

novus

GESUNDHEITSWESEN

Paukensschlag des BSG:
Vertragsarztrechtliche
Anstellungsgenehmigung
setzt das Vorliegen einer
abhängigen Beschäftigung
voraus

Einrichtungsbezogene
Impfpflicht: Geltung
für alle dort „tätigen“
Personen

Neuregelungen im
Fokus – Was ändert
sich für Krankenhäuser
in 2022?



Vorwort



Liebe Leserinnen und Leser,

in unserer ersten Ausgabe des novus Gesundheitswesen 2022 haben wir für Sie Themen aufbereitet, die in den kommenden Monaten zu besonderen Herausforderungen werden.

Auch zu Beginn des Jahres 2022 bleibt die COVID-19-Pandemie weiterhin ein gewichtiges Thema im Gesundheitswesen. Insbesondere die Einführung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht zum 15.03.2022 hat Einfluss auf die Einrichtungen, das dort mittelbar und unmittelbar beschäftigte Personal, die Patienten und Bewohner sowie die Gesundheitsämter. In der aktuellen Ausgabe des Novus möchten wir Ihnen daher einen Einblick geben in die unterschiedlichen Perspektiven der einrichtungsbezogene Impfpflicht.

Weiterhin beschäftigen auch eine Vielzahl neuer Gesetze und Verordnungen, die zu Jahresbeginn in Kraft getreten sind, sowie aktuelle Gerichtsurteile mit weitreichenden Auswirkungen die Krankenhäuser.

Im Steuerrecht behandeln wir in dieser Ausgabe das umsatzsteuerliche Thema der ambulanten Abgabe von Fertigarzneimitteln in Krankenhäusern sowie den sozialrechtlichen Umgang von Umsatzsteuererstattungsansprüchen, der sich daraus ergibt.

In rechtlicher Hinsicht ist ein wesentliches Urteil des Bundessozialgerichts zur Erteilung einer Anstellungsgenehmigung für Gesellschafter einer MVZ-Trägergesellschaft zu diskutieren. Es wird außerdem ein Ausblick gegeben, wie mit der Problematik umgegangen werden kann.

Im Abschnitt der Unternehmensberatung werden die für dieses Jahr besonders wichtigen Neuregelungen und deren Auswirkungen auf die Krankenhäuser im Überblick zusammengefasst. Dazu zählen die Änderungen der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, die Umsetzung der Prüfverfahrensvereinbarung, die neuen Mindestmengenregelungen und auch die einrichtungsbezogene Impfpflicht.

Gerne informieren wir Sie in eigener Sache über die Ernennung von Dr. Sarah Gersch-Souvignet zur Partnerin, Daria Madejska zum Counsel sowie Annika Brunkhardt zum Director. Weiterhin freuen wir uns, dass wir unser Medizinrechtsteam mit Anne Marie Norrenbrock und Dr. Maren Trautmann verstärken konnten.

Wir freuen uns stets über Ihr Feedback und Interesse und stehen Ihnen gern zum weiteren Austausch zur Verfügung.

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

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



■ STEUERRECHT

Neuentwicklungen zur umsatzsteuerlichen Behandlung der ambulanten Abgabe von Fertigarzneimitteln in Krankenhäusern und zur sozialrechtlichen Behandlung von Umsatzsteuererstattungsansprüchen hieraus 4

■ RECHTSBERATUNG

Paukensschlag des BSG: Vertragsarztrechtliche Anstellungsgenehmigung setzt das Vorliegen einer abhängigen Beschäftigung voraus 5
 Einrichtungsbezogene Impfpflicht: Geltung für alle dort „tätigen“ Personen 6
 „Reservierungsgebühr“ für das Freihalten eines Platzes im Pflegeheim unzulässig 7

■ UNTERNEHMENSBERATUNG

Neuregelungen im Fokus – Was ändert sich für Krankenhäuser in 2022? 8

Neuentwicklungen zur umsatzsteuerlichen Behandlung der ambulanten Abgabe von Fertigarzneimitteln in Krankenhäusern und zur sozialrechtlichen Behandlung von Umsatzsteuererstattungsansprüchen hieraus

Für patientenindividuell hergestellte und abgegebene Medikamente von Krankenhauspapotheken im Rahmen einer ambulant in demselben Krankenhaus durchgeführten Heilbehandlung wird mittlerweile auch von der Finanzverwaltung das Vorliegen eines umsatzsteuerfreien Umsatzes nach § 4 Nr. 14 b UStG anerkannt (vgl. BMF-Schreiben vom 28.09.2016, BStBl. 2016 I S. 1043). Dagegen sieht die Finanzverwaltung die Abgabe von Fertigarzneimitteln im Rahmen einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht als einen umsatzsteuerfreien, mit der Heilbehandlung eng verbundenen Umsatz an, selbst wenn sie als Begleitmedikamente verabreicht werden (vgl. Verfügung der OFD Frankfurt vom 22.11.2016 (DStR 2017, S 604).

Das Finanzgericht Sachsen-Anhalt hatte ein Zwischenurteil (Urteil vom 20.10.2021, Az. 3 K 1024/17) erlassen, indem es auch die Verabreichung von Fertigarzneimitteln im Rahmen einer ambulanten Krankenhausbehandlung als mit der Heilbehandlung eng verbundenen umsatzsteuerfreien Umsatz nach § 4 Nr. 14 b UStG einstuft. Entscheidend für diese Einstufung sei, dass die Erreichung der therapeutischen Ziele im Rahmen der ambulanten Heilbehandlung auf Grund der ärztlichen Entscheidung zur Verabreichung unerlässlich war. Ob das Medikament individuell für den Patienten hergestellt wird oder ob es ein Fertigarzneimittel ist, sei für die umsatzsteuerliche Beurteilung ohne Relevanz. Es käme allein auf die Bedeutung des Medikaments im Rahmen der Heilbehandlung an. Der Umstand der Notwendigkeit einer Verabreichung von Fertigarzneimitteln im Rahmen von Heilbehandlungsleistungen reiche aus, um von einem mit der ärztlichen Heilbehandlung eng verbundenen Umsatz ausgehen zu können. Hierbei reiche es aus, wenn der behandelnde Arzt von der Notwendigkeit ausgehe. Es komme auch nicht

zur unbestimmten Ausweitung der Umsatzsteuerfreiheit, weil diese auf die Fälle beschränkt bleibe, in denen eine enge Verbindung mit einer ärztlichen Heilbehandlung vorliege.

Losgelöst von diesem Urteil hat das Bundessozialgericht (BSG) in seiner Entscheidung vom 10.11.2021 eine Nichtzulassungsbeschwerde (Az. B 1 KR 5/21 B), die Umsatzsteuerrückerstattungsansprüche einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bezüglich im Krankenhaus ambulant abgegebener Fertigarzneimittel zum Gegenstand hatte, abgewiesen. Die Ansprüche der GKV bestünden, da es keine eindeutigen Regelungen der Finanzverwaltung gäbe. Weder behandle die Finanzverwaltung ambulant abgegebene Fertigarzneimittel umsatzsteuerfrei, noch sei sie der Auffassung, dass jene unter den ermäßigten Umsatzsteuersatz fallen würden.

Das BSG führt aber aus, dass eine Mindestvoraussetzung für die Pflicht eines Krankenhauses, Umsatzsteuererstattungsansprüche gegenüber der Finanzverwaltung offen zu halten, sei, dass ein Urteil eines Finanzgerichts vorliege, das die Umsatzsteuerpflicht der Abgabe von Fertigarzneimitteln verneine oder den ermäßigten Umsatzsteuersatz für Anwendung halte. Hierbei verweist das BSG auf seine frühere Rechtsprechung vom 19.04.2019 (BSGE 128, S. 65), wonach außergerichtliche kostenlose Rechtsbehelfe zumutbar seien, um einen vertraglichen Rückzahlungsanspruch abzusichern, wenn bei verständiger Würdigung die naheliegende Möglichkeit der Änderung der Rechtsauffassung der Steuerverwaltung bestehe. Dies sei jedoch nur dann der Fall, wenn der Krankenhausträger mit dem Hinweis auf eine abweichende finanzgerichtliche Entscheidung erwarten dürfe, dass die Steuerverwaltung ihrerseits das Verwaltungs- oder zumindest das Einspruchsverfahren deswegen nicht abschließen werde.

Offenbar hatte das BSG zum Zeitpunkt der Urteilsverkündung noch keine Kenntnis vom Zwischenurteil des FG Sachsen-Anhalt.

Hinweis: Zwar ist bezüglich des Zwischenurteils des FG Sachsen-Anhalt Revision beim BFH anhängig, gleichwohl empfehlen wir Krankenhäusern, die eine eigene Krankenhauspapothek führen und in ihren Ambulanzen Fertigarzneimittel abgeben, ihre Umsatzsteuerbescheide soweit noch möglich offenzuhalten, um nicht schadenersatzpflichtig gegenüber den GKV zu werden. Denn wie Sozialgerichte auf Umsatzsteuerrückerstattungsansprüche in Bezug auf ambulant abgegebene Fertigarzneimittel reagieren werden, kann derzeit nicht vorhergesehen werden. Ferner sollten betroffene Krankenhäuser die Regelungen in ihren Verträgen nach § 129a SGB V bezüglich Ausgleichsmechanismen überprüfen, um gegebenenfalls Gerichtsverfahren zu verhindern.

Wolfgang Reinhart
+49 711 2049-1425



Paukensschlag des BSG: Vertragsarztrechtliche Anstellungsgenehmigung setzt das Vorliegen einer abhängigen Beschäftigung voraus

Am 26.01.2022 hat der Sechste Senat des Bundessozialgerichts (BSG) im Rahmen einer MVZ-Gründung über die Anstellungsgenehmigungen zweier GbR-Gesellschafter klargestellt (Az. B 6 KA 2/21 R), dass die Anstellungsgenehmigungen in dieser Konstellation seitens des zuständigen Zulassungsausschusses zu Recht abgelehnt wurden, weil kein abhängiges Beschäftigungsverhältnis anzunehmen war. Auch wenn die Entscheidungsgründe des BSG bisher noch nicht veröffentlicht sind, ist anzunehmen, dass die Grundsätze dieser Entscheidung auf MVZ-Trägergesellschaften in der Rechtsform einer GmbH übertragen werden und damit die Ein-Mann-GmbH sowie die Gründung von MVZ durch zwei Vertragsärzte in der Verzichtsvariante erheblich erschwert werden.

Im Streitfall beantragten zwei Ärzte sowohl die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform einer GbR als auch die Genehmigung ihrer Anstellung in diesem MVZ im Wege des Verzichts auf ihre Zulassungen zum Zwecke der Anstellung. Der Zulassungsausschuss lehnte den Antrag auf Genehmigung der Anstellungen ab. Das MVZ klagte sodann auf Erteilung der Anstellungsgenehmigungen vor dem Sozialgericht (SG) Magdeburg. Dieser Klage gab das SG Magdeburg statt. Es war der Auffassung, dass ausschließlich vertragsarztrechtliche Gesichtspunkte

für die Entscheidung über die Genehmigung der Anstellung erheblich seien. In diesem Fall stünden keine solche Belange der Anstellungsgenehmigung entgegen, weshalb den Anträgen stattzugeben war. Nach der Sprungrevisi- on des Berufungsausschusses Sachsen-Anhalt zum BSG wurde das Urteil des SG Magdeburg aufgehoben und der Antrag auf Erteilung der Genehmigungen als unbegründet abgewie- sen. Begründet wurde die Entscheidung da- mit, dass angestellte Ärzte nicht die Rechts- macht besitzen dürfen, durch Einflussnahme auf die Gesellschafterversammlung die Geschi- cke der Gesellschaft zu bestimmen und damit die eigene Weisungsgebundenheit als Ange- stellte der Gesellschaft aufzuheben.

Rechtsprechung des BSG zur Sozial- versicherungspflicht des Gesellschafter- Geschäftsführers

Der Sechste Senat des BSG verweist zur Be- gründung seiner Entscheidung auf die Recht- sprechung des Zwölften Senats. Hieraus ergibt sich eine abhängige Beschäftigung grund- sätzlich in folgenden Fallkonstellationen:

- ▶ Gesellschafter, der zum Geschäftsführer bestellt ist, mit einem Kapitalanteil von weniger als 50 % – jedenfalls dann, wenn der Gesellschaftsvertrag ihm keine ver- gleichbare Position wie einem Mehrheits- gesellschafter einräumt, etwa in Form einer qualifizierten Sperrminorität;

- ▶ Gesellschafter, der nicht zum Geschäfts- führer bestellt ist, mit einem Kapitalanteil bis einschließlich 50 % – auch wenn er über eine Sperrminorität verfügt.

Fazit

Die Veröffentlichung der Entscheidungs- gründe bleibt abzuwarten. In bestimmten Konstellationen, wie etwa einer MVZ-Träger- gesellschaft mit zwei Gesellschaftern bei paritätischer Kapitalbeteiligung, dürfte die Bestellung eines Fremdgeschäftsführers die Lösung des Problems sein. Der Gesellschafter einer Ein-Mann-GmbH könnte seitens der Zulassungsausschüsse jedoch zukünftig auf die Freiberuflervariante verwiesen werden, wengleich dies den bestehenden vertrags- arztrechtlichen Regelungen widerspricht. Bereits zugelassene MVZ dürften bis zur nächsten strukturellen Veränderung Be- standsschutz genießen.

Dr. Sarah Gersch-Souviron
+49 221 20643-642

Dr. Maren Trautmann

Einrichtungsbezogene Impfpflicht: Geltung für alle dort „tätigen“ Personen

Der Bundestag hat am 10.12.2021 das „Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen Covid-19“ und damit die sog. „einrichtungsbezogene“ Impfpflicht beschlossen. Ziel dieser neuen Regelung ist es, ältere und vorerkrankte Menschen besser vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus zu schützen. Wer davon betroffen ist, wird im Folgenden beleuchtet.

Gemäß § 20a Abs. 1 IfSG müssen Personen, die u. a. in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen aber auch in Arztpraxen tätig sind, geimpft oder genesen sein. Eine Ausnahme besteht lediglich für Personen, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können. Im Vordergrund des Gesetzes stehen betreuende Personen, die einen direkten Kontakt zu den vulnerablen Personengruppen haben.

Geltungsbereich der Impfpflicht und Betroffene im Einzelnen

Dies lässt vermuten, dass die Impfpflicht ausschließlich für Beschäftigte einer der im Gesetz genannten Einrichtungen gilt. Der Wortlaut der Norm macht jedoch deutlich, dass die Impfpflicht alle Personen betrifft, die in diesen Einrichtungen „tätig“ sind. Das bedeutet, dass diese Personen nicht zwangsweise in einer solchen Einrichtung angestellt sein müssen, denn auf ein konkretes Vertragsverhältnis zwischen der jeweiligen Einrichtung und der dort tätigen Person kommt es für die Verpflichtung nicht an. Zudem ist die Art der Beschäftigung ohne Bedeutung. Danach unterliegen auch externe Personen, die in einer Pflegeeinrichtung ihre Leistungen erbringen und sich nicht nur kurzweilig in der Einrichtung aufhalten (z. B. ein Paket-zusteller) einer Impfpflicht.

Nach der Gesetzesbegründung handelt es sich bei den erfassten Personen nicht nur um medizinisches bzw. Pflege- und Betreuungspersonal, einschließlich zusätzlicher Betreuungskräfte, sondern auch um andere dort

tätige Personen, wie z. B. Hausmeister oder Transport-, Küchen- oder Reinigungspersonal. Erfasst sind zusätzlich Auszubildende, Personen, die ihren Freiwilligendienst ableisten, ehrenamtlich Tätige, Praktikanten sowie Zeitarbeitskräfte.

(Vorläufige) Verfassungsmäßigkeit der einrichtungsbezogenen Impfpflicht

Mehrere Eilanträge, die sich gegen die einrichtungsbezogene Impfpflicht richteten, lehnte das Bundesverfassungsgericht bereits am 11.02.2022 mit der Begründung ab, dass die Verfassungsbeschwerde im Hauptverfahren zwar nicht offensichtlich unbegründet sei, jedoch eine Folgenabwägung zulasten der Antragsteller ausfallen müsse. Denn die eintretenden Nachteile, die für ungeimpfte Personen entstehen würden, wenn die einstweilige Anordnung nicht ergehe und die Verfassungsbeschwerde nachher im Hauptverfahren Erfolg hätte, seien nicht so groß, wie die möglichen Nachteile für vulnerable Gruppen im alternativen Szenario. Auf Seiten der ungeimpften Personen stünde das Risiko einer körperlichen Reaktion auf den Impfstoff. Die Folgen bei Verweigerung der Impfung und den damit einhergehenden beruflichen Einschränkungen seien jedoch temporär, bis eine Entscheidung im Hauptverfahren ergehen würde. Die vulnerablen Gruppen hingegen seien bis zur Hauptsacheentscheidung einer „deutlich größeren Gefahr ausgesetzt, sich mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zu infizieren und deshalb schwer oder gar tödlich zu erkranken“. Dies sei auch unter Berücksichtigung der Omikron-Variante anzunehmen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die einrichtungsbezogene Impfpflicht mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit verfassungsgemäß ist und nicht nur für Beschäftigte einer Einrichtung gilt, sondern grundsätzlich für alle Personen, die im Rahmen einer Tätigkeit eine in § 20a Abs. 1 IfSG genannte Einrichtung betreten. Dabei sind nur die Personen von der einrichtungsbezo-

genen Impfpflicht ausgenommen, die sich lediglich kurzweilig und vorübergehend in der Einrichtung befinden. Zusätzlich sind die Bewohner und Patienten von der Impfpflicht ausgenommen, inklusive ihrer Begleitpersonen.

Konsequenzen für Einrichtungen

Die von dem Gesetz betroffenen Personen mussten spätestens bis zum 15.03.2022 der Einrichtung, in der sie tätig sind, einen Nachweis über eine Impfung oder Genesung vorlegen. Alternativ konnten sie auch ein ärztliches Attest vorlegen, aus dem hervorgeht, dass sie aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können. Verliert ein Nachweis seine Gültigkeit, z. B. weil mehr als sechs Monate seit Genesung vergangen sind, muss ein neuer Nachweis vorgelegt werden.

Die Einrichtungen müssen das zuständige Gesundheitsamt informieren, wenn die Nachweise nicht fristgerecht vorgelegt werden oder Zweifel an der Echtheit oder Richtigkeit der vorgelegten Nachweise bestehen. Das Gesundheitsamt kann die Beschäftigung in einer solchen Einrichtung oder den Zutritt dazu untersagen. Eine Missachtung der Prüfung der Beschäftigten wird mit Bußgeldern geahndet.

Ob jedoch die einrichtungsbezogene Impfpflicht in dem vorgenannten Maße tatsächlich durchgesetzt werden wird, bleibt fraglich, denn die Verhängung von Geldbußen liegt grundsätzlich im Ermessen der Verfolgungsbehörde. So ist bereits bekannt, dass bspw. in Bayern vorerst keine Geldstrafen erhoben werden sollen und es den Kommunen in Nordrhein-Westfalen gestattet sein soll, die Prüfung bis zum 15.06.2022 durchzuführen. Zur operativen Umsetzung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht siehe auch S. 11 in dieser Ausgabe des novus Gesundheitswesens.

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



„Reservierungsgebühr“ für das Freihalten eines Platzes im Pflegeheim unzulässig

Laut BGH ist die Vereinbarung einer „Reservierungsgebühr“ für das Freihalten eines Platzes in einem Pflegeheim unwirksam.

Der Kläger verlangte die Rückzahlung einer Reservierungsgebühr für die Reservierung eines Zimmers für seine Mutter in einem Pflegeheim. Die inzwischen verstorbene Mutter war privat pflegeversichert. Der Kläger schloss für seine Mutter mit Wirkung zum 15.02.2016 mit dem Pflegeheim einen Pflegevertrag über vollstationäre Pflege. Der Einzug der Mutter erfolgte am 29.02.2016. Gemäß Pflegevertrag war von Vertragsbeginn bis zum Einzugstermin eine Reservierungsgebühr zu entrichten, den das Pflegeheim für die Reservierung eines Zimmers im Zeitraum vom 15. bis zum 28.02.2016 in Höhe von 1.127,84 Euro in Rechnung stellte.

Der BGH entschied in seinem Urteil vom 15.07.2021 (Az. III RZ 255/20), dass die Vereinbarung einer solchen Reservierungsgebühr der Regelung des § 87a Abs. 1 SGB XI widerspricht und deshalb gemäß § 15 Abs. 1 S. 2 WVBG unwirksam ist. Demnach darf eine Reservierungsgebühr auf der Basis des vertraglichen Leistungsentgelts für die Zeit vor der Aufnahme des Pflegebedürftigen in das Pflegeheim bis zum tatsächlichen Einzugstermin nicht vertraglich vereinbart werden. Aus diesem Grund war das Pflegeheim zur Rückerstattung der Reservierungsgebühr verpflichtet.

Hinweis: Bei § 15 Abs. 1 WVBG handelt es sich um eine gegenüber den allgemeinen heimvertraglichen Vorschriften vorrangige Spezialregelung für Verträge mit Leistungsempfängern der gesetzlichen Pflegeversicherung. Danach werden die vertraglichen Vergütungsvereinbarungen den Vorgaben der §§ 82 ff. SGB XI zur Pflegevergütung unterstellt. Widersprechende Vereinbarungen sind demnach unwirksam. Dieser Vorrang des Sozialrechts stelle einen generellen Grundsatz des WVBG dar, so der BGH. Der Verbraucherschutz, den das WVBG bezweckt, werde somit durch das soziale Leistungsrecht überlagert. Der Anwendungsbereich des § 15 Abs. 1 WVBG umfasse nicht nur Verbraucher, die unmittelbar Leistungen der sozialen Pflegeversicherung beziehen, sondern auch Verbraucher, die Leistungen einer privaten Pflegepflichtversicherung erhalten. Andernfalls käme es zu einer kaum nachvollziehbaren Ungleichbehandlung der hinsichtlich des Leistungsumfangs gleichgestellten Versicherten in der privaten Pflegeversicherung.

Konsequenzen für Pflegeheime und deren Bewohner

Das Entgelt für die Unterkunft und Verpflegung in einem Pflegeheim ist für den Tag der Aufnahme des Pflegebedürftigen in das Pflegeheim sowie für jeden weiteren Tag des Heimaufenthalts taggenau zu berechnen. Danach besteht der Zahlungsanspruch des

Heimträgers grundsätzlich nur für die Tage, an denen sich der Pflegebedürftige tatsächlich im Heim aufhält (Berechnungstage). Die Zahlungspflicht der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger endet mit dem Tag, an dem der Heimbewohner aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt.

Die durch Leerstände verursachten Kosten eines Pflegeheimes werden in die Pflegesätze eingerechnet und anschließend anteilig auf die Heimbewohner umgelegt. Dabei ist der Zahlungsanspruch des Einrichtungsträgers bei einem Auszug oder bei Versterben des Heimbewohners auf den Tag der Beendigung der tatsächlichen Leistungserbringung zu begrenzen, weil ansonsten die Zeit des Leerstands zulasten des Heimbewohners doppelt berücksichtigt werden würde.

Laut BGH ist damit untersagt, eine Platz- oder Reservierungsgebühr für die Zeit vor der Aufnahme des Pflegebedürftigen in das Pflegeheim bis zum tatsächlichen Einzugstermin vertraglich festzulegen. Es ist nicht möglich, abweichenden Vereinbarungen in einem Wohn- und Betreuungsvertrag den Vorrang einzuräumen.

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

Neuregelungen im Fokus – Was ändert sich für Krankenhäuser in 2022?

Zum Jahreswechsel kamen auf die Krankenhäuser eine Reihe an neuen Regelungen zu. Während die Corona-Pandemie noch immer für eine Vielzahl von am Virus erkrankten Patienten und infektiionsbedingten Personalausfällen sorgt, sind zudem Neuregelungen umzusetzen, die die Krankenhäuser vor zusätzliche personelle, finanzielle und bürokratische Herausforderungen stellt. Zu den Neuregelungen zählen die Erweiterung der durch das Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz eingeführten personellen Untergrenzen nach der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) auf weitere Fachabteilungen, die Anpassung der Mindestmengenregelungen, die Veränderungen in der Prüfverfahrenvereinbarung (PrüfvV) sowie die Einführung einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht.

Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung

Ziel der durch das Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz eingeführten personellen Untergrenzen für pflegesensitive Bereiche soll eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte sowie die Gewährleistung einer sicheren Behandlung der Patienten sein.

Bisher galten die Innere Medizin, Allgemeine Pädiatrie, Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, Intensivmedizin, Pädiatrische Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie, Herzchirurgie, Neurologie, Stroke-Unit und die neurologische Frührehabilitation als pflegesensitive Bereiche. Im März 2020 wurde die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen auf Grund der Corona-Pandemie, für die Intensivmedizin und Geriatrie bis August 2020 und für die restlichen geltenden Bereiche bis Februar 2021, ausgesetzt. Seit dem 01.02.2021 sind die Vorgaben nun wieder vollumfänglich zu erfüllen, was im Hinblick auf weiterhin hohe Corona-Inzidenzwerte zur Diskussion führt.

Darüber hinaus sind zum 01.01.2022 die bisherigen pflegesensitiven Bereiche um die Orthopädie, Gynäkologie und Geburtshilfe erweitert und die Pädiatrie um die spezielle Pädiatrie und die neonatologische Pädiatrie ergänzt worden. Hier gelten folgende Regelungen:

- ▶ Orthopädie: In der Tagschicht 10 : 1, in der Nachtschicht 20 : 1
- ▶ Gynäkologie und Geburtshilfe: In der Tagschicht 8 : 1, in der Nachtschicht 18 : 1
- ▶ Spezielle Pädiatrie: In der Tagschicht 6 : 1, in der Nachtschicht 14 : 1
- ▶ Neonatologische Pädiatrie: In der Tagschicht 3,5 : 1, in der Nachtschicht 5 : 1

Bei Nichteinhaltung der Untergrenzen ist mit Vergütungsabschlägen zu rechnen. Alternativ können die Krankenhäuser auch eine Reduktion der Fallzahl zur Gewährleistung der Vorgaben verhandeln. Gemäß § 5 der PpUG-Sanktions-Vereinbarung muss die Verringerung mindestens in einem Umfang erfolgen, in dem die Unterschreitung der Untergrenzen der jeweiligen Station vermieden werden kann. Werden die Fallzahlen nicht eingehalten, werden Vergütungsabschläge für den Anteil, der nicht wie verhandelt verringerten Fallzahl fällig.

Mit der Erweiterung der als pflegesensitiv eingestuften Fachabteilungen werden die Krankenhäuser vor weitere personelle und auch finanzielle Herausforderungen gestellt. Es bleibt abzuwarten, inwiefern die Untergrenzen regelhaft eingehalten und die angestrebte Versorgungsqualität in allen Fachabteilungen aufrechterhalten werden kann, auch vor dem Hintergrund des sich verschärfenden Fachkräftemangels.

Insbesondere in der Pädiatrie besteht die Befürchtung, dass sich durch die Aufgliederung der pädiatrischen Bereiche ein hoher bürokratischer Aufwand ergibt. Hintergrund ist, dass die Pflegeschlüssel für die neonatologische Pädiatrie nicht nur für die neonatologischen Stationen gelten, sondern den kom-

pletten Klinik-Aufenthalt des Patienten umfassen. Wenn ein neonatologischer Patient bspw. von der neonatologischen Intensivstation auf eine Normalstation verlegt wird, gelten für alle Patienten dieser Station die strengeren Pflegepersonaluntergrenzen der neonatologischen Pädiatrie. Diese neuen Regelungen haben insbesondere einen starken Einfluss auf Perinatalzentren. Diese müssen nicht nur die G-BA-Vorgaben zur Personalausstattung für Frühgeborene erfüllen, sondern zusätzlich die Untergrenzen für die neonatologische Pädiatrie sowie auf sog. Mischstationen für die pädiatrische Intensivmedizin einhalten. Auch für die Kinderkliniken wird die zusätzliche Differenzierung voraussichtlich zu einem zusätzlichen Koordinations- und Dokumentationsaufwand führen.

Als Gegenentwurf zu den Pflegepersonaluntergrenzen haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat und die Gewerkschaft Ver.di die Pflegepersonal-Regelung 2.0 (PPR 2.0) entwickelt. Ziel ist es, die Verantwortung für den Personaleinsatz wieder zurück ins Krankenhaus zu verlagern und so eine zielgerichtete haus- und fachabteilungsindividuelle Personalplanung zu ermöglichen, die eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Patienten sicherstellt und gleichzeitig Flexibilität ermöglicht. Einschätzungen zufolge wird der mittel- bis langfristige Mehrbedarf in Deutschland mit 40.000 bis 80.000 Pflegekräften angegeben. Die neue Regierung hat das Instrument der PPR 2.0 in den Koalitionsvertrag aufgenommen.

Ob und wie schnell die Koalition die PPR 2.0 umsetzt und welche Auswirkungen sich daraus ergeben werden, wird sich erst zeigen müssen. Darüber hinaus ist die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes zu berücksichtigen, denn unabhängig davon, welches Personalbemessungsinstrument eingesetzt wird, bleiben der Fachkräftemangel sowie die Refinanzierung der zusätzlich notwendigen Stellen bestimmende Themen für die Krankenhäuser.

Mindestmengen-Regelung

Neben den Neuerungen bei den Pflegepersonaluntergrenzen soll durch die Anpassung der Mindestmengen die Qualität der Versorgung der Patienten verbessert werden. Das Ziel der neuen und höher gesetzten Mindestmengen ist eine höhere Behandlungssicherheit und -qualität bei komplexen und teilweise nicht routinemäßigen Eingriffen.

Mit Wirkung zum 01.01.2022 hat der G-BA neue Mindestmengenregelungen für die chirurgische Behandlung von Brustkrebs (Mamma-Ca) und für das Lungenkarzinom bei Erwachsenen festgelegt sowie die Mindestmengen bei den komplexen Eingriffen am Organsystem Pankreas, komplexen Eingriffen am Organsystem Ösophagus für Erwachsene und bei der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahme-gewicht von unter 1.250 g erhöht. Die Anpassung findet dabei gestaffelt bis 2024 bzw. 2025 statt.

Die Mindestmenge für komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene wurde 2021 von 10 auf 20 Eingriffe erhöht. Hierbei gilt eine Übergangsfrist bis 2025. Für 2022 und 2023 gilt weiterhin die Mindestmenge von 10 Eingriffen, für 2024 sind 15 Eingriffe zu erbringen. Für komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene werden die Mindestmengen dieses Jahr von 10 auf 26 Eingriffe und für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht unter 1.250 g von 14 auf 20 Leistungen erhöht. Hier gelten ebenfalls Übergangsregelungen bis 2024 (Früh- und Reifgeborene) bzw. 2025 (Ösophagus).

Die neuen Mindestmengenregelungen liegen für das Mamma-Ca bei 100 Operationen und für das Lungenkarzinom bei 75 Operationen pro Jahr und Krankenhausstandort. Für 2022 und 2023 gelten übergangsweise keine Mindestmengen, 2024 sind übergangsweise 50 (Mamma-CA) bzw. 40 Operationen (Lungenkarzinom) nachzuweisen.

Auch wenn die neuen Mindestmengen für die chirurgische Behandlung von Brustkrebs und für das Lungenkarzinom erst 2024 bzw. 2025 gültig werden, müssen die Kliniken sich schon jetzt damit auseinandersetzen, wie sie planerisch mit den Veränderungen umgehen werden. Insbesondere die Krankenhäuser, die die aktuell geltenden Mindestmengen nicht bzw. nur knapp erreichen, müssen die Perspektive der betreffenden Leistungen hinterfragen: Ist die Erreichung der Mindestmengen auf der aktuellen Grundlage realistisch? Können oder sollen die Leistungen zukünftig erbracht werden? Wie ist die Erreichung der Mindestmenge möglich? Hierbei spielen die medizinstrategische Ausrichtung, die notwendige personelle Ausstattung, eventuelle Personalwechsel insbesondere im Chef- und Oberarztbereich, mögliche Kooperationen sowie das Einzugsgebiet eine entscheidende Rolle. Denn wenn ein Krankenhaus nicht plausibel prognostizieren kann, dass die Mindestmengen des jeweiligen Eingriffes im Folgejahr erreicht werden, darf die Leistung nicht mehr erbracht werden bzw. wird bei Unterschreiten der Mindestmenge im Worst Case nicht vergütet.

Für die Patienten bedeutet dies auf der einen Seite eine möglicherweise höhere Qualität der Leistungserbringung, auf der anderen Seite jedoch unter Umständen erhöhte Wege- und Wartezeiten, wenn Krankenhäuser zukünftig als Leistungserbringer wegfallen und sich eine Konzentration auf Zentren ergibt.

Bei einer nicht mehr sichergestellten Versorgung einer bestimmten Leistung treten Ausnahmetatbestände ein, die die Leistungserbringung nach Genehmigung durch die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen für ein Jahr erlauben können.

Für die Krankenhäuser bedeutet die Anpassung und Neueinführung der Mindestmengen die Notwendigkeit einer realistischen strategischen Mittelfristplanung sowie ggf. eine Neuausrichtung des Leistungsspektrums und des Personals. Wichtig ist es, sich bereits jetzt mit den zukünftigen Auswirkungen zu beschäftigen, da die Entscheidung über die Möglichkeit der Erbringung der

Leistungen Konsequenzen auf die zukünftige Fachabteilungsstruktur, Personalbesetzung, Kapazitätsplanung und insbesondere die Patienten einen Einfluss hat.

Veränderungen in der Prüfverfahrensvereinbarung und Strukturprüfungen

Mit den Änderungen durch das MDK-Reformgesetz folgen in diesem Jahr weitere Herausforderungen für die Krankenhäuser, die zum Ziel haben, die Abrechnungsqualität zu erhöhen und den Prüfungsaufwand insgesamt zu verringern.

Die wichtigsten Änderungen für die Krankenhäuser betreffen die Prüfquoten, die Regelung zu Straf- bzw. Aufschlagszahlungen, die eingeschränkte Rechnungs-korrektur sowie Falldialoge und Erörterungsverfahren. Zusätzlich muss für bestimmte komplexe Leistungen die Erfüllung der notwendigen OPS-Strukturmerkmale zur Prüfung vorgelegt werden.

Von allen Krankenhäusern, die eine Prüfung beantragt haben, konnten zum Stand 24.02.2022 92 % die OPS-Strukturmerkmale erfüllen. Die übrigen 8 % haben die Möglichkeit, nach entsprechenden Nachbesserungen eine erneute Prüfung zu beantragen. Bei erfolgreicher Prüfung ist eine Beanstandung der Abrechnung aufgrund der OPS-Strukturmerkmale durch die Kasse bzw. den Medizinischen Dienst (MD) nicht mehr möglich.

Der Prüfungsaufwand soll sich durch die festgelegte Prüfquote reduzieren und mehr Planungssicherheit für die Krankenhäuser bewirken. Die Prüfquote und die Straf- bzw. Aufschlagszahlungen werden seit 2022 anhand der Abrechnungsprüfungen im Vorquartal nach einem entsprechenden Schema berechnet.

Prüfquote

In Abhängigkeit des Anteils vom MD unbeanstandeter Abrechnungen aller geprüften Abrechnungen

≥ 60 % ▼	< 60 % – 40 % ▼	< 40 % ▼	< 20 % ▼
Prüfquote bis 5 %	Prüfquote bis 10 %	Prüfquote bis 15 %	Prüfquote offen

Strafzahlungen

Fällig bei Anteil korrekter Abrechnungen unter 60 %

≥ 60 % ▼	< 60 % – 40 % ▼	< 40 % ▼
Kein Aufschlag	Aufschlag 25 %	Aufschlag 50 %

► Rückzahlungen der Differenz zwischen dem abgerechneten Betrag und dem geminderten Abrechnungsbetrag zuzüglich dem Aufschlag auf die Differenz.

► Die Strafzahlung beträgt allerdings maximal 10 % des geminderten Abrechnungsbetrages und mindestens 300 €.

Weitere Änderungen ergeben sich u. a. durch das Rechnungskorrekturverbot, welches eine nachträgliche Korrektur der Abrechnung untersagt und damit die sofortige vollständige Einreichung aller Unterlagen an die Krankenkassen notwendig macht.

Aus Sicht der Krankenhäuser ergibt sich prinzipiell eine Entlastung im Sinne von weniger Prüfungen, allerdings nur dann, wenn die Prüfquote niedrig gehalten wird. Dafür ist eine zeitnahe und prüfsichere Abrechnungserstellung notwendig. Eine gute Aufstellung des eigenen Abrechnungsmanagements ist daher für eine hohe Abrechnungsqualität, eine niedrige Prüfquote sowie für die Bewerkstelligung von Falldialogen und Erörterungsverfahren unumgänglich. Wesentlich hierbei sind möglichst standardisierte Kodier- und Abrechnungsprozesse, die sich an ein stringentes Entlassmanagement anschließen bzw. bestenfalls damit verzahnt sind.

Adäquate digitale Strukturen und unterstützende Software-Anwendungen erhöhen dabei die Abrechnungsqualität und das Abrechnungsmanagement bei der Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben.

Nach den statistischen Auswertungen zur Abrechnungsprüfung des GKV Spitzenverbands waren von 290.137 durch eine Leistungsentscheidung beendeten MD-Prüfungen im dritten Quartal 2021 (entspricht einer durchschnittlichen Prüfquote von 11 %) rd. 51 % minderungsfähig. 42 % der beanstandeten Prüfungen sind auf sekundären Fehlbelegungen, 32 % auf fragliche Kodierungen und 16 % auf primäre Fehlbelegung zurückzuführen (Stand 2019). Daher sollten die Krankenhäuser neben der Erhöhung der Abrechnungsqualität auch ein Augenmerk auf das Verweildauermanagement sowie das ambulante Potenzial legen. Zukünftig wird sich das ambulante Potenzial aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts sowie der Neugestaltung des AOP-Kataloges voraussichtlich erhöhen.

Die Herausforderung der Politik besteht in der Weiterentwicklung der Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich, um allgemeine Trends und Anforderungen aufzufangen. Ein Beispiel hierfür ist die geplante Einführung des Hybrid-DRG. Eine adäquate Vergütungsstruktur ambulanter Leistungen verringert die Fehlbelegungsproblematik und erhöht die Anreize für die Krankenhäuser, das bestehende ambulante Potenzial konsequenter zu heben. Voraussetzung neben eines gesundheitspolitisch angepassten Vergütungsrahmens sind und bleiben jedoch die Anpassung der internen Strukturen und Prozesse, die das interne Kostengerüst der Leistungserbringung maßgeblich flankieren.

Die PrüfV soll die Abrechnungsqualität erhöhen und den Prüfungsaufwand für alle Seiten standardisieren und verringern. Es bleibt jedoch abzuwarten, wie sich die Neuregelungen auf den Krankenhausalltag auswirken werden, z. B., ob eine hohe Anzahl an Falldialogen zu mehr Prüfungen führt

oder ob dieses Instrument als Chance zum offenen Dialog zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen bzw. dem MD genutzt wird.

Einrichtungsbezogene Impfpflicht

Mit dem aktuellen Infektionsschutzgesetz (IfSG) wurde die Impfpflicht für Angestellte in Gesundheitseinrichtungen und -unternehmen beschlossen (siehe auch S. 6 in dieser Ausgabe des novus Gesundheitswesens).

Mit Inkrafttreten dieser Version des Gesetzes gilt die Impfpflicht gegen das Corona-Virus seit dem 15.03.2022 für alle Mitarbeitenden in Gesundheitseinrichtungen und -unternehmen. Der Arbeitnehmer muss einen Nachweis seiner Immunisierung vorlegen. Dazu zählen Impf- und Genesenennachweise oder eine Bescheinigung über eine medizinische Kontraindikation. Bei Ablauf der Gültigkeit muss innerhalb eines Monats ein neuer Nachweis vorgelegt werden.

§ 20a IfSG regelt zudem, dass dem Gesundheitsamt jeder Mitarbeiter, der keinen Nachweis über eine Immunisierung oder Kontraindikation vorlegt, durch den Arbeitgeber gemeldet werden muss. In Folge der Meldung an das Gesundheitsamt wird die Person aufgefordert, einen entsprechenden Nachweis zu erbringen. Geschieht dies nicht, kann das Amt ein Verbot über das Betreten der Arbeitsstätte aussprechen.

Neben den wenigen eindeutig definierten Regelungen bleiben für die Krankenhäuser viele Fragen offen. Die Pflicht zur Überprüfung der Mitarbeiter durch den Arbeitgeber ist bisher dessen einzige festgelegte Pflicht. Hat er diese zum 15.03.2022 erfüllt, ist zunächst unklar, welche konkreten Schritte folgen. Wie mit Mitarbeitern verfahren wird, die keinen Nachweis vorlegen, könnte zwar allgemein rechtlich abgeleitet werden, wie die Gerichte allerdings bezogen auf diese besonderen Umstände entscheiden werden, ist unklar. Erwartet wird daher eine Vielzahl von Klagen. Wie auch bei der Auslegung des Infektionsschutzgesetzes in Bezug auf die Corona-Maßnahmen, werden die Bundesländer und auch die jeweiligen Ämter unter Umständen individuelle Regelungen festlegen. Eine einheitliche Bewertung wird somit unmöglich.

Aus den Ergebnissen einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vom 24.01.2022 geht hervor, dass bereits 95 % des Krankenpflegepersonals geimpft sind. Dies klingt zunächst positiv; aufgrund des bestehenden und steigenden Fachkräftemangels ist es für viele Krankenhäuser aber bereits aktuell eine Herausforderung, einzelne Mitarbeiter adäquat zu ersetzen. Auch im Hinblick auf die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen und die neuen Mindestmengenregelungen erhöht sich damit die Planungsunsicherheit für die Krankenhäuser.

Bei Mitarbeitern, die nicht in der direkten Patientenversorgung eingebunden sind, wie z. B. in der Personalabteilung, könnte über flexible Arbeitsmodelle im Homeoffice nachgedacht werden, um ungeimpfte Mitarbeiter trotz Impfpflicht weiter zu beschäftigen. Die ggf. resultierende ungleiche Behandlung im Vergleich zu den Berufsgruppen mit direktem Patientenkontakt wird vermutlich zu weiteren Diskussionen und Unzufriedenheit führen.

Insgesamt ergibt sich aus der einrichtungsbezogenen Impfpflicht ein bürokratischer Aufwand, ergänzend zu den übrigen Neuregelungen. Der Arbeitgeber muss nicht nur gewährleisten, jeden Arbeitnehmer überprüft zu haben. Er muss auch die Daten datenschutzkonform aufbewahren und an das Gesundheitsamt weiterleiten und er muss er sich zudem damit auseinandersetzen, wie er mit ungeimpften Mitarbeitern umgeht auch im Hinblick auf die Konsequenzen, die sich aus künftigen Gerichtsurteilen und Rechtsverfahren sowie eventuellen Nachschärfungen des Gesetzes ergeben. Welche Auswirkungen die einrichtungsbezogene Impfpflicht für die Pflichten der Arbeitgeber und die Beschäftigung der Mitarbeiter haben wird, bleibt daher abzuwarten.

Fazit

Die Herausforderungen, die sich für die Krankenhäuser aus der anhaltenden COVID-19-Pandemie sowie den gesetzlichen Neuregelungen und deren Auswirkungen ergeben, sind vielfältig. Neben dem erhöhten bürokratischen, personellen und finanziellen

Aufwand entsteht durch die Regelungen auch ein hohes Maß an Unsicherheit. Viele Krankenhäuser sind bisher nicht ausreichend auf die Veränderungen vorbereitet und müssen sich nun neu aufstellen im Hinblick auf Prozesse, Leistungsplanung, Strategieausrichtung und Medizincontrolling.

Die Vielzahl der Änderungen und deren gewichtige Auswirkungen erfordern daher wieder einmal mehr eine kritische Analyse der aktuellen Abläufe und Prozesse, eine vorausschauende Planung sowie die zeitnahe Umsetzung der notwendigen Änderungen. Für die Sicherstellung des Klinikbetriebs ist dies ebenso wichtig wie die zukünftige Strategieausrichtung.

Annika Brunkhardt
+49 221 20643-207

Nina-Marie Holzkamm
+49 221 20643-206

IMPRESSUM

Herausgeber:

Ebner Stolz Mönning Bachem
Wirtschaftsprüfer Steuerberater Rechtsanwälte
Partnerschaft mbB
www.ebnerstolz.de

Ludwig-Erhard-Straße 1, 20459 Hamburg
Tel. +49 40 37097-0

Holzmarkt 1, 50676 Köln
Tel. +49 221 20643-0

Kronenstraße 30, 70174 Stuttgart
Tel. +49 711 2049-0

Redaktion:

Niko Ballarini, Tel.: +49 711 2049-1387
Annika Brunkhardt, Tel.: +49 711 2049-1140
Dr. Ulrike Höreth, Tel. +49 711 2049-1371
gesundheit@ebnerstolz.de

novus enthält lediglich allgemeine Informationen, die nicht geeignet sind, darauf im Einzelfall Entscheidungen zu gründen. Der Herausgeber und die Autoren übernehmen keine Gewähr für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit der Informationen. Sollte der Empfänger des **novus** eine darin enthaltene Information für sich als relevant erachten, obliegt es ausschließlich ihm bzw. seinen Beratern, die sachliche Richtigkeit der Information zu verifizieren; in keinem Fall sind die vorstehenden Informationen geeignet, eine kompetente Beratung im Einzelfall zu ersetzen. Hierfür steht Ihnen der Herausgeber gerne zur Verfügung.

novus unterliegt urheberrechtlichem Schutz. Eine Speicherung zu eigenen privaten Zwecken oder die Weiterleitung zu privaten Zwecken (nur in vollständiger Form) ist gestattet. Kommerzielle Verwertungsarten, insbesondere der (auch auszugsweise) Abdruck in anderen Newslettern oder die Veröffentlichung auf Webseiten, bedürfen der Zustimmung der Herausgeber.

Wir legen großen Wert auf Gleichbehandlung. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verzichten wir jedoch auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers. Im Sinne der Gleichbehandlung gelten entsprechende Begriffe grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform beinhaltet also keine Wertung, sondern hat lediglich redaktionelle Gründe.

Fotonachweis:

Alle Bilder: © www.gettyimages.com