Solidaris
Nutzen stiften – mit Freude für Menschen

JAHRGANG 24 / AUSGABE 4 / NOVEMBER 2021

Solidaris **Information**

Fakten aktuell

3 Die Herausforderungen der MDK-Reform: So sichern Krankenhäuser ihre Erlöse
5 Nachweispflicht zur datenschutzkonformen Sicherung von Patientenunterlagen für den Insolvenzfall
6 Zur Einordung als KMU nach Maßgabe der aktuellen EuGH-Rechtsprechung
7 Corona-Sachverhalte in den Steuererklärungen 2020
9 Die Verfassungswidrigkeit von Nachzahlungszinsen und wie es jetzt weitergeht
10 BHKW – Doch keine umsatzsteuerliche Lieferung von selbst verbrauchtem Strom?
11 Aktuelle Urteile und Verwaltungsanweisungen

Beratung aktuell

12 Strategische Implikationen aktueller Trends in der Krankenhausplanung
13 Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegequotient in der Wirtschaftsplanung
14 Sind Going Concern und Wachstum als Standardprämissen der Krankenhausbewertung noch zeitgemäß?
16 Markt- und Wettbewerbsanalysen in der strategischen Einrichtungsplanung
17 Cybersecurity im Krankenhaus – Hacking der medizinischen Systeme verhindern

Betriebsvergleiche

19 Krankenhäuser
21 Altenheime
23 Sozialstationen
24 Werkstätten für behinderte Menschen
25 Kinder- und Jugendhilfe

Intern

26 Neue Büroräume in Münster
26 Neue Kompetenzträger
27 Neues Solidaris-Kompetenzteam – Versierte Unterstützung in der Unternehmenskrise

28 **Aktuelle Seminare**

28 **Impressum**

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

EDITORIAL

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Jens Thomsen

das Jahr neigt sich langsam, aber sicher dem Ende zu. Dennoch stehen bis zum Jahresende noch spannende Themen auf der Agenda, allen voran die Bildung einer neuen Regierung. Aller Voraussicht nach wird es einen Regierungswechsel geben – wie genau dieser aussehen wird, ist zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses dieser Ausgabe noch offen. Alle Parteien haben indes Verbesserungen im Bereich Klimaschutz und Digitalisierung angekündigt. Wir dürfen demnach davon ausgehen, dass es neue Regelungen und Gesetze geben wird, die die gesamte Branche der Gesundheits- und Sozialwirtschaft betreffen werden. Für viele Einrichtungen hat sich bereits in den letzten beiden Jahren viel getan, wie zum Beispiel mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) für die Krankenhäuser.

In dieser Ausgabe widmen wir uns mit einem Artikel den Herausforderungen der MDK-Reform, insbesondere mit Blick auf die neue Prüfverfahrensvereinbarung (S. 3). Das Thema IT-Sicherheit gewinnt wegen der deutlichen Zunahme der bekannten Schadprogramm-Varianten immer mehr Bedeutung. Vor diesem Hintergrund erörtern wir, wie Cybersecurity im Krankenhaus gewährleistet werden kann (S. 17).

Wie gewohnt geben unsere Betriebsvergleiche wieder Einblicke in die Entwicklung unterschiedlichster Branchen (S. 19 ff.). Besonders spannend ist in diesem Jahr sicherlich die Frage, wie sich die Corona-Pandemie auf die wirtschaftliche Entwicklung im Geschäftsjahr 2020 ausgewirkt hat. Für unsere Mandanten ist aktuell aber der Blick in die Zukunft noch viel wichtiger: Wie wird sich die wirtschaftliche Situation nach Auslaufen der Corona-Hilfen gestalten? Vor allem Krankenhäuser dürften hier durch den Wegfall der Freihaltepauschalen im noch laufenden Geschäftsjahr 2021 teilweise erheblich betroffen sein. Aktuelle Rückmeldungen aus der Branche zeigen, dass dies für einige Krankenhäuser bis Ende des Jahres zu einer ernsthaften Liquiditätskrise führen wird. Um bei solchen Situationen noch besser unterstützen zu können, haben wir ein neues Solidaris-Kompetenzteam aus Wirtschaftsprüfern, Steuerberatern, Rechtsanwälten und Unternehmensberatern zusammengestellt. Künftig steht Ihnen für die Beratung in wirtschaftlich schwierigen Zeiten unser interdisziplinär besetztes Team zusätzlich zur Seite (S. 27).

Nun aber wünsche ich Ihnen viel Vergnügen bei der Lektüre. Und einen sorgenfreien Jahresausklang.

Ihr

Jens Thomsen

Die Herausforderungen der MDK-Reform: So sichern Krankenhäuser ihre Erlöse

Von Torsten Hellwig und Ines Martenstein

Durch das zum 1. Januar 2020 in Kraft getretene MDK-Reformgesetz wurden umfangreiche Änderungen für Krankenhäuser eingeführt. Wesentliche Meilensteine sind die Einführung eines quartalsbezogenen Prüfquotensystems, die Strukturprüfung für OPS-Komplexkodes und die neue Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV 2022). Die Neuregelungen stellen Krankenhäuser vor enorme Herausforderungen. Wir geben einen Überblick über die wesentlichen gesetzlichen Änderungen und Anforderungen und erläutern, welche Maßnahmen Krankenhäuser ergreifen sollten, um ihre Erlöse auch zukünftig zu sichern.

Die Prüfverfahrensvereinbarung 2022

Die PrüfvV 2022 tritt zum 1. Januar 2022 in Kraft und gilt für die Überprüfung der Abrechnungen für Patienten, die ab diesem Zeitpunkt im Krankenhaus aufgenommen werden. Anders als die bisherigen PrüfvV sind in ihr strikte Ausschlussfristen und ein Rechnungskorrekturverbot enthalten.

Fristen werden zu Ausschlussfristen

Im Rahmen der Rechnungsprüfung muss das Krankenhaus die vom Medizinischen Dienst (MD) angeforderten Unterlagen innerhalb einer Ausschlussfrist von acht Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung an den MD übermitteln. Nachlieferungen sind nach wie vor innerhalb von drei Wochen nach fristgerechter Ankündigung und Zahlung von 300 € möglich. Bei unvollständiger Übermittlung erfolgt die Begutachtung nur auf Basis der übermittelten Unterlagen. Es besteht unverändert die Möglichkeit, vor Einschaltung des MD auf freiwilliger Basis ein Vorverfahren (Falldialog) durchzuführen. Wird kein Falldialog durchgeführt, muss die Beauftragung des MD innerhalb der Vier-Monats-Frist des § 275c Abs. 1 Satz 1 SGB V erfolgen.

Cave: *Aufgrund der Ausschlussfrist muss dringend darauf geachtet werden, dem MD sämtliche angeforderten Unterlagen fristgerecht zu übermitteln. Ansonsten ist das Nachreichen von Unterlagen ausgeschlossen, selbst in einem etwaigen späteren Erörterungs- oder Gerichtsverfahren. Insoweit drohen immense Erlösausfälle. Wir empfehlen, ein digitales „MDK-Tool" zu implementieren, mit dessen Hilfe die angeforderten und zusammengestellten Unterlagen überprüft werden und die Frist zur Übermittlung der Unterlagen überwacht wird.*

Bestreiten der Leistungsentscheidung und Erörterungsverfahren

Wenn das Krankenhaus mit der Entscheidung der Krankenkasse nicht einverstanden ist, muss es sie binnen sechs Wochen nach Zugang bestreiten. Gleichzeitig kann das Krankenhaus das Erörterungsverfahren (EV) einleiten. Die Krankenkasse kann sich dann innerhalb von sechs Wochen der Begründung des Krankenhauses anschließen oder die Begründung ablehnen. Spätestens mit dieser Mitteilung wird das EV eingeleitet, sofern eine Einleitung nicht schon im Rahmen des Bestreitens durch das Krankenhaus erfolgt ist. Das EV ist binnen zwölf Wochen nach Mitteilung der Krankenkasse abzuschließen. Grundlage des EV sind sämtliche erforderlichen Daten des strittigen Falles, einschließlich der vom MD erhobenen Daten. Relevante Unterlagen müssen der jeweiligen Partei spätestens vier Wochen nach der Mitteilung der anderen Partei vorliegen.

Cave: *Wenn kein Einverständnis mit dem Leistungsentscheid der Krankenkasse besteht, muss die Entscheidung unbedingt innerhalb der Sechs-Wochen-Frist bestritten werden. Im Rahmen des EV müssen sämtliche relevante Unterlagen fristgerecht übermittelt und alle Einwendungen vorgebracht werden. Ansonsten gilt die Rechnung als erörtert, spätere Einwendungen seitens des Krankenhauses sind ausgeschlossen. Das EV ist entsprechend den Vorgaben in § 10 Abs. 2 PrüfvV zu dokumentieren. Es ist Zulässigkeitsvoraussetzung für ein sich eventuell anschließendes Klageverfahren.*

Rechnungskorrektur und Aufrechnung nur noch in engen Ausnahmefällen

Eine Rechnungskorrektur ist zukünftig nicht mehr bzw. nur in engen Ausnahmen zulässig, so etwa zur Umsetzung eines rechtskräftigen Urteils oder wenn sich Krankenhaus und Krankenkasse im Falldialog, im EV oder anderweitig geeinigt haben. Spiegelbildlich hierzu gilt für die Krankenkassen ein Aufrechnungsverbot.

Cave: *Die Kodierung bzw. Rechnungsstellung sollte stets mit Hilfe des Vier-Augen-Prinzips erfolgen. Daneben sollten die internen Prozesse – angefangen von der Dokumentation des Behandlungsfalls durch die ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter bis hin zur Kodierung und Rechnungsstellung – nach einem strikten Qualitätsstandard erfolgen. Die Einhaltung dieses Qualitätsstandards ist idealerweise regelmäßig durch entsprechende Tests zu überprüfen.*

Prüfquote

Im Jahr 2020 wurde erstmals eine Prüfquote für Schlussrechnungen über vollstationäre Krankenhausbehandlungen eingeführt, die pandemiebedingt in 2020 auf 5 % reduziert wurde. Für das Jahr 2021 wurde eine Prüfquote von maximal 12,5 % festgelegt. Ab dem Jahr 2022 gilt dann erstmals eine quartalsweise variable Prüfquote zwischen 5 % und 100 % sowie eine Aufschlagszahlung, die von der Höhe der Positivquote des vorvergangenen Quartals abhängt, mindestens aber 300 € beträgt.

Strukturprüfung

Seit Anfang des Jahres haben Krankenhäuser die Einhaltung von Strukturmerkmalen für insgesamt 53 Operationen und Prozedurenschlüssel (OPS) durch den MD begutachten zu lassen, bevor die Komplexkodes abgerechnet werden können. Die Anträge für die Prüfung der OPS-Kodes, die ein Krankenhaus weiterhin abrechnen will, sind bis zum 30. Juni eines jeden Jahres beim MD vor Ort einzureichen. Für Prozeduren, die im Jahr der Antragstellung noch nicht erbracht werden, endet die Frist am 30. September. Die Krankenhäuser haben dann spätestens bis zum 31. Dezember eines jeden Jahres die Bescheinigung des MD dem Landesverband der Krankenkassen und Ersatzkassen vorzuweisen.

Laufende Bewertung von nachträglichen Verlusten auf Grundlage des MDK-Tools

Für eine realistische Einschätzung der Ertragslage eines Krankenhauses ist es unabdingbar, auf Grundlage der Auswertungen aus dem MDK-Tool sicherzustellen, dass das Risiko nachträglicher Fallkürzungen möglichst richtig bewertet wird. Vereinfacht lässt sich die Bewertungsthematik auf eine Mengen- und eine Preiskomponente reduzieren. Bei der Mengenkomponente (angefragte Fälle) ist aufgrund der Fristen für die Beauftragung des MD lange offen, welche Fälle tatsächlich Prüffälle werden. Es sind also regelmäßig auch für noch nicht erfolgte Fallanfragen/Prüfverfahren Risikobewertungen vorzunehmen. Bei der Bewertung ist neben einer fachabteilungsbezogenen Gewichtung auch eine Unterscheidung nach der Art der Prüffälle an sich angezeigt. Die Notwendigkeit der Differenzierung der Bewertung hat nach unserer Auffassung deutlich zugenommen, ebenso die Fehleranfälligkeit bei der jeweiligen Bewertung und bei der Schätzung des Risikos. Im Ergebnis kann eine unterjährig falsche Einschätzung auch zu einer nicht zielführenden Steuerung des Krankenhauses führen. Deshalb empfehlen wir, die Datenauswertung zum jeweiligen Berichtszeitpunkt intern in Bezug auf die kritischen Bewertungsparameter zu diskutieren.

Fazit

Die Neuregelungen, insbesondere in der PrüfvV 2022, stellen Krankenhäuser vor enorme Herausforderungen. Wir empfehlen, sämtliche Rechnungen vor Versand an die Krankenkassen einer Kodierrevision zu unterziehen, um – auch mit Blick auf die Prüfquote – Abrechnungsprüfungen so gut es geht zu minimieren. Daneben sollten der Ablauf der Rechnungsprüfung, insbesondere die dringend einzuhaltenden Fristen, und das Erörterungsverfahren automatisiert und standardisiert werden, um Formfehler zu vermeiden. Das A und O ist natürlich eine ordnungsgemäße Dokumentation des Behandlungsfalles, damit sich im Rahmen der Unterlagenanforderung eine lückenlose Dokumentation nachweisen lässt. Wir haben für die beschriebene Thematik eine Checkliste entwickelt, über die Sie Ihren Stand in Bezug auf Ihre Prozesse und Ihre Risikobewertung auswerten können. Bitte sprechen sie uns an – wir unterstützen Sie gerne.

Torsten Hellwig
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater

Köln
02203 . 8997-214 t.hellwig@solidaris.de

Ines Martenstein, LL.M.
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

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

Nachweispflicht zur datenschutzkonformen Sicherung von Patientenunterlagen für den Insolvenzfall

Von Alexander Gottwald und Ines Martenstein

Mit dem am 18. März 2021 in Kraft getretenen Dritten Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) wurde mit § 34c KHGG NRW auch eine Regelung zum Patientendatenschutz als Vorsorge für den Insolvenzfall eingeführt. Anlass für die Einführung der Regelung waren Fälle aus der Vergangenheit, bei denen sich Unbefugte Zutritt zu den Räumen eines geschlossenen bzw. verlassenen Klinikgebäudes verschafft und die dort gelagerten Patientenakten gesichtet und teilweise sogar im Internet veröffentlicht hatten (z. B. Oberverwaltungsgericht Hamburg, Beschluss vom 15. Oktober 2020 – 5 Bs 152/20).

Damit die Verantwortlichkeit für den Patientendatenschutz auch über die Insolvenz eines Krankenhauses hinaus geklärt ist, regelt nun § 34c KHGG NRW für Krankenhäuser die Pflicht, *„Maßnahmen zu treffen, dass im Falle der Schließung eines Krankenhauses aufgrund einer drohenden Zahlungsunfähigkeit die dort geführten Patientenunterlagen entsprechend ihrer individuellen Aufbewahrungsdauer unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben, insbesondere zur Gewährleistung von Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit aufbewahrt werden können“*.

Die Regelung gilt allerdings nicht erst im Falle der (drohenden) Insolvenz. Vielmehr werden die Krankenhäuser bereits gegenwärtig in die Pflicht genommen, geeignete Sicherungsmaßnahmen zu treffen und diese der zuständigen Bezirksregierung nachzuweisen, und zwar regelmäßig alle zwei Jahre. Diese Pflicht gilt seit dem 18. März 2021 und hat seitdem schon vielerorts die Bezirksregierungen auf den Plan gerufen, Nachweise über die getroffenen Maßnahmen bei den Krankenhäusern abzufragen. Die Prüfung durch die Bezirksregierungen wird in der Gesetzesbegründung (LT-Drs. 17/11162) erläutert, wo explizit die Rede davon ist, dass den Bezirksregierungen die Möglichkeit eingeräumt wird zu prüfen, ob entsprechende Maßnahmen auch tatsächlich erfolgt sind. Dabei geht es um tatsächlich getroffene, also umgesetzte Maßnahmen, wie im Falle einer Insolvenz der Datenschutz der Patienten gewährleistet und Patientenakten vor dem Zugriff Unbefugter gesichert werden sowie (ehemaligen) Patienten ein jederzeitiges Einsichtsrecht in ihre Patientenakte zugesichert wird. Ein pauschaler Verweis, dass bei drohender Insolvenz beispielsweise der Insolvenzverwalter für die Aufbewahrung der Patientenunterlagen und den Patientendatenschutz verantwortlich ist, genügt daher unseres Erachtens nicht. Das Krankenhaus muss also beim Wechsel von Verantwortlichkeiten klären, wer nach einer Schließung die Patientenakten vor dem Zugriff Unbefugter sichert und wie das jederzeitige Einsichtsrecht der ehemaligen Patienten gewährleistet wird. Hier bedarf es der Benennung von konkreten Verantwortlichkeiten. Eine besondere Herausforderung ist dabei die lange Aufbewahrungsdauer ärztlicher Aufzeichnungen von mindestens zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung. Daneben ist auch die Finanzierung für die Umsetzung der Sicherungsmaßnahmen zu klären bzw. nachzuweisen. Aus der Verpflichtung in § 34c KHGG NRW folgt die Notwendigkeit, dass finanzielle Mittel für die zweckentsprechende Verwendung bereitstehen und vor einem Zugriff durch die übrigen Gläubiger des Krankenhauses zu schützen sind.

Fazit

Krankenhäuser sind gut beraten, wenn sie ein rechtssicheres Maßnahmenpaket zur Sicherung von Patientendaten für den Fall der Insolvenz und darüber hinaus schnüren und entsprechende Nachweise für die Bezirksregierung vorhalten. Dabei sollten insbesondere die Verantwortlichkeiten und die Finanzierung geklärt werden. Die Sicherungsmaßnahmen sollten regelmäßig alle zwei Jahre überprüft und gegebenenfalls aktualisiert werden. Gerne unterstützen wir Sie sowohl bei der Entwicklung eines Konzepts zur Sicherung von Patientendaten als auch im Rahmen der Testierung der Maßnahmen zwecks Erfüllung der Nachweispflicht.

Alexander Gottwald, EMBA
Rechtsanwalt
Zertifizierter Datenschutzbeauftragter (GDDcert. EU)

Münster
0251 . 48261-173 a.gottwald@solidaris.de

Ines Martenstein, LL.M.
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

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

Zur Einordung als KMU nach Maßgabe der aktuellen EuGH-Rechtsprechung

Von Micaela Speelmans

Kleine und mittlere Unternehmen (KMU) werden durch die EU-Kommission als besonders förderungswürdig erachtet. Daher sieht auch das EU-Beihilfenrecht Erleichterungen für Unterstützungsleistungen zugunsten von KMU vor. Voraussetzung ist aber, dass das betreffende Unternehmen tatsächlich ein KMU im Sinne des EU-Rechts ist. Dazu muss es sich um ein unabhängiges Unternehmen handeln.

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hatte sich jüngst erneut mit der Einordnung von KMU und dem dafür relevanten Unabhängigkeitskriterium zu befassen. In der Entscheidung vom 24. September 2020 – C-516/19 – nahm er zu der Frage Stellung, ob einer von einer gemeinnützigen Stiftung beherrschten GmbH allein aufgrund formaler Kriterien die erforderliche Unabhängigkeit versagt werden könne, ohne dass es auf die tatsächliche Möglichkeit der Einflussnahme durch dahinterstehende öffentliche Stellen ankommt. Dagegen waren in dem am 10. März 2021 entschiedenen Fall – C-572/19 P – die maßgeblichen Kriterien für die Einordnung einer nach belgischem Recht errichteten Genossenschaft als KMU formal erfüllt; die Einordnung als KMU wurde aber mit Blick auf die sogenannte wirtschaftliche Realität des Unternehmens versagt.

Hintergrund

KMU werden auf EU-Ebene als wesentliche Grundlage für Wirtschaftswachstum und Innovation und „Rückgrat" der europäischen Wirtschaft angesehen. Zugleich wird angenommen, dass KMU aufgrund ihrer Größe in einer global ausgerichteten Wirtschaft schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ausgesetzt sind. Diesen Nachteilen soll das EU-Beihilfenrecht zur Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit von KMU durch Erleichterungen entgegenwirken. Um zu gewährleisten, dass die Erleichterungen nur solchen Unternehmen zugutekommen, die sie auch tatsächlich benötigen, wird der Definition von KMU eine zentrale Bedeutung beigemessen.

Rechtlicher Rahmen

Maßgeblich für die Bestimmung der Voraussetzungen für die Erfüllung der KMU-Kriterien ist die Empfehlung 2003/361/EG der Kommission vom 6. Mai 2003. Danach dürfen durch das betreffende Unternehmen zunächst gewisse Schwellenwerte bezogen auf Mitarbeiter, Jahresumsatz und Bilanzsumme nicht überschritten werden. Als KMU gelten Unternehmen mit weniger als 250 Beschäftigten und einem Jahresumsatz von bis zu 50 Mio. € oder einer Bilanzsumme von höchstens 43 Mio. €. Werden diese Qualifikationskriterien erfüllt, ist in einem weiteren Schritt zu prüfen, ob es sich bei dem Unternehmen um ein eigenständiges Unternehmen, um ein Partnerunternehmen oder ein verbundenes Unternehmen handelt. Für die Berechnung der Schwellenwerte sind die Angaben anteilig (Partnerunternehmen) bzw. vollständig (verbundene Unternehmen) hinzuzurechnen. Partnerunternehmen sind Unternehmen, die aufgrund ihrer Kapitalanteile oder Stimmrechte ein gewisses Gewicht, aber noch keinen kontrollierenden Einfluss haben, was bei einer Beteiligung von mindestens 25 % angenommen wird. Als verbundene Unternehmen gelten im Wesentlichen solche, die eine Unternehmensgruppe bilden, indem die Mehrheit der Stimmrechte eines Unternehmens direkt oder indirekt kontrolliert wird oder die Fähigkeit besteht, beherrschenden Einfluss auf ein anderes Unternehmen auszuüben. Besondere Regeln gelten für die Verbindungen zu öffentlichen Stellen.

Wertungen des EuGH

In der Rechtsache C-516/19 war nun die Frage zu beantworten, ob die Einordnung als KMU allein mit der Begründung untersagt werden könne, aufgrund der mehrheitlichen Besetzung des Kuratoriums mit ehrenamtlichen Vertretern verschiedener öffentlicher Stellen (u. a. Universitäten, Hochschulen und Industrie- und Handelskammer), deren Stimmen zusammen mehr als 25 % ausmachten, sei eine schädliche indirekte Kontrolle durch die öffentlichen Stellen gegeben. Im Ergebnis wurde dies vom EuGH bejaht. Nach Auffassung des Gerichts kommt es für die Beurteilung der Unabhängigkeit insbesondere weder darauf an, ob die Kuratoriumsmitglieder ihr Amt lediglich ehrenamtlich ausüben, noch ob die öffentlichen Stellen in der Lage sind, die tatsächliche Ausübung des Stimmrechts der Kuratoriumsmitglieder in ihrem Interesse zu beeinflussen. Die Ausübung einer indirekten Kontrolle wird nur aus der mehrheitlichen Besetzung der Kuratoriumsmitglieder der beherrschenden Stiftung geschlossen.

In der Rechtssache 572/19 P rügte eine Genossenschaft mit 110 Anteilseignern, darunter auch große und öffentliche Unternehmen, mit jeweils gleichen Anteilen und Stimmrechten die Versagung der Unabhängigkeit trotz formaler Erfüllung des Unabhängigkeitskriteriums. Die Unabhängigkeit wurde hier verneint mit der Begründung, die Genossenschaft gehöre bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise de facto zu einer großen Unternehmensgruppe und sei aufgrund der organisatorischen Verbindungen zu ihren Partnern bzw. Mitgliedern nicht mit den Nachteilen konfrontiert, denen KMU typischerweise ausgesetzt seien. Die Rechtsmittelführerin sah darin einen Verstoß gegen die KMU-Empfehlung sowie gegen die Grundprinzipien der Rechtssicherheit und den Schutz berechtigten Vertrauens.

Der EuGH erteilte dieser Auffassung eine Absage. Unter Verweis auf die Erwägungsgründe der KMU-Empfehlung, die auf eine Definition von KMU abziele, die die wirtschaftliche Realität von Unternehmen berücksichtige, sei das Unabhängigkeitskriterium bei einem Unternehmen, das das Kriterium nur formal erfülle, aber in Wirklichkeit zu einem großen Konzern gehöre, nicht erfüllt. Einen Verstoß gegen den Grundsatz der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes sah das Gericht nicht.

Fazit

Die Entscheidungen verdeutlichen erneut, dass die Kriterien zur Einordnung von Unternehmen als KMU eng auszulegen sind. Auch bei formaler Erfüllung des Unabhängigkeitskriteriums kann unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Realität die Einordnung als KMU versagt werden. Letztlich kommt es bei der weitergehenden Prüfung auf eine Einzelfallbetrachtung an.

Micaela Speelmans, LL.M.
Rechtsanwältin, Diplom-Kauffrau

Köln
02203 . 8997-413 m.speelmans@solidaris.de

Corona-Sachverhalte in den Steuererklärungen 2020

Von Lena Kanzok, Marlene Plewe und Jochen Wältz

In der Corona-Pandemie hat der Gesetzgeber auch für gemeinnützige Einrichtungen zahlreiche Erleichterungen und Sondertatbestände auf den Weg gebracht. Zudem haben Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und soziale Dienstleister auf Basis neu geschaffener Rechtsgrundlagen Zahlungen zum Ausgleich coronabedingter Mindereinnahmen oder Mehraufwendungen erhalten. Wir erörtern, wie diese Corona-Sachverhalte umsatz- und ertragsteuerlich zu würdigen sind.

Corona-Zahlungen und Tätigkeiten im Rahmen der Corona-Krise

Zugelassene Krankenhäuser haben regelmäßig auf Rechtsgrundlage von § 21 und § 26 KHG sowie weiterer krankenhausspezifischer Regelungen Ausgleichszahlungen während der Corona-Pandemie erhalten. Hierbei handelt es sich unter anderem um Freihaltepauschalen, Zuschüsse zum Ausbau intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten, Zusatzentgelte für Testungen, Pauschalen für Preis- und Mengensteigerungen und Coronaprämien für das Personal. Auch Pflege- und Sozialeinrichtungen haben auf Grundlage von § 150 und § 150a SGB XI Erstattungen für coronabedingte Mehraufwendungen und Mindereinnahmen, Coronaprämien für das Personal sowie Erstattungen für Corona-Testungen erhalten. Zudem wurden in einzelnen Bundesländern zusätzliche Programme aufgelegt, zum Beispiel die Soforthilfe zur Stärkung der Langzeitbeatmungskapazitäten oder die Erstattung von Verpflegungskosten.

Grundsätzlich sind die Corona-Hilfen ertragsteuerlich als Einnahmen zu erfassen. Eine Körperschaft- und Gewerbesteuerpflicht besteht allerdings nur, wenn die Einnahmen dem steuerpflichtigen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb zuzuordnen sind. Zu beachten ist, dass die Finanzverwaltung im Rahmen der Steuerdeklaration 2020 gesondert abfragt, ob Soforthilfen, Überbrückungshilfen oder vergleichbare Zuschüsse vereinnahmt wurden, allerdings nur in dem Umfang, in dem sie dem steuerpflichtigen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb zuzuordnen sind. Die Ausgleichszahlungen für die gemeinnützigen Krankenhäuser dürften grundsätzlich dem Zweckbetrieb des § 67 AO und die Corona-

Erstattungen für die Pflege- und Sozialeinrichtungen dem Zweckbetrieb nach § 66 AO bzw. § 68 Nr. 1a AO zuzuordnen sein. Sofern auch allgemeine Corona-Hilfen des Bundes wie etwa die Überbrückungshilfen I bis III oder die Corona-Soforthilfe ausgezahlt wurden, ist zu klären, ob die Zahlungen konkret für den Zweckbetrieb oder für den steuerpflichtigen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb ausgezahlt wurden. Es empfiehlt sich, die Sphärenzuordnung – auch bezüglich etwaiger Hilfsprogramme der Länder oder Kommunen – im Einzelfall zu prüfen.

In umsatzsteuerlicher Hinsicht ist zu prüfen, ob es sich bei den erhaltenen Corona-Hilfen um nichtsteuerbare echte Zuschüsse oder um steuerbare unechte Zuschüsse handelt. Sofern die Steuerbarkeit zu bejahen ist, dürfte für diese Ausgleichszahlungen bzw. Corona-Erstattungen im Bereich der Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen sowie sonstigen gemeinnützigen Einrichtungen regelmäßig ein eng verbundener Umsatz vorliegen, der entsprechend den einschlägigen Befreiungsvorschriften nach § 4 Nr. 14, 16, 18, 23 oder 25 UStG befreit ist.

Bei neu aufgenommenen entgeltlichen Tätigkeiten steuerbegünstigter Körperschaften im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie gab es zunächst Unsicherheiten, wie diese im Einzelnen umsatzsteuerlich zu behandeln sind. Mit BMF-Schreiben vom 15. Juni 2021 – III C 3 - S 7130/20/10005 :015 – hat die Finanzverwaltung den Weg für eine weitgehende Umsatzsteuerfreiheit eröffnet: Danach können Leistungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Eindämmung und Bekämpfung der Corona-Pandemie stehen, als eng mit der Sozialfürsorge und der sozialen Sicherheit verbundene Leistungen angesehen und nach § 4 Nr. 18 UStG befreit werden. Dies betrifft insbesondere den Betrieb von Abstrich- und Impfzentren sowie mobile Test- und Impfteams, aber auch die entgeltliche Überlassung von Personal, Räumlichkeiten, Sachmitteln oder sonstigen Dienstleistungen an andere Einrichtungen.

Befristete Herabsetzung der Umsatzsteuersätze

Durch das Zweite Corona-Steuerhilfegesetz wurde für den Zeitraum vom 1. Juli 2020 bis zum 31. Dezember 2020 der Regelsteuersatz von 19 % auf 16 % und der ermäßigte Steuersatz von 7 % auf 5 % gesenkt. Bereits zuvor war durch das „erste" Corona-Steuerhilfegesetz die Anwendung des ermäßigten Steuersatzes für Restaurant- und Verpflegungsdienstleistungen (ohne Getränke) ab dem 1. Juli 2020 – befristet für ein Jahr – festgelegt worden. Im Rahmen der Umsatzsteuererklärung für den Veranlagungszeitraum 2020 muss daher im Besonderen darauf geachtet werden, dass die Umsätze entsprechend der zeitlichen Gültigkeit nach den verschiedenen Steuersätzen differenziert werden. Bei der Erstellung der Umsatzsteuererklärungen 2020 ist insoweit mit Mehraufwand zu rechnen, insbesondere wenn die umsatzsteuerlichen Änderungen in der Finanzbuchhaltung aufgrund der kleinen Zeitfenster nicht korrekt umgesetzt werden konnten und beispielsweise nicht mit den richtigen Steuerschlüsseln gearbeitet wurde.

Erleichterungen in Bezug auf das Mittelverwendungsgebot – Verlustausgleich

Neben der steuerlichen Behandlung im Einzelnen hat die Finanzverwaltung auch allgemeinere Erleichterungen geschaffen. So dürfen beispielsweise Verluste, die im steuerlichen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb oder in der Vermögensverwaltung entstanden sind, im Veranlagungsjahr 2020 auch mit Mitteln des Zweckbetriebes bzw. mit Mitteln des ideellen Bereiches ausgeglichen werden, soweit nachweisbar ist, dass die Verluste aufgrund der Corona-Pandemie entstanden sind (vgl. BMF-Schreiben vom 9. April 2020 – IV C 4 - S 2223/19/10003 :003).

Praxis-Hinweis

Leider ziehen die materiellen steuerlichen Erleichterungen auch einen erheblichen Mehraufwand bei der Erstellung der Steuererklärungen nach sich. Für Unterstützung in diesem Bereich wenden Sie sich gerne an uns.

Lena Kanzok
Steuerberaterin

Würzburg
0931 . 3041809-0 l.kanzok@solidaris.de

Marlene Plewe, B.A.

Würzburg
0931 . 3041809-21 m.plewe@solidaris.de

Jochen Wältz
Steuerberater

Würzburg
0931 . 3041809-20 j.waeltz@solidaris.de

Die Verfassungswidrigkeit von Nachzahlungszinsen und wie es jetzt weitergeht

Von Markus Rohwedder

Wie bereits berichtet (siehe Newsletter der Solidaris Rechtsanwaltsgesellschaft 4/2021) hat das Bundesverfassungsgericht mit Beschluss vom 8. Juli 2021 – 1 BvR 2237/14, 1 BvR 2422/17 – die Höhe von Nachzahlungs- und Erstattungszinsen im Sinne von § 233a AO mit 0,5 % pro Monat bzw. 6 % pro Jahr für verfassungswidrig erklärt. Gleichzeitig hat das Bundesverfassungsgericht die bestehende Regelung für Verzinsungszeiträume bis einschließlich 2018 für weiter anwendbar erklärt. Erst für Verzinsungszeiträume ab dem 1. Januar 2019 ist der Gesetzgeber verpflichtet, eine Neuregelung zu schaffen – hierfür hat er bis zum 31. Juli 2022 Zeit. Um zu klären, wie jetzt in der Praxis mit dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts umzugehen ist, haben sich die Finanzverwaltungen der Länder an verschiedenen Stellen öffentlich geäußert. Zentral hat das Bundesfinanzministerium mit Schreiben vom 17. September 2021 – IV A 3 - S 0338/19/10004 :005 – zum weiteren Vorgehen Stellung genommen.

Im Wesentlichen gilt jetzt Folgendes: Für Verzinsungszeiträume bis zum 31. Dezember 2018 ist das alte Recht ausdrücklich weiter anzuwenden. Das bedeutet, dass Zinsen, die diesen Zeitraum betreffen, ohne Einschränkung erstattet bzw. gezahlt werden müssen. Soweit bislang Zinsen betreffend die Jahre bis einschließlich 2018 vorläufig festgesetzt wurden oder in ihrer Wirkung ausgesetzt waren, ist nunmehr die Festsetzung endgültig und die Aussetzungen sind beendet.

Da der Gesetzgeber rückwirkend für den Zinslauf ab dem 1. Januar 2019 erst noch eine Neuregelung schaffen muss, besteht noch Ungewissheit über die Zinshöhe ab diesem Datum. Daher gilt für die einzelnen Fallgruppen nun Folgendes:

- Falls eine Zinsfestsetzung für die Zeit ab 2019 bereits endgültig und verfahrensrechtlich nicht mehr änderbar erfolgt ist, bleibt es bei der Festsetzung. Eine Änderung kann nicht mehr durchgeführt werden.
- Neue Bescheide, die erstmals eine Zinsfestsetzung für Zeiten ab 2019 enthalten, werden von den Finanzämtern vorläufig „auf null“ gesetzt. Eine Änderung der Zinsen erfolgt dann von Amts wegen nach der Neuregelung durch den Gesetzgeber. Dies bedeutet auch, dass bis zur Neuregelung keine Erstattungszinsen für Zeiträume ab 2019 gezahlt werden.
- Bei den Bescheiden, die bereits vor dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts erlassen wurden und eine vorläufige Zinsfestsetzung für Zeiten ab 2019 enthalten, bleibt es zunächst bei der Vorläufigkeit der Festsetzung. Dies gilt sowohl für bereits geleistete Zinsen als auch für gestundete oder ausgesetzte Zinsen. Sobald vom Gesetzgeber eine Neuregelung geschaffen wird, werden diese Bescheide entsprechend von Amts wegen geändert.
- Bei Bescheiden, die bereits vor dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts erlassen wurden, nun aber – zum Beispiel aufgrund materieller steuerlicher Fehler – geändert werden müssen, kommt es darauf an, ob die Änderung eine Nachzahlung oder eine Erstattung (für Zeiten ab 2019) bedeutet. Sofern es zu einer Nachzahlung kommt, werden die diesbezüglichen (zusätzlichen) Zinsen wie bei einer Neufestsetzung vorläufig „auf null“ gesetzt. Bei einer Erstattung werden die diesbezüglichen Zinsen hingegen mit erstattet. Zu beachten ist, dass diese neue Festsetzung der Zinsen jeweils vorläufig erfolgt und nach der Neuregelung durch den Gesetzgeber noch einmal korrigiert und endgültig durchgeführt wird.

Praxis-Hinweis

Der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts und die dargestellten Maßnahmen beziehen sich lediglich auf Nachzahlungs- und Erstattungszinsen im Sinne von § 233a AO in Verbindung mit § 238 AO. Bei Stundungs-, Hinterziehungs- und Aussetzungszinsen bleibt alles beim Alten und diesbezügliche Einsprüche werden abgelehnt. Im Ergebnis ist darauf zu achten, dass die dargestellte Vorgehensweise von der Finanzverwaltung nunmehr zutreffend umgesetzt wird. Sämtliche Steuerbescheide, die Zinsen beinhalten, sollten sorgfältig geprüft werden. Hierbei stehen wir Ihnen sehr gerne beratend zur Seite.

Markus Rohwedder
Steuerberater

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

BHKW – Doch keine umsatzsteuerliche Lieferung von selbst verbrauchtem Strom?

Von Karin Hellwig

Das Finanzgericht (FG) Köln hat in zwei Parallel-Verfahren mit Urteilen vom 16. Juni 2021 – 9 K 1260/19 und 9 K 2943/16 – die von der Finanzverwaltung angewandte sogenannte Lieferfiktion des in einem Blockheizkraftwerk (BHKW) produzierten und selbst genutzten Stroms verneint.

Die Finanzverwaltung vertritt bei der umsatzsteuerlichen Würdigung eines Blockheizkraftwerks die Auffassung, dass zunächst der gesamte erzeugte Strom inklusive des Eigenverbrauchs an den Netzbetreiber geliefert wird. In Höhe des selbst (dezentral) genutzten Stroms erfolge eine Rücklieferung des Netzbetreibers. Diese Lieferfiktion ist an die Auszahlung von Zuschlägen nach dem Kraft-Wärme-Kopplungsgesetz (KWKG) geknüpft (vgl. Abschnitt 2.5 UStAE). Während sich die umsatzsteuerliche Bemessungsgrundlage für die Hinlieferung durch die Bewertung der selbst verbrauchten Menge mit dem Strommarktpreis und die Entgelte für vermiedene Netznutzung erhöht, besteht für gemeinnützige Unternehmen, die im Wesentlichen steuerfreie Ausgangsumsätze ausführen, aus der Rücklieferung kein Vorsteuerabzug. Die Anwendung der Lieferfiktion führt also zu einer erhöhten Umsatzsteuerzahllast.

Nach Auffassung des Finanzgerichts Köln findet bei dezentral verbrauchtem Strom (sog. Direktverbrauch) gerade keine Einspeisung in das allgemeine Stromnetz statt, so dass die von der Finanzverwaltung angenommenen Hin- und Rücklieferungen keinen Bestand haben. Es fehle bei dem Direktverbrauch an der Übertragung von Substanz, Wert und Ertrag an den Netzbetreiber, die zu einer Übertragung der Verfügungsmacht und damit zu einer Lieferung im Sinne von § 3 Abs. 1 UStG führe. Denn gemäß dieser Regelung kommt es auf die Übertragung der Befähigung, wie ein Eigentümer über einen körperlichen Gegenstand zu verfügen, an.

Im ersten Urteilsfall erbaute eine Anstalt des öffentlichen Rechts ein BHKW zur Wärme- und Stromversorgung auf dem eigenen Gelände und verbrauchte den produzierten Strom nahezu ausschließlich selbst. Das BHKW war an das eigene Stromnetz im Rahmen einer Kundenanlage angeschlossen und zudem mit dem allgemeinen Stromversorgungsnetz verbunden. Der Strombedarf der Anstalt war stets höher als die durch das BHKW produzierte Strommenge, so dass nach Auffassung des Finanzgerichts – losgelöst von der reinen Möglichkeit der Einspeisung und der Zahlung des KWK-Zuschlages – nicht von einer Einspeisung in das öffentliche Stromnetz auszugehen war. Demzufolge konnte es auch zu keiner Rücklieferung des Stroms kommen.

Gegenstand des zweiten Sachverhalts waren die Abrechnungen eines kommunalen Stromnetzbetreibers gegenüber Anlagebetreibern von KWK-Anlagen, hier insbesondere gegenüber einer Körperschaft des öffentlichen Rechts, deren KWK-Anlage ebenfalls an das eigene Stromnetz im Rahmen einer Kundenanlage angeschlossen war und im hoheitlichen Bereich genutzt wurde. Es bestand keine Berechtigung zum Vorsteuerabzug. Die Klägerin zahlte dem Anlagenbetreiber einen KWK-Zuschlag für den Strom, der aufgrund des dezentralen Verbrauchs tatsächlich nicht in das Stromnetz für den allgemeinen Gebrauch eingespeist wurde. Neben den Gutschriften über den KWK-Zuschlag wurden keine gesonderten Abrechnungen über die Hin- und Rücklieferungen erstellt. Das Finanzamt unterwarf die unterstellten Hin- und Rücklieferungen dagegen der Umsatzsteuer. Das Finanzgericht Köln verneinte indes die Lieferfiktion mit analoger Begründung.

Gegen beide Urteile hat die Finanzverwaltung Revision eingelegt (BFH, V R 22/21, XI R 18/21).

Praxis-Hinweis

Betreiber von BHKW sollten beachten, dass in den nun beim BFH anhängigen Verfahren seitens der Betreiber keine Vorsteuern aus der Anschaffung bzw. Errichtung der Anlagen und den laufenden Kosten geltend gemacht wurden. Bei Nichtanwendung der Lieferfiktion unter Bezugnahme auf die Verfahren sollte also berücksichtigt werden, dass damit auch ein etwaiger Vorsteuerabzug entfallen kann und gegebenenfalls Vorsteuerkorrekturen erforderlich werden können.

Karin Hellwig
Steuerberaterin

Köln
02203 . 8997-115 k.hellwig@solidaris.de

Aktuelle Urteile und Verwaltungsanweisungen

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.

Spendenabzug bei Zuwendung mit konkreter Zweckbindung und unzutreffender Angabe in der Zuwendungsbestätigung – Bundesfinanzhof, Urteil vom 16. März 2021 – X R 37/19

Streitig war in diesem Verfahren der Spendenabzug in der Einkommensteuererklärung des Spenders über eine Zahlung an einen Tierschutzverein. Der Spender hatte die Zuwendung mit der Auflage geleistet, dass davon die Kosten für die Unterbringung eines bestimmten Tieres in einer anderen (gewerblichen) Tierpension finanziert werden sollten. Nach Ansicht des Finanzamts lag hier keine Zuwendung zur Förderung steuerbegünstigter Zwecke des Tierschutzvereins vor.

Ob mit der Unterbringung des Tieres in einer gewerblichen Hundepension tatsächlich die steuerbegünstigten Zwecke des Tierschutzvereins unterstützt wurden, ist nach Ansicht des Bundesfinanzhofs (BFH) weiterhin zu klären. Das Gericht hat den Sachverhalt diesbezüglich zur weiteren Aufklärung an das Finanzgericht zurückverwiesen. Dass die Spende aber zur konkreten Unterstützung eines einzelnen Tieres bestimmt war, steht dem Spendenabzug nach Ansicht des BFH grundsätzlich nicht entgegen, denn trotz der im Sachverhalt gegebenen Zweckbindung ist die Unentgeltlichkeit der Spende gegeben. Auch für anlassbezogene Spendensammlungen im Rahmen des sogenannten Crowdfundings kann der Spendenabzug gewährt werden. Nach Auffassung des BFH muss der Empfänger nicht frei über die Verwendung des Spendenbetrags entscheiden können. Sollte der Empfänger die Zweckbindung im Rahmen seiner steuerbegünstigten Zwecke nicht einsetzen können, so muss er die Zuwendung ablehnen. Der Tierschutzverein hatte zudem in der Zuwendungsbestätigung eine Sachspende bestätigt, obwohl es sich beim vorliegenden Sachverhalt um eine Geldspende handelte. Da aber alle erforderlichen Angaben zu einer Geldspende, nämlich die Höhe des zugewendeten Betrages, der beabsichtigte Verwendungszweck, der steuerbegünstigte Status des Zuwendungsempfängers und der Zeitpunkt der Zuwendung angegeben waren, durfte der Spendenabzug gemäß BFH nicht abgelehnt werden.

Umsatzsteuerpflicht physiotherapeutischer Leistungen – Finanzgericht Düsseldorf, Urteil vom 16. April 2021 – 1 K 2249/17 U

Geklagt hatte ein Gesundheitsdienstleister in der Physiotherapie mit Schwerpunkt in der gerätegestützten Physiotherapie, zugelassener Partner bei allen Krankenkassen, der zusätzlich Massagen, manuelle Therapien, Therapien im Rahmen der Integrierten Versorgung und Rehabilitations-Sport sowie kommerzielle Leistungen wie Fitness-Programme und Präventionskurse anbot. Das Finanzamt unterwarf die physiotherapeutischen Leistungen an Selbstzahler ohne ärztliche Verordnung (z. B. nach Auslaufen des Rezeptes) und sämtliche Nebenleistungen der Umsatzsteuer zum Regelsteuersatz, während der Kläger von der Umsatzsteuerfreiheit ausging. Die über die Physiotherapie hinaus angebotenen Leistungen waren nach Auffassung des Klägers als steuerfreie Nebenleistungen zu den nach § 4 Nr. 14 Buchst. a UStG steuerfreien Hauptleistungen zu behandeln. Alternativ könnte für Heilmittel der ermäßigte Steuersatz nach § 12 Abs. 2 Nr. 9 UStG (Verabreichung von Heilbädern) in Frage kommen.

Nach Auffassung des Finanzgerichts Düsseldorf sind nur die Erlöse aus physiotherapeutischen Leistungen gegenüber Selbstzahlern als Heilbehandlungen gemäß § 4 Nr. 14 Buchst. a UStG bzw. Art. 132 Abs. 1 Buchst. c MwStSystRL umsatzsteuerfrei, wenn spätestens nach Ablauf eines Jahres wegen derselben chronischen Erkrankung eine erneute ärztliche Verordnung derartiger Leistungen vorgelegt wird. Umsatzsteuerfreiheit gilt auch für den sogenannten Reha-Sport, der aufgrund ärztlicher Verordnungen durchgeführt wird. Die übrigen Nebenleistungen, z. B. Kinesio-Taping, Wärme- oder Kältetherapie, Präventionskurse oder Bewegungsübungen zum individuellen Muskelaufbau sind keine steuerfreien Nebenleistungen zur Physiotherapie aufgrund ärztlicher Verordnung. Der ermäßigte Steuersatz für die Verabreichung von Heilbädern ist in Ermangelung eines „Bades“ nicht einschlägig. Die Revision ist zugelassen.

BERATUNG AKTUELL

Strategische Implikationen aktueller Trends in der Krankenhausplanung

Von Matthias Hennke und Dr. Rolf Syben

Mit dem Krankenhausgestaltungsgesetz NRW übernimmt das Land Nordrhein-Westfalen eine Vorreiterrolle für eine Trendumkehr in der Krankenhausplanung der Länder. Auf dieser Basis will NRW auf die Probleme in der stationären Versorgung (z. B. hohe Krankenhausdichte, Fachkräftemangel, viele Krankenhäuser in wirtschaftlicher Schieflage, kontraproduktiver Wettbewerb) reagieren. Ausgangspunkt war eine umfangreiche kleinräumige und bis auf einzelne medizinische Leistungsgruppen differenzierende Analyse des Leistungsbedarfs und -angebots in NRW. Die Analyse zeigte in großem Ausmaß sowohl regionale Über- als auch Unterversorgung. Für einzelne Leistungsgruppen zeigte sich zudem eine weitgehende Zersplitterung des Marktes mit vielen Anbietern und geringen Leistungsmengen. Im Ergebnis wurde konstatiert, dass die herkömmliche betten- und fachabteilungsbezogene Planung alleine nicht hinreichend für eine skalierbare, die regionalen Bedarfe abbildende und sich an überprüfbaren Qualitätsmerkmalen orientierende Steuerung der Versorgung ist.

In der Folge wurde eine neue Planungsmethodik entwickelt, deren Grundlage nicht mehr das Krankenhausbett, sondern medizinische Leistungsgruppen und -bereiche sind, die sich an den Fachgebieten der ärztlichen Weiterbildungsordnung orientieren. Den 32 Leistungsbereichen sind wiederum 64 Leistungsgruppen zugeordnet. In 28 dieser Leistungsgruppen werden konkrete medizinische Leistungen anhand von Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Kodes) dargestellt. Alle Leistungsgruppen sind an näher ausgeführte Qualitätsindikatoren geknüpft. Typische Qualitätskriterien sind dabei Vorgaben zur Menge, Qualifikation und Verfügbarkeit des Personals, zur Geräteausstattung und zu weiteren Struktur- bzw. Prozessmerkmalen. Auch die Vorhaltung verwandter Leistungsgruppen am selben Standort bzw. in Kooperationen ist von Bedeutung.

Im Planungsprozess wird der Leistungsbedarf entsprechend der Häufigkeit einzelner Leistungen entweder auf Ebene von Landesteilen, Regierungsbezirken, Versorgungsgebieten (max. 5 Kreise) oder einzelnen Kreisen bemessen. Eine angemessene Anzahl an Versorgungsaufträgen je Leistungsgruppe wird festgesetzt. Im Rahmen eines regionalen Planungsverfahrens wird nun überprüft, welche der an einer Leistungsgruppe interessierten Kliniken die Mindestvoraussetzungen bzw. zusätzliche fakultative Auswahlkriterien erfüllen. Überschreitet das Angebot der interessierten Kliniken die Leistungsprognose der Bedarfsplanung, so trifft die Behörde eine Auswahlentscheidung. In den Feststellungsbescheiden, die die Krankenhäuser am Ende erhalten, wird festgeschrieben, welche konkreten Leistungen die Häuser erbringen dürfen und welche Qualitätsindikatoren sie dabei einhalten müssen.

Konkret bedeutet dies zum Beispiel: Für die Leistungsgruppe „Tiefe Rektumeingriffe“ bedarf es z. B. auch der Strukturanforderung der Leistungsgruppe „Komplexe Intensivmedizin“ mit entsprechender Facharztpräsenz und einer interdisziplinären Tumorkonferenz. Ferner muss zu Abteilungen mit dem Leistungsbereich „Hämatologie und Onkologie“ sowie der Leistungsgruppe „komplexe Gastroenterologie“ mindestens eine Kooperation bestehen. Sind diese Abteilungen vor Ort vorhanden, ist dies ein positives Auswahlkriterium.

Im Versorgungsgebiet 2 (Essen, Mühlheim, Oberhausen) könnte dies zum Beispiel zur Folge haben, dass von 13 Klinikstandorten mit zusammen 300 Eingriffen am tiefen Rektum nur die 3 bis 6 Kliniken einen Versorgungsauftrag erhalten, die sowohl eine Chance haben, eine Schwelle von mehr als 40 Eingriffen pro Jahr zu erreichen, als auch die fakultativen Auswahlkriterien erfüllen. Etwa 100 bis 150 Fälle würden regional umgesteuert. Für den regionalen Wettbewerb der 13 Klinikstandorte würde die spezielle visceralchirurgische Expertise wie auch die Konkurrenz um entsprechend subspezialisierte Fachärzte deutlich an Bedeutung verlieren. Die Qualität einer kleinräumig anzubietenden, breiten, gut koordinierten und optimal an den Patientenbedürfnissen orientierten chirurgischen Basisversorgung gewänne an Bedeutung. Eine gute Kooperation der Basisversorger mit den visceralmedizinischen Spezialversorgern böte Wettbewerbsvorteile, sowohl aus der Sicht der Patienten als auch im Hinblick auf die Weiterbildung der Mitarbeiter. Sie läge auch im Interesse der Spezialversorger, da sich die Wege der Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf nicht automatisch, sondern aus den guten Arbeitsbeziehungen der regional beteiligten Ärzte ergeben.

Fazit

Die neue Krankenhausplanung NRW beschreitet den Weg einer Begrenzung des bisherigen Wettbewerbs zugunsten einer vernetzten Steuerung über Versorgungsstufen. Dies ist ein Weg, der in den letzten Jahren in vielen Think Tanks vorgedacht wurde und richtungsweisend für die Zeit nach der Bundestagswahl werden könnte. In Kombination mit den mengendegressiven Effekten des Fixkostendegressionsabschlags fördert er eine grundsätzliche strategische Neuorientierung der Krankenhäuser. An die Stelle eines primär betriebswirtschaftlich wachstumsorientierten Wettbewerbs könnte vermehrt eine Fokussierung auf den übergeordneten regionalen Versorgungsauftrag der Einrichtungen treten.

Kliniken unterhalb des Maximalversorger-Levels sollten daher in Regionen mit hoher Wettbewerbsintensität proaktiv eine Reduktion der Breite ihrer spezialisierten komplexen Leistungsangebote erwägen. Optimalerweise erfolgt dies im Rahmen einer regionalen Abstimmung, die medizinische Kooperation und Vernetzung befördert und in deren Ergebnis sich die Leistungsfähigkeit aller Beteiligten optimiert. Die Krankenhäuser sollten daher den Kontakt mit anderen Häusern ihrer Region suchen, um auszuloten, welche Notwendigkeiten und Möglichkeiten bestehen. Eine gegebenenfalls extern begleitete Moderation solcher Prozesse unter Einbeziehung der Gemeinden und der niedergelassenen Ärzteschaft steigert die Erfolgsaussichten für eine langfristige gelingende Patientensteuerung. Sie wäre auch eine gute Basis für den nächsten gesundheitspolitischen Schritt hin zu einer sektorübergreifenden Versorgungsplanung.

Matthias Hennke
Diplom-Kaufmann

Köln
02203 . 8997-501 m.hennke@solidaris.de

Dr. med. Rolf Syben, MBE

Köln
02203 . 8997-0 r.syben@solidaris.de

Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegequotient in der Wirtschaftsplanung

Von Anna Katharina Neumann

Seit Beginn des Jahres 2019 gilt die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV). Die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) gelten derzeit für neun pflegesensitive Bereiche und definieren die Mindestmenge von Pflege- und Pflegehilfskräften, die gemäß der durchschnittlichen Patientenbelegung auf einer Station je Schicht vorzuhalten sind. Eine Unterschreitung der PpUG hat Sanktionen zur Folge. Seit August 2021 wird zusätzlich ein Pflegepersonalquotient standortbezogen ermittelt und über das InEK veröffentlicht. Der Pflegepersonalquotient gibt das Verhältnis von Pflegekräften zum Pflegeaufwand an und ist für das gesamte Klinikum gültig. Für den Pflegepersonalquotienten wird ebenfalls eine Mindestvorgabe definiert, bei deren Nichterfüllung weitere Sanktionen vorgesehen sind. Die aktuelle Gesetzgebung hat die Pflegeauslastung in den Fokus der Krankenhaussteuerung und -planung gerückt. Während des Geschäftsbetriebes und in der Planung müssen daher neue Risiken wie der Vergütungsausfall aufgrund des Unterschreitens von Mindestgrenzen überwacht bzw. berücksichtigt werden. Eine gute Pflegepersonalsteuerung und aktives Belegungsmanagement können dem Ressourcen-Engpass der Pflege entgegenwirken.

Praxis-Hinweis

Wir unterstützen Sie bei der Erstellung des Wirtschaftsplans und insbesondere bei der Pflegepersonalplanung. Gemeinsam mit Ihnen erarbeiten wir eine klinikindividuelle Risikoeinschätzung bezüglich zukünftiger Pflegepersonalengpässe und ihren finanziellen Auswirkungen. Mit der Einführung eines Pflege-Berichtswesens (Pflege-Cockpit) unterstützen wir Sie bei der Optimierung Ihres Belegungsmanagements und Ihrer Pflegepersonalsteuerung.

Anna Katharina Neumann, M.Sc.

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

Sind Going Concern und Wachstum als Standardprämissen der Krankenhausbewertung noch zeitgemäß?

Von Julia Pursche und Claudia Schürmann-Schütte

Die Bewertung von Krankenhäusern nach dem Ertragswertverfahren hat schon vor dem Auftreten der Corona-Pandemie Bewertungsspezialisten regelmäßig vor Herausforderungen bei der Umsetzung allgemein gültiger Bewertungsgrundsätze gestellt. Viele Häuser befinden sich in wirtschaftlicher Schieflage und weisen keine positiven Ergebnisse aus, die zur Ableitung von Barwerten herangezogen werden können. Kann man unter den gegebenen Rahmenbedingungen, die auch abseits der Pandemie weiterhin bestehen werden (zum Beispiel die unzureichende Investitionsfinanzierung und das Auseinanderdriften von Kosten und Erlösen), wirklich noch standardmäßig von einem Going Concern ausgehen? Und ist ein über den standardgemäß anzusetzenden Wachstumsabschlag im Zeitraum der ewigen Rente unterstelltes dauerhaftes Wachstum angesichts der bestehenden Rahmenbedingungen überhaupt vertretbar? Diese eher technisch anmutenden Fragen haben erhebliche Auswirkungen auf die Wertfindung eines Krankenhauses. Wie ist also mit ihnen in der Praxis umzugehen?

Neben der aktuell schwierigen Planungssituation für Krankenhäuser – insbesondere vor dem Hintergrund der immer noch andauernden Corona-Pandemie – gibt es wenig Anzeichen, dass sich die Rahmenbedingungen von Krankenhäusern, die sich bereits vor Pandemiebeginn in einer wirtschaftlichen Schieflage befanden, verbessern werden. Es ist weiterhin mit Kostensteigerungen bei einer unterproportional steigenden Leistungsvergütung zu rechnen, und die Möglichkeit, durch Leistungsausweitung in sicheres wirtschaftliches Fahrwasser zu gelangen, wird durch zunehmenden politischen Druck deutlich erschwert.

Wie ist also mit Krankenhäusern umzugehen, die schon heute (nachhaltig) negative Ergebnisse ausweisen oder zwar noch über eine ausreichende Ertragskraft verfügen, deren Ergebnisse jedoch aufgrund der bestehenden gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen stetig zu schrumpfen drohen? Die Bewertungstheorie unterstellt im Rahmen der ewigen Rente die dauerhafte Fortführung, was die Einleitung von Maßnahmen zur Sicherstellung der Geschäftstätigkeit implizit einschließt. Darüber hinaus muss nach aktueller Rechtsprechung zwingend der Ansatz eines Wachstumsabschlags im Rahmen der ewigen Rente erfolgen, der unterstellt, dass jenseits des Detailplanungszeitraums die Ergebnisse um einen bestimmten Faktor wachsen. Aus unserer Sicht ist jedoch eine unreflektierte Anwendung dieser Annahmen nicht sachgerecht – vielmehr müssen diese im Einzelfall auch der Realität entsprechen und damit inhaltlich plausibel zu begründen sein.

Ist die dauerhafte Fortführung im Krankenhaussektor eine haltbare Prämisse?

Laut Bundesrechnungshof verzeichnen mittlerweile 40 % der Krankenhäuser Verluste, für über 10 % besteht eine erhöhte Insolvenzgefahr. Auch wenn das Corona-Jahr 2020 insgesamt zu einer wirtschaftlichen Verschnaufpause führte, wird dieser Effekt schnell verpuffen und die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser sich weiter verschärfen. Kann man somit pauschal von einer dauerhaften Fortführung von Unternehmen im Krankenhaussektor ausgehen? In vielen Fällen ja, denn insbesondere versorgungsrelevante Häuser werden dauerhaft weitergeführt werden (müssen).

Trotz anhaltender Defizite kann es somit Gründe geben, ein Krankenhaus aufrechtzuerhalten – vor allem aus Gründen der Systemrelevanz. In diesen Fällen ist eine Liquidation keine Option, doch sind grundsätzlich Überlegungen anzustellen, ob das Unternehmen in der bestehenden Form einhergehend mit der Annahme permanenter Verluste fortgeführt werden soll oder ob es Handlungsalternativen gibt. Es ist davon auszugehen, dass kein Träger willens und in der Lage ist, Verluste dauerhaft und unbegrenzt zu tragen. Vor diesem Hintergrund sind Überlegungen hinsichtlich verschiedener Möglichkeiten der Fortführung nicht nur bewertungstechnisch, sondern auch wirtschaftlich wichtig. Konsequenzen aus diesen Überlegungen sind entsprechend planerisch umzusetzen und bilden die Voraussetzung dafür, eine Fortführung plausibel abbilden zu können.

Ergänzend ist in diesem Zusammenhang auf eine sachgerechte Diskontierung der Ergebnisse hinzuweisen: Die Grundlogik der Diskontierung zukünftiger Ergebnisse zur Berücksichtigung von Zeit (Basis-Zins) und Risiko (Risikoprämie) ist grundsätzlich richtig. In Theorie und Praxis ist jedoch davon auszugehen, dass Marktteilnehmer bei der Bestimmung der Risikoprämien zukünftige Risiken stärker gewichten als zukünftige Chancen. Somit kann bei andauernden Defiziten eine weitere, unternehmensindividuelle Anpassung der Risikoprämie (und damit des Diskontierungsfaktors) sinnvoll sein und ist im Einzelfall zu prüfen.

Fortführung ja, aber auch Wachstum?

Auch wenn man zu dem Ergebnis kommt, dass im konkreten Fall eine Fortführung als hinreichend wahrscheinlich anzunehmen ist, ist die Annahme von Wachstum vor dem Hintergrund der aktuellen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen in Frage zu stellen. Folglich ist im konkreten Fall abzuschätzen, ob und in welchem Maße Kostensteigerungen weitergegeben bzw. über Effizienzgewinne kompensiert werden können. Dieser Einschätzung muss der Ansatz einer Wachstumsrate im Rahmen der ewigen Rente zwingend entsprechen.

Sollte sich im Rahmen der unternehmensindividuellen Analyse herausstellen, dass das Unternehmen voraussichtlich nicht in der Lage sein wird, zukünftig Ergebnissteigerungen erzielen zu können, so muss der Verzicht auf den Ansatz einer Wachstumsrate in Betracht gezogen werden. Unterstützt wird diese Auffassung unserer Ansicht nach durch die Verlautbarung IDW S 1 „Grundsätze zur Durchführung von Unternehmensbewertungen“, in der ausgeführt wird, dass „Preissteigerungen [...] mehr oder weniger stark von [...] [der] Geldentwertungsrate" abweichen können und nicht davon ausgegangen werden kann, dass „Preissteigerungen voll auf die Kunden überwälzt werden können" (IDW S 1 i. d. F. 2008, Abschn. 6.4). Sofern also zukünftige Wachstumsaussichten erwartungsgemäß unterhalb der gesamtwirtschaftlichen Inflationsrate liegen, muss der Ansatz eines geringeren bzw. keines Wachstumsabschlags vertretbar sein. Laut aktueller Rechtsprechung (Finanzgericht Köln, Urteil vom 1. März 2012 –10 K 688/10) gilt die Annahme eines Nullwachstums jedoch insgesamt als unüblich und bedarf deshalb einer substanziierten und ausführlichen Begründung.

Praxis-Hinweis

Die Bewertung eines Krankenhauses sollte im Wesentlichen nach den gleichen Vorgaben und Richtlinien erfolgen wie eine Bewertung von Unternehmen in anderen Wirtschaftsbranchen. Dennoch sind einige Ansätze, die den Besonderheiten des Krankenhaussektors nicht direkt Rechnung tragen, zu hinterfragen und bei Bedarf anzupassen. Zur Erstellung einer validen Bewertung ist auch eine valide Planung unter Abbildung eines realistischen, wirtschaftlichen Fortführungsszenarios notwendig. Unternehmens- und marktindividuelle Besonderheiten sollten sich sowohl in der Planung als auch in Anpassungen der Bewertungsparameter (zum Beispiel Berücksichtigung des Wachstumsabschlags bei der ewigen Rente) widerspiegeln.

Julia Pursche
Diplom-Ökonomin

Köln
02203 . 8997-511 j.pursche@solidaris.de

Claudia Schürmann-Schütte
Wirtschaftsprüferin, Steuerberaterin

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

Markt- und Wettbewerbsanalysen in der strategischen Einrichtungsplanung

Von Anna Katharina Neumann, Mario Sendrowski und Birger Schlürmann

Der stetige Wandel am Markt durch demografische Veränderungen und politische Einflussnahmen erfordert für jede Einrichtung der Gesundheits- und Sozialwirtschaft eine regelmäßige Überprüfung der aktuellen Situation und der zukünftigen Entwicklung. Dies gilt in Bezug auf die eigene Position, aber auch für die weiteren Akteure, die am Markt agieren. Vor dem Hintergrund sich kontinuierlich wandelnder Rahmenbedingungen und zunehmenden Wettbewerbsdrucks sowie zur Sicherstellung einer nachhaltigen Unternehmensführung ist die regelmäßige Analyse der strategischen Positionierung unabdingbar. Detaillierte Kenntnisse über das Markt- und Wettbewerbsumfeld stellen einen zentralen Bestandteil eines jeden Strategieentwicklungsprozesses dar. Besondere Bedeutung haben Markt- und Wettbewerbsanalysen bei der Planung und Realisation eines neuen Marktangebots.

Markt- und Wettbewerbsanalysen sollten notwendige Bestandteile bzw. Ausgangsbasis für strategische Managemententscheidungen sein. Besonderen Mehrwert bringen sie bei Investitionsentscheidungen für oder gegen Neueinrichtungen oder Folgeeinrichtungen, denn oftmals müssen diese weitreichenden und investitionsintensiven Entscheidungen unter beträchtlicher Ungewissheit getroffen werden, da der zeitliche Investitionshorizont den hinreichend signifikanten Prognosehorizont jeglicher Planung in der Regel deutlich überschreitet. Markt- und Wettbewerbsanalysen können demografische Trends ermitteln, Änderungen rechtlicher Rahmenbedingungen und die damit erforderlichen unternehmensspezifischen Anforderungen aufzeigen und dadurch gezielt konzeptionelle Anpassungen oder notwendige Entwicklungen im Unternehmen anstoßen. Hierbei kann eine Entwicklungsanalyse der Bevölkerung und des Pflege- oder auch Versorgungsbedarfs im relevanten Einzugsgebiet eine wichtige Planungsgrundlage sein.

Je nach Branche kann die Datenlage unter Umständen nicht ausreichend sein. Als alternative Herangehensweise ist in diesen Fällen eine Analyse der Bevölkerungsentwicklung der ausbildungs- und arbeitsfähigen Bevölkerung heranzuziehen, um Fachkraftpotenziale zu erkennen. So besteht zum Beispiel in strukturschwachen Regionen bzw. in Regionen mit „ausgedünnter" Alterspyramide in der Gruppe von 18 bis 55 Jahren das Risiko, in der Zukunft nicht ausreichend Personal rekrutieren zu können. Markt- und Wettbewerbsanalysen können außerdem die Basisanalyse für die Identifikation von Treibern für fachspezifische Innovationen und die konzeptionelle Weiterentwicklung eines Unternehmens sein. So lassen sich Chancen und Risiken innovativer Konzepte bzw. individueller Versorgungsschwerpunkte erkennen. Ebenso können Chancen bei der regionalen Vernetzung mit anderen dienstleistungsbeteiligten Professionen oder Anbietern untersucht und dargestellt werden. Insgesamt lässt sich festhalten, dass Markt- und Wettbewerbsanalysen das systematische Unternehmensrisiko senken können.

Gerade bei Neu- und Folgeeinrichtungen sind Markt- und Wettbewerbsanalysen unerlässlich. Grundsätzlich empfiehlt es sich aber, auch die gegenwärtige strategische Ausrichtung regelmäßig zu überprüfen, um rechtzeitig bestehende Risiken zu erkennen und zu minimieren.

Der Nutzen von Markt- und Wettbewerbsanalysen ergibt sich also daraus, dass Sie eine transparente Übersicht und Bewertung der gegenwärtigen und zukünftigen Situation und Positionierung Ihrer Leistungserbringung bezogen auf die Versorgungs-, Bevölkerungs- und Wettbewerbsstruktur erhalten. Sie erhalten detaillierte Informationen über die regionale und überregionale Marktabdeckung Ihrer Einrichtung und Ihrer Leistungsbereiche sowie einen Überblick über die Wettbewerbsintensität und Ihre eigene Positionierung im regionalen Umfeld, um entsprechende Marktpotenziale beurteilen zu können. Eine Einschätzung zu Ihrer Bewohner-, Patienten- und Zuweiser-Struktur und in diesem Zusammenhang eine Bewertung Ihrer Aufnahmegründe wird gegeben. Des Weiteren erhalten Sie eine professionelle Grundaufstellung in der Steuerung von Aufwands- und Erlösseite. Weitere Markt- und Erlöspotenziale werden erkannt und analysiert.

Praxis-Hinweis

Ziel unserer Beratungsleistung Markt- und Wettbewerbsanalyse ist zum einen die Erstellung einer Expertise über die Entwicklung der Einrichtung insgesamt sowie der einzelnen Fachbereiche. Zum anderen wird eine Aussage darüber getroffen, welche Angebote zukünftig vorgehalten werden sollten, um die Versorgung in der Region sicherzustellen und gleichzeitig zur Zukunftssicherung der Einrichtung beizutragen. Ausgehend von der Analyse des (z. B. pflegerischen oder medizinischen) Leistungsspektrums wird Transparenz über die Zusammensetzung und den Bedarf der derzeit vorgehaltenen Leistungen im relevanten Markt geschaffen und in einem zukünftigen abgeschätzt. Erst Markt- und Wettbewerbsanalysen ermöglichen es, mit einem gebotenen Maß an Sicherheit fundierte Entscheidungen strategischer Art, gerade bei investitionsintensiven Projekten, zu treffen.

Anna Katharina Neumann, M.Sc.

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

Mario Sendrowski
Diplom-Ökonom

Köln
02203 . 8997-519 m.sendrowski@solidaris.de

Birger Schlürmann
Pflegefachkraft, TQM-Auditor

Köln
02203 . 8997-503 b.schluermann@solidaris.de

Cybersecurity im Krankenhaus – Hacking der medizinischen Systeme verhindern

Von Thomas Heithausen

Das Thema IT-Sicherheit ist inzwischen allgegenwärtig – und das ganz sicher nicht ohne Grund. Die Gefahren steigen durch die stetig voranschreitende Vernetzung von Gesellschaft und Systemen kontinuierlich. Dies belegen auch die offiziellen Zahlen des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) für die vergangenen zwei Jahre: Die Anzahl der bekannten Schadprogramm-Varianten hat im Zeitraum vom 1. Juni 2019 bis zum 31. Mai 2020 um mehr als 3 Millionen auf rund 117 Millionen zugenommen. Dies entspricht einer unfassbaren großen Zahl von 322.000 neuen Malware-Programmen pro Tag. Dass davon nicht nur Privatpersonen betroffen sind, zeigt die Statistik des BSI in Bezug auf Kritische Infrastrukturen (KRITIS): Während im Jahr 2018 145 relevante Meldungen zu verzeichnen waren, waren es 2019 bereits 252 und 2020 schon 415. Dabei verlagert sich die Bedrohung immer mehr auf infrastrukturkritische Bereiche wie den Gesundheitssektor. Mindestens 24 Millionen Patientendatensätze waren im Jahr 2020 frei im Internet zugänglich. In einem konkreten Fall wurden durch Ransomware zentrale Systeme eines Trägerverbundes angegriffen und die Versorgungsleistung hierdurch signifikant negativ beeinflusst.

Die Politik hat mit verschiedenen Maßnahmen auf diese Entwicklung reagiert. In einem ersten Schritt wurden Arbeitskreise mit Sicherheitsexperten ins Leben gerufen und in einem zweiten Schritt gesetzliche Maßnahmen formuliert. Mit der Richtlinie nach § 75b SGB V über die Anforderungen zur Gewährleistung der IT-Sicherheit wurde ein neuer gesetzlicher Rahmen für den Schutz hochsensibler Gesundheits- und Patientendaten geschaffen. Das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) sorgte nicht nur für erhebliche finanzielle Mittel für die Digitalisierung der Krankenhausinfrastruktur, sondern auch dafür, dass diese Mittel in nicht unwesentlichem Umfang, das heißt zu mindestens 15 %, in Maßnahmen zur IT-Sicherheit fließen müssen. Dies muss bei Antragsstellung und in der späteren Verwendung explizit nachgewiesen werden.

Was sind aber die aktuellen spezifischen Bedrohungen im Gesundheitssektor und wie kann ihnen begegnet werden? Aktuell ist die bereits genannte Ransomware eine der relevantesten Bedrohungen: Bei einem Angriff wird eine Schadsoftware installiert, die für eine Verschlüsselung von Daten sorgt, die ausschließlich gegen Zahlung von Lösegeld wieder rückgängig gemacht werden kann. Über sogenannte Botnetze erlangen Angreifer die Kontrolle über ein System und können Daten einsehen oder entwenden oder sonstige massive Schäden im Unternehmensnetzwerk anrichten.

Gerade im Hinblick auf vernetzte Medizinsysteme stellt dies eine besondere Gefahr dar, denn durch die steigende und auch gewünschte Digitalisierung des Gesundheitswesens erhöhen sich auch die Gefahren für den Einfall unerwünschter Programme und menschlicher Hacker. Beispielhaft sei der weit verbreitete DICOM-Standard für bildverarbeitende Systeme genannt, der unter anderem genutzt wird, um die benötigte Interoperationalität der Module sicherzustellen. Dateien, die hier ausgetauscht werden, enthalten neben den reinen Bilddateien in der Regel Daten wie Vor- und Nachname, Geburtsdatum und Geschlecht und oftmals auch sensible Informationen wie Befund- und Diagnosedaten. Jedes medizinische Bild, das innerhalb eines Krankenhauses aufgenommen wird, wird in der Regel automatisch auf einem PACS-Server gespeichert. Ärzte aus verschiedenen Abteilungen können so ohne weiteren Dateiaustausch untereinander von ihrem Client-PC aus auf die Datensätze zugreifen. Eine in der Praxis oft bestehende Sicherheitslücke ist, dass diese PACS-Systeme nur unzureichend gegen einen nicht-authentifizierten Zugriff abgesichert sind. Angreifer, die sich im internen Krankenhausnetzwerk befinden, können dann ohne Authentifizierung auf interne PACS-Server zugreifen, um so sämtliche Bilder und mit ihnen verknüpfte Patientendaten zu stehlen. Dies geschieht in der Regel mit Hilfe einer bestimmten Suchmaschine, die Dienste, Router und Server sowie deren IP-Adresse identifiziert. In diesem Zusammenhang haben auch Standardthemen der IT-Sicherheit wie ein angemessener Kennwortschutz und ein ausreichendes Berechtigungskonzept eine immense Bedeutung.

Wie vernetzte medizinische Geräte vor kriminellen Angriffen geschützt werden müssen, ist weder in Deutschland noch EU-weit verpflichtend geregelt. In Nordamerika hingegen sind bereits entsprechende Standards etabliert (UL 2900-1, UL 2900-2-1). Während der UL 2900-1 als Grundstandard allgemeine Produktanforderungen beschreibt, richtet sich der UL 2900-2-1 als branchenspezifischer Standard direkt an den Gesundheitsmarkt und formuliert Voraussetzungen, die von einem Hersteller erfüllt werden müssen, bevor ein neues Medizingerät auf den Markt gebracht wird (zum Beispiel die Durchführung von Penetrationstests und die Etablierung eines Patch-Management-Systems).

Praxis-Hinweis

Häuser, die unter die Kritis-Verordnung und damit unter § 8a BSIG fallen, müssen bereits heute alle zwei Jahre eine externe Prüfung nach Vorgaben des BSI durchführen lassen und diese Ergebnisse auch fristgerecht melden. Andere Vorschriften wie das Patientendatenschutzgesetz oder § 75b SGB V führen die verpflichtende Umsetzung von Standards bisher ohne explizite Nachweispflicht ein. Im Schadensfall steht jedoch das jeweilige Krankenhaus in der Pflicht nachzuweisen, dass angemessene Maßnahmen ergriffen worden sind. Die Solidaris empfiehlt daher eine GAP-Analyse der jeweiligen Risiken und die Umsetzung daraus folgender Maßnahmen. Ebenso empfehlen wir regelmäßige externe Penetrations- oder Red-Team-Hackings, um die Sicherheit auch extern von Hacking-Profis bestätigen oder Schwachstellen aufdecken zu lassen.

Thomas Heithausen
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater

Köln
02203 . 8997-116 t.heithausen@solidaris.de

BETRIEBSVERGLEICHE

Betriebsvergleiche der Solidaris

Auch in diesem Jahr möchten wir Sie in unserer Herbstausgabe der *Solidaris Information* über die Betriebsvergleiche, die wir für die Einrichtungen unserer Mandanten durchführen, informieren und Ihnen einen Überblick über einige Ergebnisse und Kennzahlen aus unseren Betriebsvergleichen für Krankenhäuser, Altenheime, Sozialstationen, Werkstätten für Menschen mit Behinderung und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe aus dem Geschäftsjahr 2020 geben. Außerdem erstellt die Solidaris auch einen Betriebsvergleich für Konzerne, auf den wir an dieser Stelle hinweisen wollen. Er vergleicht über einen Zeitraum von fünf Jahren die Entwicklung von Konzernen vergleichbarer Größe anhand ausgewählter Kennzahlen und findet Eingang in viele Gremiensitzungen von Konzernverbünden.

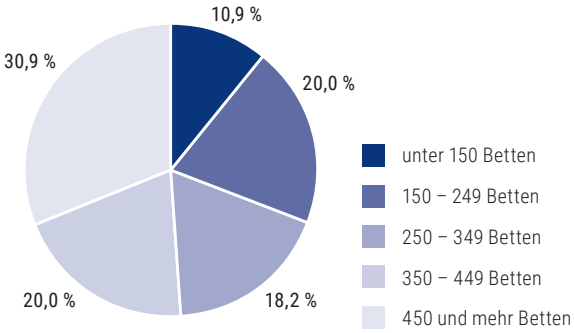
Krankenhäuser

Von Eva-Katrin Maier

Struktur und Leistung der einbezogenen Krankenhäuser

Der Betriebsvergleich Krankenhäuser enthält für das Jahr 2020 die Angaben von rund 110 Krankenhäusern aus dem Mandantenkreis der Solidaris. Nicht in dieser Auswertung enthalten sind Spezialkliniken (z. B. reine Reha-Kliniken, reine psychiatrische oder geriatrische Krankenhäuser, Tageskliniken) und reine Belegkrankenhäuser. Die größte Gruppe bilden Krankenhäuser mit 450 und mehr Betten. Sie machen gut 30 % aller einbezogenen Krankenhäuser aus, gefolgt von Krankenhäusern mit 350 bis 449 Betten und mit 150 bis 249 Betten, die jeweils etwa 20 % an der Gesamtgruppe ausmachen. Die durchschnittliche Bettenzahl liegt bei 369 Betten.

Größengruppen der einbezogenen Krankenhäuser



Ertragslage

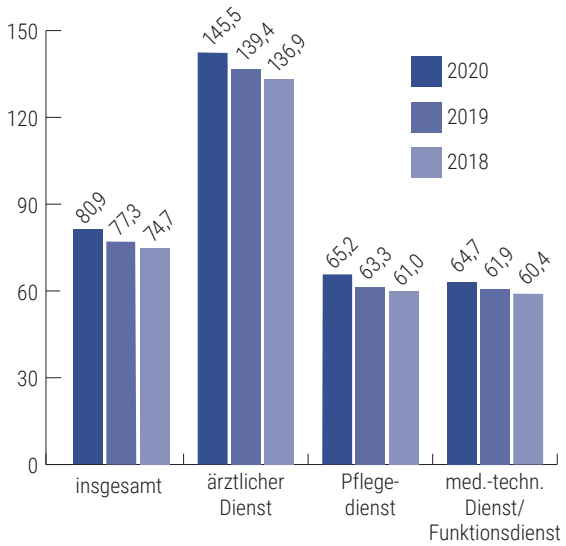
Das Jahr 2020 war für die Krankenhäuser in besonderer Weise durch die Corona-Pandemie geprägt. Für die dadurch erforderliche Freihaltung von Bettenkapazitäten sowie die Aufstockung von Intensivbetten und Beatmungsplätzen erhielten die Krankenhäuser im Rahmen des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes Ausgleichszahlungen. Gleichzeitig wurde in 2020 das Pflegebudget aus dem DRG-Budget ausgegliedert. In dem neuen aDRG-Case-Mix ist die pflegerische Leistung daher nicht mehr enthalten. Ein Vergleich der von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen, gemessen in Case-Mix-Punkten, Fällen oder dem Case-Mix-Index, mit den Vorjahreswerten ist daher nicht möglich.

Die Freihaltung von Kapazitäten hat sich hinsichtlich der Leistungen der Krankenhäuser in einem Rückgang um gut 8 % gemessen an der Fallzahl niedergeschlagen. Insbesondere die Freihaltepauschale, die diesen vom Gesetzgeber gewünschten Leistungsrückgang kompensiert hat, hat sich deutlich auf die Ertragslage ausgewirkt: Von den Erlösen aus Krankenhausleistungen entfallen durchschnittlich ca. 12 % auf die Freihaltepauschale. Das ausgegliederte Pflegebudget ist mit einem Anteil von rund 19 % an den Erlösen aus Krankenhausleistungen zu veranschlagen.

Positiv auf die Erlössituation der Krankenhäuser hat sich ferner die Reduktion der Prüfquote des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen ausgewirkt. Diese wurde in 2020 von den vorgesehenen maximal 12,5 % coronabedingt auf 5 % reduziert, was bei den einbezogenen Krankenhäusern zu einem Rückgang der Rückforderungsquote von 3,2 % auf 1,3 % in 2020 geführt hat. Insgesamt haben die Erlöse aus Krankenhausleistungen in 2020 um rund 12 % im Vergleich zum Vorjahr zugenommen.

Wesentlicher Aufwandsfaktor von Krankenhäusern ist der Personalaufwand, der rund 55 % des Aufwandes ausmacht. Betrachtet man rund 100 identische Krankenhäuser über drei Jahre, so zeigt sich bei dem durchschnittlichen Personalaufwand je Vollkraft, dass dieser für die betrachteten Krankenhäuser ca. 81 TEUR in 2020 nach 77 TEUR in 2019 beträgt. Er hat sich gegenüber dem Vorjahr um etwa 5 % erhöht, im Dreijahresvergleich beträgt der Anstieg rund 8 %. Die Entwicklung in den drei wichtigsten Dienstarten für die identischen Krankenhäuser zeigt die nachfolgende Abbildung.

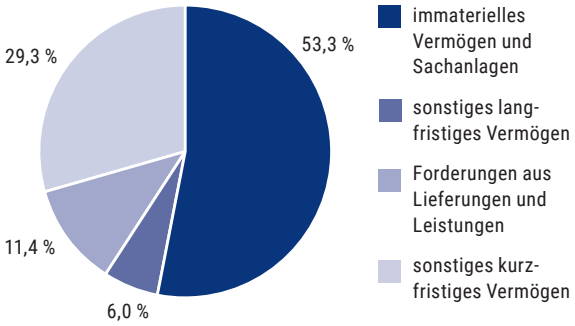
Personalaufwand je Vollkraft (in TEUR)



Bei Umsatzerlösen von 136 TEUR, die im Durchschnitt von einer Vollkraft erwirtschaftet werden, und einem durchschnittlichen Personalaufwand je Vollkraft von 81 TEUR liegt die Personalaufwandsquote, die angibt, welcher Anteil der Umsatzerlöse durch den Personalaufwand aufgezehrt wird, bei rund 60 % nach 62 % im Jahr 2019.

Vermögens- und Finanzlage

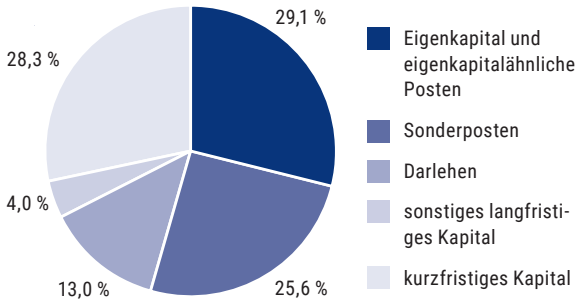
Die **Vermögensseite** der einbezogenen Krankenhäuser stellt sich wie folgt dar:



Die Investitionen der Krankenhäuser in Relation zum Anlagevermögen liegen im Durchschnitt mit etwa 10 % unter dem Vorjahreswert von 17 %, wobei der Anteil der aus Eigenmitteln finanzierten Investitionen 42 % beträgt. Bei einer Anlagenaltersquote von unverändert rund 43 % (d.h. das Sachanlagevermögen ist bereits zu 57 % abgeschrieben) ist auch in den kommenden Jahren bei Investitionen ein merklicher Eigenmitteleinsatz zu erwarten. Der durchschnittliche Deckungsfaktor (Liquidität auf kurze Sicht zu betriebsgewöhnlichem Finanzbedarf pro Woche) von 8,7 Wochen kann unter Berücksichtigung eines Einzugsfaktors von 5 Wochen als ausreichend betrachtet werden.

Die EBITDA-Marge, die Aussagen zur Rentabilität eines Unternehmens macht (Gewinn vor Zinsen, Steuern und nicht geförderten Abschreibungen in Relation zum Umsatz), liegt für alle einbezogenen Krankenhäuser bei 3,8 % nach 1,6 % in 2019 und 1,7 % im Jahr 2018. Sie war im Geschäftsjahr 2020 insbesondere durch die Ergebnisverbesserung aufgrund der Corona-Erstattungen positiv beeinflusst. Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den einbezogenen Krankenhäusern weit überwiegend um Krankenhäuser aus dem gemeinnützigen Bereich handelt, die naturgemäß geringere Margen aufweisen. Insgesamt hat sich das Jahresergebnis der einbezogenen Krankenhäuser vor dem Hintergrund der Sonderfaktoren des Jahres 2020 verbessert.

Die **Kapitalseite** der Krankenhäuser weist folgende Struktur auf:



Der Anteil des bereinigten Eigenkapitals sowie des Kapitals mit eigenkapitalähnlichem Charakter (d. h. Eigenkapital, saldiert mit Ausgleichsposten sowie Sonderposten) am gesamten Kapital lag im Jahr 2020 bei ca. 55 %. Darlehen machten in 2020 rund 13 % des Gesamtkapitals aus, das übrige langfristige Fremdkapital betrifft insbesondere langfristige Rückstellungen. Auf kurzfristiges Fremdkapital entfällt mehr als ein Viertel der Bilanzsumme. Hier ist ein deutlicher Anstieg der kurzfristigen Rückstellungen zu verzeichnen, unter anderem im Zusammenhang mit fehlenden Budgetvereinbarungen für 2020.

Eva-Katrin Maier
Diplom-Soziologin

Berlin
030 . 72382-426 e.maier@solidaris.de

Altenheime

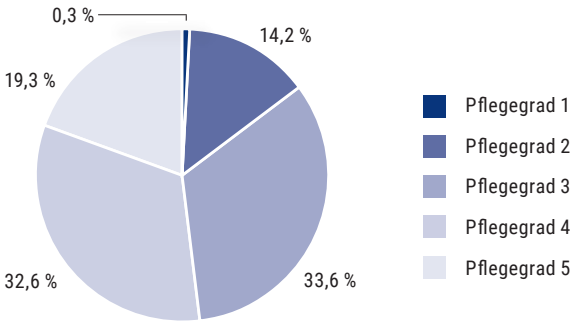
Von Eva-Katrin Maier

Struktur und Leistung der einbezogenen Altenheime

Der Betriebsvergleich Altenheime der Solidaris enthält für das Jahr 2020 die Daten von rund 140 Altenheimen aus dem Mandantenkreis der Solidaris. Altenheime mit 50 bis unter 90 Plätzen sind dabei mit 46,8 % am häufigsten vertreten, gefolgt von Altenheimen mit 90 bis 129 Plätzen mit 26,6 %. Altenheime mit 130 Plätzen und mehr machen 19,4 % und solche mit weniger als 50 Plätzen 7,2 % aller einbezogenen Altenheime aus. Im Durchschnitt verfügt ein Altenheim über 110 Plätze.

Die geleisteten Pflegetage lagen im Jahr 2020 im Durchschnitt bei rund 36.800 Tagen, was einer Auslastung von 94,6 % entspricht. Betrachtet man die Pflegeleistungsstruktur, d.h. den Anteil der einzelnen Pflegegrade an den insgesamt im Jahr 2020 geleisteten Pflegetagen, so ergibt sich folgendes Bild:

Pflegeleistungsstruktur



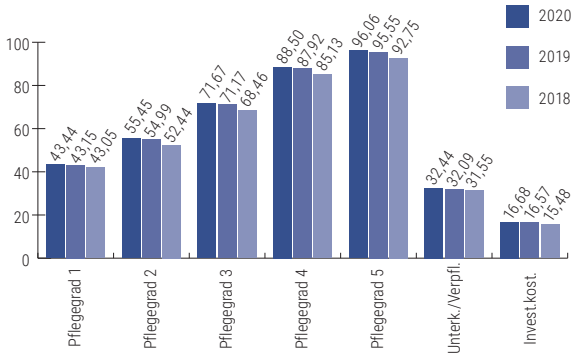
Die Altenheimbewohner sind weit überwiegend in den Pflegegraden 3 und 4 eingestuft: Rund zwei Drittel aller Fälle fallen in einen der beiden Pflegegrade. Der Pflegegrad 1 ist nur marginal vertreten. Im Vergleich zum Vorjahr haben sich bei der Pflegeleistungsstruktur nur geringfügige Veränderungen ergeben. Die Leistungsstrukturziffer, die sich aus dem Pflegegrad-Mix ergibt (d.h. aus der entsprechend den Pflegegraden gewichteten Pflegeleistung in Relation zu den ungewichteten Pflegetagen), liegt in 2020 nahezu unverändert zu den Vorjahren bei 1,78 (2019 1,75 und 2018 1,74). Bei einem jahresdurchschnittlichen Personaleinsatz von 75 Vollkräften (davon etwa 50 Vollkräfte im Pflegedienst) bedeutet dies bei den oben angegebenen geleisteten Pflegetagen wie in den Vorjahren eine Personal-Belastungsziffer von 1,4. Damit entfallen auf das insgesamt eingesetzte Personal rund 1,4 Heimbewohner je Vollkraft. Bezogen auf den Pflegedienst versorgt eine Pflegevollkraft im Durchschnitt ca. 2,2 Bewohner. Auch dieser Wert hat sich im Vergleich zu den beiden Vorjahren nahezu nicht verändert.

Ertragslage

Auch im Bereich der Altenpflege war das Jahr 2020 durch die Corona-Pandemie geprägt. Insbesondere davon betroffen waren der ambulante und der teilstationäre Bereich. Für die stationäre Altenpflege waren deutliche Anstrengungen im Bereich der Hygienemaßnahmen notwendig, um Heimbewohner und Personal vor einer möglichen Ansteckung zu schützen. Außerdem gestaltete sich die Belegung freier Plätze hierdurch deutlich aufwendiger. Coronabedingt entstandene Mehraufwendungen und Mindererlöse wurden durch entsprechende Ausgleichszahlungen des sogenannten Rettungsschirms Pflege kompensiert, um die besonderen Belastungen in der Altenpflege abzufedern und negative Folgen für die Ertragslage möglichst zu vermeiden.

Die durchschnittlichen Entgelte nach Pflegegraden stellen sich im Vorjahresvergleich wie folgt dar:

Leistungsentgelte (EUR)

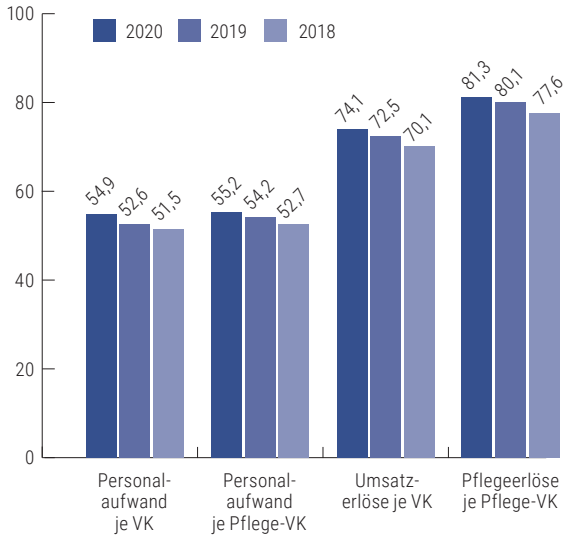


Der Anstieg beträgt bei den Pflegegraden 2 bis 5 von 2018 bis 2020 zwischen 3,6 % und 5,7 %. Die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung haben sich im selben Zeitraum um ca. 3 % erhöht, wobei dieser Entgeltbestandteil eine deutliche Streuung zwischen den verschiedenen Bundesländern aufweist.

Wesentlicher Aufwandsfaktor von Altenheimen ist mit durchschnittlich rund 64 % des gesamten betrieblichen Aufwandes der Personalaufwand. Der durchschnittliche Personalaufwand je Vollkraft beträgt im Jahr 2020 rund 54,9 TEUR. Auf der Ertragsseite sind die Umsatzerlöse mit

einem Anteil von 95 % an den betrieblichen Erträgen der wesentliche Faktor. Die Entwicklung dieser Einflussgrößen in Relation zum beschäftigten Personal insgesamt und für den Pflegedienst ist in der nachfolgenden Abbildung über drei Jahre dargestellt.

Personalaufwand und Erlöse je Vollkraft (TEUR)



Der Personalaufwand je Vollkraft weist in 2020 gegenüber dem Vorjahr einen Anstieg um 4 % auf. Neben tarif- und vergütungsrechtlichen Steigerungen sind im Jahr 2020 auch Zahlungen von Corona-Prämien zu berücksichtigen. Zugleich sind die Umsatzerlöse je Vollkraft mit einer Zunahme um 2,2 % weniger deutlich gestiegen. Betrachtet man den Personalaufwand je Vollkraft sowie die Umsatzerlöse je Vollkraft ausschließlich für den Pflegedienst, so ist bei beiden Kennzahlen ein nahezu identischer Anstieg zu verzeichnen: Während sich der Personalaufwand je Pflegevollkraft durchschnittlich um ca. 2 % erhöht hat, sind die Pflegeerlöse je Pflegevollkraft im Durchschnitt um 1,5 % gestiegen.

Insgesamt konnten die einbezogenen Altenheime im Durchschnitt des Jahres 2020 ein positives Jahresergebnis etwas über dem Vorjahresniveau erzielen. Dies betrifft insbesondere den Leistungsbereich, wobei auch der Investitionsbereich im Durchschnitt leicht positiv schließt. Allerdings verzeichnen knapp 20 % der einbezogenen Altenheime (Vorjahr 30 %) ein negatives Jahresergebnis, während 80 % der Altenheime ein positives Jahresergebnis erreichen konnten. Die erzielte EBITDA-Marge liegt über alle einbezogenen Altenheime in 2020 bei rund 7,7 % (Vorjahr 6,6 %).

Vermögens- und Finanzlage

Insgesamt machen Sachanlagen einschließlich der immateriellen Vermögensgegenstände fast 70 % des Gesamtvermögens aus. Bei denjenigen Altenheimen, die über eine eigene Immobilie verfügen, beträgt dieser Anteil gut 75 % des Gesamtvermögens. Bei einer Anlagenaltersquote von 45 % (d.h. das Sachanlagevermögen ist bereits zu mehr als der Hälfte abgeschrieben) sind in den kommenden Jahren weiterhin deutliche Investitionen zur Erhaltung der Sachanlagen zu erwarten. Die Investitionsquote (Verhältnis der Investitionen in immaterielles Vermögen und Sachanlagen zu den nicht geförderten Abschreibungen auf diese Anlagegüter) liegt im Jahr 2020 mit 107 % leicht unter dem Vorjahreswert (112 %).

Insgesamt verfügen die einbezogenen Altenheime in 2020 über eine Eigenkapitalquote von rund 38 % im Durchschnitt, weitere 36 % der Bilanzsumme (45 % des langfristigen Kapitals) werden über Darlehen sichergestellt. Das langfristige Kapital hat einen Anteil von 86 % am Gesamtkapital. Das langfristige Vermögen der Altenheime wird damit deutlich vom langfristigen Kapital überdeckt, was für eine solide Finanzierungsstruktur spricht.

Der Deckungsfaktor (Liquidität auf kurze Sicht im Verhältnis zum betriebsgewöhnlichen Finanzbedarf pro Woche) beträgt in 2020 rund zehn Wochen und liegt damit auf Vorjahresniveau. Der Einzugsfaktor beträgt etwa zwei Wochen, d.h. Forderungen werden im Durchschnitt innerhalb von zwei Wochen in Liquidität umgesetzt.

Eva-Katrin Maier
Diplom-Soziologin

Berlin
030 . 72382-426 e.maier@solidaris.de

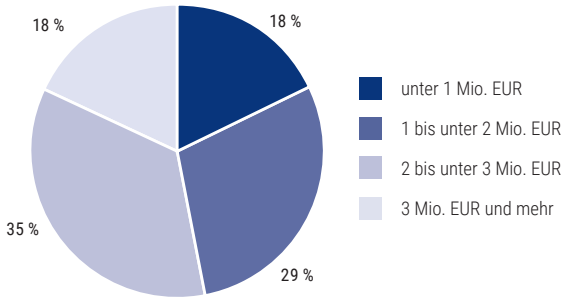
Sozialstationen

Von Heike Mutschler

Struktur und Leistung der einbezogenen Sozialstationen

Für das Datenjahr 2020 wurden in den Betriebsvergleich Sozialstationen die Angaben von 34 Sozialstationen einbezogen, und zwar aus den Bundesländern Baden-Württemberg (17), Rheinland-Pfalz (8), Hessen (8) und Nordrhein-Westfalen (1). Aufgrund der Auswirkungen der Corona-Pandemie sind die Leistungszahlen 2020 mit den Zahlen des Vorjahres nur eingeschränkt vergleichbar. Der überwiegende Teil der Sozialstationen erzielte im Jahr 2020 Umsatzerlöse zwischen 2 und 3 Mio. EUR, dicht gefolgt von Sozialstationen mit Umsatzerlösen zwischen 1 und 2 Mio. EUR.

Verteilung der Sozialstationen nach Umsatzerlösen



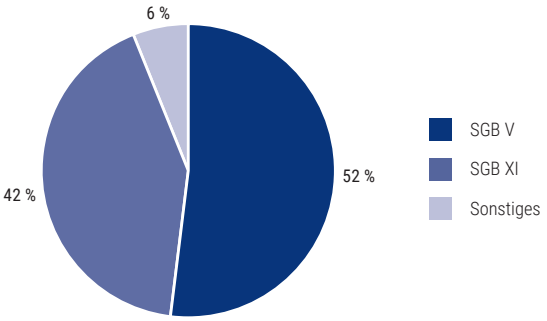
Im Jahr 2020 beschäftigte eine Sozialstation im Durchschnitt 35,3 Vollkräfte. Rund 25 Vollkräfte bzw. 71 % des Personals arbeiteten im Pflegedienst. Weitere 12 % machen die Hauswirtschaftskräfte und 9 % den Verwaltungsdienst aus. Die übrigen betreffen mit 8 % sonstige produktive Kräfte.

Ertragslage

Die Deckung der betrieblichen Aufwendungen durch die betrieblichen Erträge der Sozialstationen hat sich im Vergleich zum Vorjahr im Durchschnitt von 102 % auf 103 % erhöht.

Den bedeutendsten Anteil an den betrieblichen Erträgen haben wie im vergangenen Jahr die Umsatzerlöse mit im Durchschnitt 88 %. Ein erster Blick in die Umsatzentwicklung zeigt, dass diese bereinigt um die coronabedingten Erstattungen im Durchschnitt 2.261 TEUR betragen und sich im Vorjahresvergleich um 196 TEUR erhöht haben. Wie sie sich auf die verschiedenen Leistungsbereiche verteilen, zeigt die nachfolgende Abbildung:

Verteilung der Umsatzerlöse nach Leistungsbereichen



Die Umsatzerlöse pro Vollkraft haben sich im Vergleich zum Vorjahr im Durchschnitt um 0,5 TEUR bzw. 0,8 % auf 64,9 TEUR erhöht. Die coronabedingten Erstattungen haben im Durchschnitt 110 TEUR betragen.

Wesentlicher Aufwandsfaktor der Sozialstationen ist mit einem Anteil von 81 % (Vorjahr ebenfalls 81 %) an den betrieblichen Aufwendungen der Personalaufwand. Im Durchschnitt liegt er im Jahr 2020 über alle Dienstarten bei 58,3 TEUR je Vollkraft und hat sich somit um 3,3 TEUR bzw. 6 % erhöht. Der Anstieg ist unter anderem im Zusammenhang mit gesetzlichen und tariflichen Corona-Prämien an Mitarbeiter zu sehen. Die Personalaufwandsquote (Personalaufwand je Vollkraft/Durchschnittsumsatz je Vollkraft) liegt für das Jahr 2020 bei rund 91 % (Vorjahr 86 %), d. h. etwa 91 % der Umsatzerlöse werden durch die Personalaufwendungen aufgezehrt. Um ein ausgeglichenes Betriebsergebnis zu erzielen, müsste in den einbezogenen Sozialstationen eine produktive Vollkraft Umsatzerlöse von dem 1,2-Fachen ihrer durchschnittlichen Personalaufwendungen erwirtschaften.

Vermögens- und Finanzlage

Der Corona-Schutzschirm führte größtenteils zu einer Stabilisierung der wirtschaftlichen Lage. Die Eigenkapitalquote beträgt im Durchschnitt 59 % (Vorjahr 54 %). Die Überdeckung von langfristigem Vermögen durch langfristiges Kapital beläuft sich durchschnittlich auf 1.204 TEUR (Vorjahr 1.032 TEUR). Der betriebsgewöhnliche monatliche Finanzbedarf beträgt im Durchschnitt 207 TEUR (Vorjahr 188 TEUR). Der Deckungsfaktor (Liquidität auf kurze Sicht im Verhältnis zum betriebsgewöhnlichen monatlichen Finanzbedarf) liegt bei 6 Monaten (Vorjahr 5 Monate).

Heike Mutschler
Diplom-Volkswirtin

Freiburg
0761 . 79186-32 h.mutschler@solidaris.de

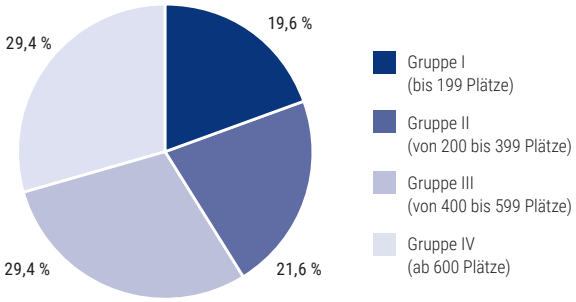
Werkstätten für behinderte Menschen

Von Fabian Jari Koschinski

Struktur der einbezogenen WfbM

In den Betriebsvergleich 2020 der Solidaris sind die Daten von 51 Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) eingeflossen, die anhand ihrer Betreuungskapazität in vier Gruppen klassifiziert wurden:

Kapazität, Betreuungsleistung und Struktur



Die Kapazität der in den Betriebsvergleich einbezogenen WfbM weist eine Spannweite von 54 bis 1.539 genehmigten Plätzen auf. Im Durchschnitt bieten die WfbM Platz für 476 Beschäftigte (Vorjahr 452). Die Auslastung, die sich als Quotient aus den tatsächlich genutzten und den genehmigten Plätzen ergibt, erhöhte sich auf durchschnittlich 109,0 % (Vorjahr 108,4 %). Der Maximalwert der Auslastung beträgt 141,8 %. Insgesamt 69 % der WfbM waren zu mehr als 100% ausgelastet, 10 % der WfbM waren zu weniger als 100 %, aber zu mehr als 95 % ausgelastet, 21 % der WfbM waren zu weniger als 95 % ausgelastet. Auf die Belegung im Eingangsverfahren/Berufsbildungsbereich entfällt im Durchschnitt ein Anteil von 10,5 % (Vorjahr 11,8 %) der tatsächlich genutzten Plätze.

Jahresergebnis

Das durchschnittliche Jahresergebnis ist anhaltend rückläufig (2020: - 40,9 %; 2019: - 2,9 %; 2018: - 4,9 %; 2017: - 1,7 %), wobei für das Jahr 2020 auch ein zusätzlicher einschneidender Effekt durch die Coronapandemie zu berücksichtigen ist. Allerdings erwirtschafteten ca. 85 % der in die Auswertung einbezogenen WfbM weiterhin ein positives Jahresergebnis (Vorjahr 88 %). Weiterhin ist eine – im Vergleich zu den Vorjahren abnehmende – Tendenz dahingehend festzustellen, dass die Jahresergebnisse mit zunehmender Einrichtungsgröße höher ausfallen.

Die durchschnittliche Umsatzrentabilität der WfbM mit einem positiven Jahresergebnis beläuft sich auf 2,1 % (Vorjahr 3,0 %). Die Spannweite reicht hier von 0,01 % bis 10,82 % (Vorjahr: 0,05 % bis 12,68 %). Die Rohertragsmarge beträgt im Schnitt 83,0 % (Vorjahr: 78,4 %), was auf einen abnehmenden Materialeinsatz hindeutet. Der Median der Produktions- und Dienstleistungserlöse beläuft sich auf 2.121 TEUR (Vorjahr: 2.762 TEUR). Der Median der Tagessatzerlöse beträgt 8.179 TEUR (Vorjahr: 7.972 TEUR). Diese Werte spiegeln die Tatsache wider, dass unter Coronabedingungen einige Werkstätten zeitweilig schließen oder mit geringerer Besetzung arbeiten mussten, die Tagessätze jedoch konstant weiterbezahlt wurden.

Das für den Arbeitsbereich zu ermittelnde Arbeitsergebnis verringerte sich gegenüber dem Vorjahr im Mittelwert um 4,5 %. Die Auszahlungsquote der Arbeitsentgelte für die Beschäftigten beträgt im Median 93,5 % (Vorjahr: 83,5 %); die Spannweite liegt bei 70 % bis 406 %. Die deutlich gestiegene Auszahlungsquote ist unter anderem auf die oben

	Mittelwert				
	Gesamt	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III	Gruppe IV
Anzahl Beschäftigte	545	113	329	523	986
Anteil Berufsbildungsbereich (%)	10,5	12,9	10,2	10,2	9,2
Verhältnis Beschäftigte/Betreuer	6,3	8,4	4,9	6,3	6,2
Arbeitsentgelt Arbeitsbereich (je Beschäftigtem pro Jahr, EUR)	2.635	2.342	2.147	3.226	2.556
Durchschnittlicher Personalaufwand (je Angestelltem pro Jahr, EUR)	57.317	53.770	50.742	58.474	62.771

Betriebsvergleich WfbM: Personalkennzahlen nach Größengruppen

genannten Umsatzrückgänge aufgrund der Pandemie zurückzuführen.

Finanzlage und Liquidität

Die durchschnittliche Eigenkapitalquote der WfbM beträgt 67,3 % (Vorjahr 62,7 %). Die um den Sonderposten für gefördertes Anlagevermögen modifizierte Eigenkapitalquote beläuft sich auf 74,8 % (Vorjahr 73,0 %).

Für die Einrichtungen stand im Jahr 2020 durchschnittlich eine Deckung des betriebsgewöhnlichen monatlichen Finanzbedarfs durch die Liquidität auf kurze Sicht von ca. 3,7 Monaten (Vorjahr 3,3 Monate) zur Verfügung. Die EBITDA-Marge (Gewinn vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen in Relation zu den Umsatzerlösen), die stellvertretend den operativen Gewinn als Renditegröße wiedergibt, aber auch Indikator für die Innenfinanzierungskraft eines Unternehmens ist, beträgt 6,3 % (Vorjahr 7,4 %). Hier reicht die Spannweite der WfbM mit positivem EBITDA von 0,1 % bis 10,9 %. (Vorjahr 1,8 % bis 12,7 %). Der Einzugsfaktor, der angibt wie schnell Forderungen aus Lieferungen und Leistungen in Liquidität umgesetzt werden, liegt im Durchschnitt bei 4,5 Wochen nach 4,3 Wochen im Vorjahr.

Kennzahlen Personalbereich

Im Folgenden verwenden wir die Begriffe Beschäftigter für die behinderten Menschen sowie Mitarbeiter für das Personal der WfbM. Das durchschnittliche Arbeitsentgelt je Beschäftigtem pro Jahr im Arbeitsbereich der WfbM hat sich von 2.169 EUR im Vorjahr auf 2.635 EUR im Jahr 2020 erhöht. Die Höhe der Arbeitsentgelte weist eine Spanne von 1.085 EUR bis 5.171 EUR auf (Vorjahr: 974 EUR bis 4.455 EUR). Der Mittelwert des Personalaufwandes pro Mitarbeiter beträgt 57.317 EUR im Jahr 2020 (Vorjahr 56.798 EUR) und ist um knapp 0,7 % gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Die Anzahl der Beschäftigten pro Gruppenleiter ist mit Zunahme der Einrichtungsgröße wie in den Vorjahren tendenziell rückläufig.

Weitere Kennzahlen für den Personalbereich in den beschriebenen Größengruppen zeigt die tabellarische Übersicht auf Seite 24.

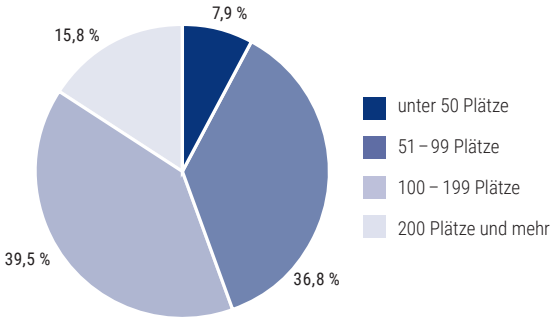
Fabian Jari Koschinski, M.Sc.

Köln
02203 . 8997-127 f.koschinski@solidaris.de

Kinder- und Jugendhilfe

Von Achim Wiesmann

Struktur und Leistung der einbezogenen Einrichtungen



Der Betriebsvergleich für Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe enthält für das Geschäftsjahr 2020 über 40 Einrichtungen aus verschiedenen Bundesländern. Er beschränkt sich auf Einrichtungen, die Leistungen im Sinne der §§ 27 ff. SGB VIII (Hilfe zur Erziehung) erbringen. Somit sind zum Beispiel Kindertagesstätten hier nicht erfasst. Die Struktur der einbezogenen Einrichtungen ist sehr heterogen. Während nahezu alle Anbieter mindestens ein Regelangebot vorhalten, bieten 24 Einrichtungen auch eine Intensivbetreuung an. 17 Einrichtungen halten auch Leistungen im Bereich der Tagesbetreuung vor. Die genehmigte Platzzahl liegt zwischen 18 und 557 Plätzen. Rund 37 % der Anbieter halten dabei eine Kapazität zwischen 51 und 99 Plätzen und rund 40 % zwischen 100 und 199 Plätzen vor. Der durchschnittliche Nutzungsgrad der Einrichtungen liegt trotz der Corona-Pandemie wie im Vorjahr bei rund 92 %. (Die angegebenen Vorjahreswerte weichen zum Teil von den Werten des Beitrages in der Ausgabe 4/2020 der *Solidaris Information* ab, da der Betriebsvergleich des Vorjahres nachträglich um weitere Einrichtungen erweitert wurde.) Das durchschnittliche Entgelt für das Regelangebot lag im Jahr 2020 bei 173,00 EUR/Tag (Vorjahr 169,90 EUR/Tag), für das Intensivangebot bei 229,20 EUR/Tag (Vorjahr 218,20 EUR/Tag) und für die Tagesbetreuung bei 108,60 EUR/Tag (Vorjahr 104,60 EUR/Tag). Somit waren im Jahresvergleich Steigerungen um 1,8 % (Regelangebot), 5,0 % (Intensivangebot) und 3,8 % (Tagesbetreuung) zu verzeichnen.

Ertragslage

Bedeutendster Aufwandsfaktor ist der Personalaufwand, der vergleichbar mit den Vorjahren 75 % bis 80 % des

gesamten Aufwandes ausmacht. Der durchschnittliche Personalaufwand je Vollkraft beträgt 65,8 TEUR (Vorjahr 63,8 TEUR). Somit war bei dieser Kennzahl ein Anstieg um 3,1 % zu verzeichnen. Die Umsatzerlöse je Vollkraft betragen 81,4 TEUR (Vorjahr 79,5 TEUR). Die verbleibende Marge liegt somit wie im Vorjahr bei rund 15,6 TEUR.

Die Höhe der Umsatzerlöse aus Betreuungsleistungen schwankt entsprechend der vorgehaltenen Platzzahl. Im Geschäftsjahr 2020 wurde dabei pro Platz ein Umsatz von durchschnittlich 71,2 TEUR (Vorjahr 69,4 TEUR) vereinnahmt. Die Personalaufwandsquote, also der Anteil der Umsatzerlöse, der für den Personalaufwand aufgewendet wird, lag im Jahr 2020 erneut bei rund 80 %. Die Investitionsaufwandsquote beträgt dabei wie im Vorjahr 2 bis 3 %.

Eine bedeutende Position auf der Ertragsseite stellen die caritativen Erträge (Spenden, Erbschaften etc.) dar. Hier flossen im Geschäftsjahr 2020 im Durchschnitt 83 TEUR (Vorjahr 102 TEUR) zu. Im Durchschnitt erzielten die einbezogenen Einrichtungen im Geschäftsjahr 2020 einen Jahresüberschuss, der über dem Wert des Vorjahres lag. Die Umsatzrendite beträgt im Geschäftsjahr 2020 2,3 % nach 1,9 % im Vorjahr. In der Regel waren keine nennenswerten Erträge aus Corona- Hilfsmaßnahmen zu verzeichnen.

Vermögens- und Finanzlage

Die Branche zeichnet sich durch eine hohe Eigenkapitalquote aus. Bezieht man den Sonderposten aus Investitionszuschüssen in die Berechnung ein, beträgt der Anteil an der Bilanzsumme durchschnittlich 74,2 % nach 70,7 % im Vorjahr. Die Anlagenaltersquote liegt bei rund 50 %, die Hälfte des vorhandenen Sachanlagevermögens ist also bereits abgeschrieben. Für die Gebäude beträgt diese Quote rund 55 %. Die Investitionsquote liegt wie im Vorjahr über 100 %. Folglich wird durchschnittlich mehr als die anfallenden Abschreibungen jährlich in das Sachanlagevermögen investiert. Der Deckungsfaktor (Liquidität auf kurze Sicht im Verhältnis zum betriebsgewöhnlichen Finanzbedarf) beträgt wie im Vorjahr 4,0 Monate. Der Einzugsfaktor beträgt erneut rund 5 Wochen und entspricht somit zum Jahresende im Wesentlichen den Forderungen für den Monat Dezember.

Achim Wiesmann
Diplom-Kaufmann

Köln
02203 . 8997-112 a.wiesmann@solidaris.de

INTERN

Neue Büroräume in Münster

Die Solidaris-Gesellschaften am Standort Münster haben neue und repräsentative Büroräume bezogen. Seit Mitte September finden Sie unsere Gesellschaften im Wirtschaftsprüferhaus am Nevinghoff 30 in Münster. Ihre Ansprechpartner erreichen Sie weiterhin unter den bekannten Kontaktdaten.

Neue Kompetenzträger

Seit dem 15. September 2021 ergänzt Herr **Dr. Erich Theodor Barzen, LL.M., MBA,** das Team der Solidaris Rechtsanwaltsgesellschaft am Standort München. Im Rahmen seiner anwaltlichen Tätigkeit berät er schwerpunktmäßig in den Bereichen gesellschaftsrechtliche Gestaltung und Stiftungsrecht. Herr Dr. Barzen verfügt über eine juristisch-kaufmännische Doppelqualifikation: Er bringt langjährige Erfahrung sowohl aus der Privatwirtschaft als auch aus dem konfessionellen Bereich mit. Zuletzt leitete er eine der großen kirchlichen Stiftungen und verantwortete als Oberkirchenrat den Haushalt und Jahresabschluss der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern (ELKB).

Seit 2013 war Dr. Barzen bei der ELKB als Oberkirchenrat und Leiter der Abteilung Finanzen tätig. Dort erreichte er die abschließende Umstellung auf das kaufmännische Rechnungswesen und bereitete die Landeskirche auf die neue Umsatzbesteuerung für die öffentliche Hand vor. Einer seiner wesentlichen Erfolge ist die Zusammenführung von mehr als 1.000 Stiftungen zur landesweiten *Evangelisch-Lutherischen Pfründestiftung in Bayern*. Im Rahmen seiner privatwirtschaftlichen Tätigkeit zeichnete Dr. Barzen rund 15 Jahre als Justiziar der E.ON Energie AG verantwortlich für Fragen des Aktien- und GmbH-Rechts, Corporate Governance, Umstrukturierungen, Immobilientransaktionen sowie Unternehmenskäufe.

Neues Solidaris-Kompetenzteam – Versierte Unterstützung in der Unternehmenskrise

Für gemeinnützige Körperschaften wie für gewerbliche Unternehmen gilt gleichermaßen, dass eine wirtschaftliche Krise besondere Anforderungen an die Beratung mit sich bringt. Vor allem erfordern Krisensituationen, von drohenden Liquiditätsengpässen bis hin zur Zahlungsunfähigkeit und Überschuldung, eines: konsequente Maßnahmen. Die Bandbreite ist dabei groß. Sie reicht von der Erstellung eines Sanierungsgutachtens nach IDW S 6 über zeitnahe Restrukturierungsmaßnahmen bis hin zu einer Sanierung auf Basis der Bestimmungen des neu geschaffenen StaRUG oder einem Insolvenzverfahren in Eigenverwaltung.

Häufig geht es in diesem Zusammenhang um Fortführungsfragestellungen und den Bestätigungsvermerk in der Jahresabschlussprüfung. Zudem stellt sich mitunter die Frage der Verantwortlichkeit von Geschäftsführung, Vorstand oder Gesellschaftern. Sollte es zu einem Insolvenzverfahren kommen, sind außerdem steuerliche Besonderheiten zu beachten. Das gilt insbesondere im Zusammenhang mit der umsatzsteuerlichen Organschaft, dem Erhalt der Gemeinnützigkeit oder der Steuerbefreiung für sogenannte Sanierungsgewinne.

Solidaris formiert interdisziplinäres Unterstützungsteam

Um diesen komplexen Fragestellungen zu begegnen, haben wir ein neues Kompetenzteam zusammengestellt, um Sie in Krisensituationen noch besser und ganzheitlicher beraten zu können. Es setzt sich zusammen aus Wirtschaftsprüfern, Rechtsanwälten, Steuerberatern und Unternehmensberatern und unterstützt Sie im Rahmen folgender Aufgabenstellungen:

- Vorbereitung und Erstellung von Sanierungsgutachten nach IDW S 6
- Wirtschaftliche und rechtliche Beurteilung der Insolvenzreife (IDW S 11)
- Maßnahmen zur Beseitigung der Insolvenzreife (Patronatserklärungen, Rangrücktrittsvereinbarungen etc.)
- Going-Concern-Fragestellungen während der Jahresabschlussprüfung
- Abwägung, welche Sanierungsinstrumente zielführend sind und ob ein außergerichtliches Sanierungsverfahren (StaRUG) helfen könnte
- Begleitung bei Insolvenzverfahren in Eigenverwaltung und der Erstellung eines Insolvenzplanes
- betriebswirtschaftliche und rechtliche Fragestellungen im Insolvenzverfahren
- M&A und Insolvenz: Erwerb einer Gesellschaft aus der Insolvenz unter Berücksichtigung insolvenz- und arbeitsrechtlicher Besonderheiten
- steuerrechtliche Aspekte der Insolvenz (Beurteilung von Steuerforderungen als Insolvenz- oder Masseforderungen, Erhalt der Gemeinnützigkeit und der umsatzsteuerlichen Organschaft)

Kompetenzteam „Krisenmandate“	
Geschäftsbereich Rechtsberatung	
	RA Frank Utikal, LL.M. Schwerpunkt: Insolvenzrecht und Gesellschaftsrecht
	RA Christian Klein Schwerpunkt: Arbeitsrecht
Geschäftsbereich Wirtschaftsprüfung	
	WP StB Dr. Thomas Drove Schwerpunkt: Unterstützung bei Going-Concern-Bewertungen
Geschäftsbereich Unternehmensberatung	
	WPin StBin Claudia Schürmann-Schütte Schwerpunkt: Transaktionen und Sanierung
	Marcel Waldecker, LL.M. Schwerpunkt: Restrukturierung und Sanierung
Geschäftsbereich Steuerberatung	
	StB Carsten Schulz Schwerpunkt: Umsatzsteuer und Steuer in der Insolvenz

Bitte wenden Sie sich bei Bedarf an Ihren zuständigen Ansprechpartner bei der Solidaris oder direkt an Herrn RA Frank Utikal (f.utikal @solidaris.de, 030 . 72382-442) oder Herrn Marcel Waldecker (m.waldecker@solidaris.de, 02203 . 8997-384).

Solidaris

AKTUELLE SEMINARE

Datum	Ort	Titel
22.11.2021 25.11.2021	Köln Köln	**Der Jahresabschluss gemeinnütziger Einrichtungen – Grundlagen, Besonderheiten, Vorbereitung und Gestaltungsmöglichkeiten**
16.11.2021	Berlin	**Steuer-Update für Non-Profit-Organisationen**
23.11.2021 29.11.2021 02.12.2021 20.01.2022 27.01.2022 18.02.2022 21.02.2022 22.02.2022	Hamburg Berlin Frankfurt Stuttgart Erfurt Köln Münster Nürnberg	**Reform des Stiftungsrechts – Neuerungen, Chancen und Risiken**
23.11.2021	München	**Strukturiertes Management steuerlicher Risiken durch ein TCMS**
23.11.2021	Köln	**Basiswissen Altenhilfe**
08.12.2021	Köln	**IT-Sicherheit am Arbeitsplatz – Effektiv gegen Cyberrisiken im Gesundheits- und Sozialwesen**

Detaillierte Informationen und Anmeldung unter www.solidaris.de oder bei Frau Martina Braun: m.braun@solidaris.de, 02203 . 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 Hennke
Dipl.-Kfm. Sven Hornbostel

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

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

Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 11. Oktober 2021
Auflage: 3.800 Stück

Gestaltung: Groba / Pérez Cantó Kommunikationsdesign, Köln
Druck: Warlich Druck RheinAhr GmbH & Co. KG, Grafschaft-Gelsdorf

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.