erfahrungen in Bilanzierung, Gestaltung steuerlicher Prozesse, Tax Compliance und Umstrukturierungen runden sein Profil ab.

Wir wünschen Herrn Wegner einen erfolgreichen Start!

Aktuelle Seminare

Auch in diesem Jahr bieten wir Ihnen ein umfangreiches Fort- und Weiterbildungsangebot. Unsere Seminare greifen aktuelle Branchen-Entwicklungen in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft auf und unterstützen Sie dabei, den aktuellen Herausforderungen zu begegnen. Die Veranstaltungen umfassen die Fachbereiche Wirtschaftsprüfung, Steuer-, Rechts-, Unternehmens- und IT-Beratung und zeichnen sich durch einen hohen Praxiswert aus.

Datum	Ort	Titel
09.06.2026	Würzburg	Transaktionen und Umstrukturierungen im Ordensbereich
11./12.06.2026	Stuttgart	Vergütungssatzverhandlungen in der Eingliederungshilfe – Vorbereitung, Strategie und Verhandlungsführung
12.06.2026	Online	ZukunftsWert.Solidaris – Webinar-Reihe Nachhaltigkeitsberichterstattung
11.09.2026	Online	
14.10.2026	Online	
08.12.2026	Online	
17.06.2026	Online	Aufbau eines Verarbeitungsverzeichnisses
23.11.2026	Online	
18.06.2026	Köln	Verwaltungsstrukturen und -prozesse in der Sozialwirtschaft
25./26.06.2026	München	Vergütungssatzverhandlungen in der Kinder- und Jugendhilfe
27.08.2026	Mainz	Controlling für Einrichtungen der Eingliederungshilfe
13.11.2026	Köln	
28.08.2026	Mainz	Controlling in der stationären Altenhilfe – Planung, Reporting und Analyse
03.09.2026	Mainz	ABC des Umsatzsteuer- und Gemeinnützigkeitsrechts
08.09.2026	Berlin	
01.10.2026	Würzburg	
07.10.2026	Stuttgart	
08.10.2026	Freiburg	
12.11.2026	Köln	
10.09.2026	Online	Kapitalflussrechnung im Krankenhaus
15./16.09.2026	Köln	Krankenhaus-Rechnungswesen und dualistische Finanzierung

Datum	Ort	Titel
17.09.2026 29.10.2026 10.11.2026	Köln Mainz Würzburg	Rechnungslegung von WfbM unter besonderer Berücksichtigung des Arbeitsergebnisses
17./18.09.2026	Stuttgart	Pflegesatzverhandlungen in der stationären Altenhilfe – Vorbereitung, Strategie und Verhandlungsführung
24.09.2026 01.10.2026 08.10.2026	Köln Berlin München	Der Krankenhaus-Jahresabschluss 2026
25.09.2026	Online	Liquiditätsplanungen in Sozialunternehmen
29.09.2026	Online	Forderungsmanagement in der Sozialwirtschaft
13.10.2026	Köln	Grundlagen der Finanzierung von Kindertagesstätten in NRW
13.10.2026	Köln	InEK-Kalkulation und Kostenträgerrechnung im Krankenhaus
14.10.2026 15.10.2026 22.10.2026 29.10.2026 05.11.2026 11.11.2026 25.11.2026	Stuttgart Freiburg Würzburg München Mainz Berlin Köln	Steuer-Update für Non-Profit-Organisationen
22.10.2026 10.11.2026 16.11.2026 17.11.2026 24.11.2026 02.12.2026	Freiburg Köln München Berlin Erfurt Stuttgart	Der Jahresabschluss gemeinnütziger Einrichtungen – Grundlagen, Besonderheiten, Vorbereitung und Gestaltungsmöglichkeiten
10.11.2026	Köln	Übernahme von Kindertagesstätten – Risiken und Auswirkungen auf den Jahresabschluss
12.11.2026	Köln	Integriertes Governance-, Risiko- und Compliance-Management in gemeinnützigen Organisationen
19.11.2026	Köln	Basiswissen Altenhilfe
20.11.2026	Köln	Strategisches Dienstplanmanagement in Wohnformen der Eingliederungshilfe
03.12.2026	Köln	Strategisches Dienstplanmanagement in der stationären Altenhilfe
04.12.2026	Köln	Leiten und Führen in der Sozialwirtschaft

Detaillierte Informationen und Anmeldung unter www.solidaris.de oder bei Frau Martina Braun (m.braun@solidaris.de, T +49 2203 8997-221).

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 Henke
Dipl.-Kfm. Sven Hornbostel

Sitz der Gesellschaft: 51149 Köln
Registergericht Köln
HRB 52005

Redaktionsleitung

Michael Basangeac (v. i. S. d. P.)
T +49 2203 8997-153, F +49 2203 8997-199
m.basangeac@solidaris.de

Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 29. April 2026
Auflage: 3.300 Stück

Gestaltung: bplUSD communications GmbH, Köln
Druck: Warlich Druck RheinAhr GmbH & Co. KG, Grafschaft

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.

