3. AUSGABE 2020

EBNER STOLZ

novus

GESUNDHEITSWESEN

Krankenhaus-zukunftsgesetz für die Digitalisierung von Krankenhäusern

Leistungsdichtefaktor operativer Fachabteilungen (LDF-OPF) – Eine neue Kennzahl für den OP

Effizienzkennzahlen im Benchmark: Personal- und Material-aufwandsquote

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

nach einem äußerst turbulenten Jahr freuen wir uns, Ihnen in unserem letzten novus Gesundheitswesen für 2020 in gewohnter Weise wichtige Neuigkeiten und Themen aus dem Bereich Gesundheitswesen vorzustellen.

Neben den traditionellen Bereichen Wirtschaftsprüfung, Steuern und Recht möchten wir Sie künftig auch verstärkt an unserem Beratungsbereich teilhaben lassen. Mit Themen aus unserem auf Krankenhäuser und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens spezialisierten Advisory Services Health Care-Team erweitern wir unser Leistungsspektrum um den Bereich des operativen Krankenhausmanagements, um Ihnen noch besser mit Rat und Tat zur Seite stehen zu können.

Mit Annika Brunkhardt konnten wir bereits im April eine erfahrene Krankenhausberaterin gewinnen, die mit ihrem Team neben leistungswirtschaftlichen Projekten, wie (Medizin-) Strategieentwicklung, auch verstärkt Personal-, Organisations- und Prozessthemen betreut. Insb. aber versteht das Team das operative Krankenhaus-Management. Es bringt seine Erfahrungen nicht zuletzt in Restrukturierungsprojekten ein. Frau Brunkhardt verfügt als Gesundheitsökonomin über mehr als 15 Jahre Praxis- und Beratungserfahrung und war zuletzt als Prokuristin einer großen Wirtschaftsprüfungsgesellschaft tätig.

Neben den sich Corona-bedingt dynamisch verändernden Rahmenbedingungen stehen derzeit die Verhandlungen der Pflegebudgets im Fokus. Wir dürfen gespannt sein, wie sich die Kostenträger hier weiter gegenüber den Krankenhäusern positionieren werden und was uns in den kommenden Jahren erwartet.

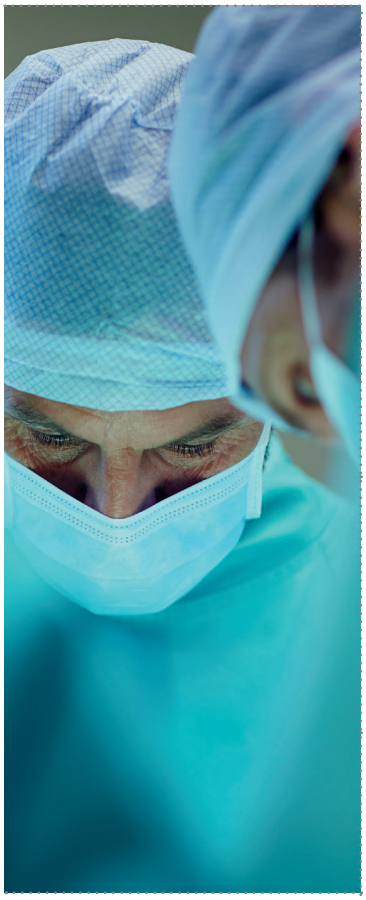
In der aktuellen Ausgabe möchten wir Sie insb. auf den spannenden Beitrag zum Leistungsdichtefaktor operativer Fachabteilungen hinweisen, der Ihnen einen ersten Vorgeschmack auf unser Beratungsspektrum im Bereich Advisory Services Health Care geben soll.

Sollten Sie weitere Informationen benötigen, sprechen Sie uns gerne an!

Wir hoffen, dass wir im kommenden Jahr auf gemeinsamen Präsenzveranstaltungen, Vorträgen und Kongressen auch wieder den persönlichen Kontakt mit Ihnen pflegen können.

Niko Ballarini
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater
Senior Manager bei Ebner Stolz

Annika Brunkhardt
Dipl. Gesundheitsökonomin
Senior Managerin bei Ebner Stolz



STEUERBERATUNG

Jahressteuergesetz 2020 4
Umsatzsteuerbefreiung von Personalgestellungsleistungen durch religiöse und weltanschauliche Einrichtungen für bestimmte Tätigkeiten 5
Laborleistungen eines Facharztes auch außerhalb von Krankenhäusern und anderen Einrichtungen umsatzsteuerfrei 5
Vermietung von Tiefgaragenstellplätzen als unselbständige Nebenleistung zur Wohnraumvermietung 6
Steuerfreiheit arbeitgebergeförderter Präventions- und betrieblicher Gesundheitsförderungsleistungen 7
Keine Verlängerung der Einführung der zertifizierten technischen Sicherheitseinrichtung bei elektronischen Aufzeichnungssystemen 7

RECHTSBERATUNG

Krankenhauszukunftsgesetz für die Digitalisierung von Krankenhäusern 8
Vermittler von ausländischen Pflegekräften für Privathaushalte unter Druck – Neue Kundschaft für stationäre Pflegeheimbetreiber? 10
Umsatzsteuerrückerstattung an Krankenkassen in Zytostatika-Fällen nur in Bezug auf Herstellerpauschale 11

UNTERNEHMENSBERATUNG

Leistungsdichtefaktor operativer Fachabteilungen (LDF-OPF) – Eine neue Kennzahl für den OP 12
Effizienzkennzahlen im Benchmark – Personal- und Materialaufwandsquote 14

IT

SAP S/4 HANA – Transformation auf die neueste Generation des ERP-Systems als Basis für die Digitalisierung im Gesundheitswesen 16

Jahressteuergesetz 2020

Die Bundesregierung beschloss am 2.9.2020 den Entwurf eines Jahressteuergesetzes 2020 und brachte diesen in das Gesetzgebungsverfahren ein. Laut vorläufigem Zeitplan könnte der Bundestag am 6.11.2020 und der Bundesrat am 27.11.2020 final über das Gesetz beschließen.

Im Regierungsentwurf finden sich u. a. folgende für den Gesundheitsbereich relevante Regelungen:

- Nach § 4 Nr. 14 Buchst. f UStG-E sind künftig eng mit der Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens verbundene Leistungen bestimmter Unternehmer steuerfrei, die nicht bereits als Heilbehandlungen steuerfrei sind. Dazu gehören z. B. Sanitätsdienstleistungen bei Großveranstaltungen oder der Rettungsdienst.

- Durch Änderung des Einleitungssatzes des § 4 Nr. 16 UStG soll vor dem Hintergrund des Wortlauts des Art. 132 Abs. 1 Buchst. g MwStSystRL klargestellt werden, dass unter den übrigen Voraussetzungen der Norm auch die Leistungen solcher Einrichtungen befreit sein können, die selbst keine Pflege- oder Betreuungsleistungen, sondern lediglich damit eng verbundene Leistungen erbringen.

- Mit einem neu eingeführten § 4 Nr. 16 Satz 1 Buchst. l UStG werden auch solche Einrichtungen als Einrichtungen mit sozialem Charakter anerkannt, mit denen eine Vereinbarung zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI besteht. Danach erfasst die Umsatzsteuerbefreiung nicht nur Pflegeberatungsleistungen gesetzlicher Pflegekassen, sondern auch solche, die auf Grund von Vereinbarungen mit der privaten Pflegeversicherung nach § 7a Abs. 5 SGB XI erbracht werden, einschließlich damit eng verbundener anderer Pflege- und Beratungsleistungen. Voraussetzung ist, dass sie hierzu von den Pflegekassen oder der privaten Pflegeversicherung beauftragt wurden bzw. hierzu gesetzlich befugt sind. Grund für die Befreiung ist, dass wegen der gesetzlichen Verpflichtung zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI die private Pflege-Pflichtversicherung in gleicher Weise tätig ist, wie die gesetzlichen Pflegekassen.

- In § 4 Nr. 16 Satz 1 UStG wird in Buchst. m (bislang Buchst. l) die Steuerbefreiung von Pflegeeinrichtungen mit sozialem Charakter dahingehend angepasst, dass es hinsichtlich des Vorliegens der 25 %-Grenze der Fälle, die von Trägern der gesetzlichen Sozialversicherung übernommen werden, nicht mehr auf das vorangegangene Kalenderjahr ankommt. Damit wurde das BFH-Urteil vom 19.3.2013 (Az. XI R 47/07) vollständig umgesetzt, nachdem die Anerkennung des sozialen Charakters einer Einrichtung nicht allein daran scheitern soll, dass im Vorjahr die 25 %-Grenze noch nicht erreicht wurde.

Hinweis: Der Bundesrat hat am 9.10.2020 einige Änderungen gefordert, die auch das Gesundheitswesen betreffen. So soll u. a. für die Umsatzsteuerfreiheit nicht öffentlicher Bildungseinrichtungen nach § 4 Nr. 21 Buchst. a Doppelbuchst. bb UStG eine Bescheinigung der zuständigen Landesbehörde nicht mehr erforderlich sein. Zudem wurde die Bundesregierung aufgefordert, eine bestehende Regelungslücke in § 4 Nr. 21 und 23 UStG bei der Steuerfreiheit von Beherbergungen und Beköstigungen im Zusammenhang mit Aus- und Fortbildungen zu schließen.

Gemeinnützigkeitsrechtlich sollen Körperschaften mit weniger als 45.000 Euro Einnahmen p. a. nicht mehr den Regelungen für die zeitnahe Mittelverwendung unterliegen (§ 55 Abs. 1 Nr. 5 Satz 4 AO-E). Auch Körperschaften, die bislang nur mittelbar gemeinnützige Zwecke verfolgen, wie Dienstleistungstochtergesellschaften von gemeinnützigen Krankenhäusern, und die deshalb bislang nicht gemeinnützig sein können, sollen nach dem Willen des Bundesrates einen gemeinnützigen Zweckbetrieb begründen können, solange sie mit einer gemeinnützigen Körperschaft „planmäßig zusammenwirken" (§ 57 Abs. 3 AO-E). Auch eine Holding, die ausschließlich Beteiligungen an gemeinnützigen Gesellschaften hält und verwaltet, soll gemeinnützig sein können (§ 57 Abs. 4 AO-E).

Eine Mittelweitergabe an eine andere gemeinnützige Körperschaft soll künftig nicht nur bei Förderkörperschaften ohne die bisherige Grenze des § 58 Nr. 2 AO (hälftiges Nettovermögen) möglich sein.

Die Freigrenze für wirtschaftliche Geschäftsbetriebe sollen von 35.000 Euro auf 45.000 Euro angehoben werden (§ 64 Abs. 3 AO-E).

Bei Wegfall der satzungsmäßigen Vermögensbindung – sei es durch Änderungen der Satzung oder durch Verstöße in der tatsächlichen Geschäftsführung – soll nicht mehr rückwirkend für zehn Jahre eine Ertragssteuerpflicht bestehen, sondern das Vermögen soll zu 30 % der Körperschaftsteuer unterliegen (§ 23 Abs. 1 Satz 2 KStG-E). Auch diese Besteuerungspflicht kann umgangen werden, wenn das Vermögen einem Betriebsvermögen der Körperschaft zuzuordnen und die Besteuerung der stillen Reserven sichergestellt ist.

Es bleibt nun allerdings abzuwarten, wie die Bundesregierung auf die Forderungen des Bundesrats reagiert. Damit ist am 21.10.2020 zu rechnen. Sollte die Bundesregierung die Forderungen unterstützen, müssten diese noch den Bundestag und den Bundesrat passieren.

Umsatzsteuerbefreiung von Personalgestellungsleistungen durch religiöse und weltanschauliche Einrichtungen für bestimmte Tätigkeiten

Die Umsatzsteuerbefreiungsregelung für Personalgestellungen durch religiöse und weltanschauliche Einrichtungen für bestimmte Tätigkeiten nach § 4 Nr. 27 Buchst. a UStG wurde zum 1.1.2015 neu gefasst und durch Art. 11 Nr. 6 Buchst. c des Gesetzes zur weiteren steuerlichen Förderung der Elektromobilität und zur Änderung weiterer steuerlicher Vorschriften vom 17.12.2019 redaktionell angepasst.

Mit den Neuregelungen wurde Art. 132 Abs. 1 Buchst. k MwStSystRL in nationales Recht umgesetzt. Die Befreiung gilt danach insb. für die Personalgestellung der begünstigten Einrichtungen für Zwecke der Krankenhausbehandlung und ärztlichen Heilbehandlungen in Krankenanstalten, der Sozialfürsorge und der sozialen Sicherheit, der Kinder- und Jugendbetreuung, der Erziehung, des Schul- und Hochschulunterrichts sowie der Aus- und Fortbildung.

Die „Gestellung von Personal" umfasst dabei wie bisher die Gestellung von selbständigem, nicht beim leistenden Unternehmer abhängig beschäftigtem Personal, wie z. B. die Gestellung von Mitgliedern oder Angehörigen der Einrichtungen, sowie die Gestellung abhängig beschäftigter Arbeitnehmer.

Die Finanzverwaltung hat aufgrund dessen mit BMF-Schreiben vom 3.9.2020 (Az. III C 3 - S 7187/20/10002 :001, DStR 2020, S. 2025) den Umsatzsteuer-Anwendungserlass geändert. Die Grundsätze des BMF-Schreibens sind auf Umsätze anzuwenden, die nach dem 31.12.2014 erbracht wurden.

Laborleistungen eines Facharztes auch außerhalb von Krankenhäusern und anderen Einrichtungen umsatzsteuerfrei

Im novus Gesundheitswesen 2. Ausgabe 2018 (S. 6) hatten wir über das Urteil des V. Senates des BFH vom 28.4.2017 (Az. V R 25/16, DStR 2017, S. 2174) berichtet, wonach medizinische Analysen privatrechtlich organisierter Labore nach § 4 Nr. 14b UStG steuerbefreit sein können, wenn sie als Einrichtung gleicher Art wie die in § 4 Nr. 14b UStG aufgeführten Einrichtungen angesehen werden können.

Auch nach Auffassung der Finanzverwaltung sind solche ärztlichen Leistungen nur im Rahmen der Einrichtungen des § 4 Nr. 14b UStG umsatzsteuerfrei. Außerhalb dieser Einrichtungen seien die Steuerbefreiung nach § 4 Nr. 14a UStG auf solche Leistungen nicht anwendbar, weil diese Laborleistungen nicht im Rahmen eines persönlichen Vertrauensverhältnisses erbracht würden (vgl. Abschn. 4.14.1 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 1 Umsatzsteueranwendungserlass – UStAE).

Mit seinem Urteil vom 18.12.2019 hat nun der XI. Senat des BFH (Az. XI 23/19, DStR 2020, S. 553) der Rechtsprechung des V. Senats widersprochen und solche Laborleistungen unter Berufung auf die Rechtsprechung des EuGH im Urteil „Peters" vom 18.9.2019 (Rs. C-700/17, DStR 2019, S. 1972) als nach § 4 Nr. 14a UStG umsatzsteuerfreie ärztliche Heilbehandlungsleistung eingestuft.

Der XI. Senat des BFH legte seinem Urteil zu § 4 Nr. 14 b UStG diese EuGH-Rechtsprechung zugrunde. Demnach können auch medizinische Analysen, die von praktischen Ärzten im Rahmen ihrer Heilbehandlung angeordnet werden, zur Aufrechterhaltung der menschlichen Gesundheit beitragen. Deshalb komme es für die Steuerbefreiung nach § 4 Nr. 14a UStG auch nicht mehr auf das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten an. Denn nach Auffassung des EuGH würde der Grundsatz der steuerlichen Neutralität nicht gewahrt werden, wenn die Steuerbefreiung vom Ort der Durchführung der Leistung abhängt, obwohl ihre Qualität angesichts der Ausbildung der betreffenden Dienstleistungserbringer gleichwertig ist, ohne dass es insoweit auf das Bestehen eines Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patienten ankommt.

Hinweis: Die Finanzverwaltung hat bislang die entgegenstehende Bestimmung in Abschn. 4.14.1 Abs. 1 S. 2, Abs. 2 S. 1 UStAE noch nicht angepasst und das Urteil auch noch nicht im Bundessteuerblatt veröffentlicht. Insoweit bleibt abzuwarten, wie die Finanzverwaltung mit dem Urteil umgehen wird.

Vermietung von Tiefgaragenstellplätzen als unselbständige Nebenleistung zur Wohnraumvermietung

Die Vermietung von Wohnungen ist nach § 4 Nr. 12 Buchst. a Satz 1 UStG umsatzsteuerfrei – nicht jedoch die Vermietung von Kfz-Stellplätzen. Diese ist nach dem Wortlaut des § 4 Nr. 12 Buchst. a Satz 2 UStG ausdrücklich von der Umsatzsteuerbefreiung für Grundstücksvermietungen ausgenommen. Die Vermietung dieser Stellplätze kann aber als eine unselbständige Nebenleistung zu einer Wohnraumvermietung ebenfalls umsatzsteuerfrei sein.

Das FG Thüringen hatte sich in seinem Urteil vom 27.6.2019 (Az. 3 K 246/19, EFG 2019, S. 2001) mit dieser Frage auseinanderzusetzen. Im Streitfall bestand ein Gebäudekomplex aus Mietwohnungen und einer davon getrennten Tiefgarage. Stellplätze wurden nicht nur von einigen Mietern des Gebäudekomplexes, sondern auch von externen Personen angemietet, die Zugang zur Tiefgarage hatten, ohne ein Mietgebäude betreten zu müssen. Der Vermieter hatte in getrennten Verträgen die Wohnungen und die Stellplätze vermietet und für die Stellplätze die Vorsteuer gezogen.

Bei dieser Sachverhaltsgestaltung verneinte das FG Thüringen das Vorliegen einer unselbständigen umsatzsteuerfreien Nebenleistung in Bezug auf die Stellplatzvermietung.

Eine Leistung sei dann als Nebenleistung zu einer Hauptleistung anzusehen, wenn sie für den Kunden keinen eigenen Zweck, sondern das Mittel darstellt, um die Hauptleistung unter optimalen Bedingungen in Anspruch zu nehmen. Dem Umstand, dass über beide Vermietungen unterschiedliche Verträge abgeschlossen wurden, maß das Gericht keine entscheidende Bedeutung zu. Es komme vielmehr auf eine objektiv enge Verbindung zwischen Vermietungsleistungen an, die zu einer einheitlichen Leistung führen. Eine enge Verbindung nahm das FG Thüringen unter Berufung auf die Rechtsprechung des EuGH an, wenn die Wohnung und der Stellplatz Teil ein und desselben Gebäudekomplexes sind und diese beiden Gegenstände von demselben Vermieter an denselben Mieter vermietet werden. Ein solcher enger räumlicher Zusammenhang sei schon deswegen nicht gegeben, weil sich Tiefgarage und Wohnungen nicht in einem einheitlichen Gebäudekomplex befanden. Zudem konnten die externen Mieter von Stellplätzen, die keine Wohnungen gemietet hatten, die Tiefgarage erreichen, ohne die Mietgebäude zu betreten.

Auch ein einheitlicher wirtschaftlicher Vorgang habe nicht vorgelegen. Die Anmietung von Tiefgaragenstellplätzen sei nicht dermaßen elementar für die Wohnungsmieter gewesen, dass eine Nutzung nicht auch ohne den Stellplatz möglich wäre, da viele Mieter des Komplexes überhaupt keine Stellplätze angemietet hatten. Auch habe der Vermieter erfolgreich Stellplätze ohne Wohnungsvermietung annonciert. Deswegen gab es weder rechtliche und faktische Zwänge, die Stellplätze nur an die Wohnungsmieter zu vermieten.

Hinweise: Die Revision gegen dieses Urteil ist beim BFH noch anhängig (Az. V R 41/19). Insoweit bleibt abzuwarten, ob der BFH die Auffassung des FG Thüringen bestätigen wird. Soweit insb. Krankenhäuser auch Wohnungen in der Nähe des Krankenhauses zusammen mit Stellplätzen in einer Tiefgarage des Krankenhauses vermieten, dürfte schon wegen der fehlenden räumlichen Nähe im Regelfall nach den Maßstäben des FG Thüringen die Stellplatzvermietung kein mit der Wohnraumvermietung eng verbundener steuerfreier Umsatz sein.

Steuerfreiheit arbeitgebergeförderter Präventions- und betrieblicher Gesundheitsförderungsleistungen

Leistungen des Arbeitgebers zur Verminderung von Krankheitsrisiken und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, die den Anforderungen der §§ 20 und 20b SGB V genügen, sind steuerfrei, wenn sie zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn gewährt werden und soweit sie 600 Euro im Kalenderjahr nicht übersteigen.

Die OFD Karlsruhe hat der Finanzverwaltung mit einer Verfügung vom 21.7.2020 (Az. S 2342/135-St 142, DStR 2020, S. 2073) eine detaillierte Anwendungshilfe an die Hand gegeben, in der sie erläutert, welche Maßnahmen die Voraussetzungen für diese in § 3 Nr. 34 EStG geregelte Steuerfreiheit erfüllen und in welchen Fällen die Steuerfreiheit zu versagen ist.

Die Steuerbefreiung für eine Leistung der individuellen verhaltensbezogenen Prävention i. S. d. § 20 SGB V greift, wenn u. a. die Maßnahme durch eine Krankenkasse zertifiziert wurde. Dabei ist es unerheblich, ob es sich um einen Präventionskurs der Krankenkasse oder des Arbeitgebers handelt, welcher entweder auf Veranlassung des Arbeitgebers zertifiziert oder vom Arbeitgeber als zertifizierte Leistung eingekauft wurde. Zertifikate und Teilnahmebescheinigungen müssen vom Arbeitgeber jeweils als Belege zum Lohnkonto genommen werden. Steuerfrei sind zudem Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung i. S. d. § 20b SGB V, die von Krankenkassen gefördert, aber nicht zertifiziert werden.

Aber auch nicht zertifizierte Präventionskurse können im Einzelfall steuerfrei sein, wenn die Qualifikation des Kursleiters und der Kurs als solcher den Anforderungen der §§ 20 und 20b SGB V genügen oder in ihrer Ausgestaltung Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung entsprechen.

Mitgliedsbeiträge in Sportvereinen oder Fitness-Studios fallen allerdings nicht unter die Steuerbefreiung, es sei denn, sie sind zur Teilnahme an einem nach § 20 Abs. 2 Satz 2 SGB V zertifizierten Kurs erforderlich und die Kosten der Kurse werden über die Mitgliedsbeiträge abgerechnet und durch Bescheinigungen nachgewiesen.

Hinweis: Unabhängig von der Steuerbefreiung nach § 3 Nr. 34 EStG sind Leistungen des Arbeitgebers zur betrieblichen Gesundheitsförderung, die im überwiegend eigenbetrieblichen Interesse erfolgen, kein Arbeitslohn. Dazu zählen u. a. Leistungen zur Förderung von Mannschaftssportarten durch Zuschüsse, die Arbeitsplatzausstattung (z. B. höhenverstellbarer Schreibtisch) oder Aufwendungen für einen betriebseigenen Fitnessraum.

Keine Verlängerung der Einführung der zertifizierten technischen Sicherheitseinrichtung bei elektronischen Aufzeichnungssystemen

Seit 1.1.2020 müssen Unternehmen ihre elektronischen Aufzeichnungssysteme prinzipiell mit einer zertifizierten technischen Sicherheitseinrichtung (TSE) schützen. Eine zum 30.9.2020 endende Nichtbeanstandungsregelung hat das BMF, anders als von den Bundesländern gefordert, nicht verlängert. Einzelne Länder haben sich bereits explizit dahingehend geäußert, dass sie weiterhin eine Fristverlängerung bis 31.3.2021 gewähren.

Zudem äußert sich das BMF mit Schreiben vom 21.8.2020 (Az. IV A 4 -S 0316-a/19/10006 :007, IV C 6 -S 2134/19/10007 :003, DStR 2020, S. 1920) dazu, wie die Kosten für die Implementierung einer TSE und einer einheitlichen digitalen Schnittstelle nach § 4 KassenSichV steuerlich zu behandeln sind. Die TSE stellt laut BMF ein selbstständiges Wirtschaftsgut dar, das aber nicht selbstständig nutzbar ist. Die Anschaffungskosten der TSE sind daher zu aktivieren und über eine Nutzungsdauer von drei Jahren abzuschreiben. Ein Sofortabzug nach § 6 Abs. 2 EStG oder die Bildung eines Sammelpostens nach § 6 Abs. 2a EStG scheiden mangels selbstständiger Nutzbarkeit grundsätzlich aus. Beim festen Einbau der TSE handelt es sich um nachträgliche Anschaffungskosten des Wirtschaftsguts, in das die TSE eingebaut wurde. Laufende Entgelte für Cloud-Lösungen sind als Betriebsausgaben abziehbar.

Bei den Aufwendungen für die einheitliche digitale Schnittstelle handelt es sich laut BMF um Anschaffungsnebenkosten des Wirtschaftsguts „TSE".

Das BMF beanstandet es aus Vereinfachungsgründen aber nicht, wenn die nachträglichen Ausrüstungskosten bestehender Kassen mit einer TSE sowie die Kosten der Implementierung einer einheitlichen digitalen Schnittstelle eines bestehenden Aufzeichnungssystems sofort in voller Höhe als Betriebsausgaben abgezogen werden.

Krankenhauszukunftsgesetz für die Digitalisierung von Krankenhäusern

Gesetzgebungsverfahren

Am 18.9.2020 hat der Bundestag in 2. und 3. Lesung das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) beschlossen, mit dem weitere finanzielle Mittel für die Modernisierung der Krankenhäuser bereitgestellt werden sollen. Der Bundesrat hat das Gesetz am 9.10.2020 gebilligt.

Ziele des Krankenhauszukunftsgesetzes

Ziel des KHZG ist es, mit einem umfassenden Investitionsprogramm verstärkt in die Ausbesserung der digitalen Infrastruktur und der Notfallversorgung der Krankenhäuser zu investieren. Auch sind Mittel für Maßnahmen zur Förderung der IT-Sicherheit vorgesehen. Zur Umsetzung des KHZG beabsichtigt der Bund einen sog. Krankenhauszukunftsfond (KHZF) beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) einzurichten, der mit 3 Mrd. Euro aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ausgestattet ist und neben den bereits bestehenden Krankenhausstrukturfond (KHSF) tritt. Auch die Länder sowie die Krankenhausträger sollen sich mit weiteren 1,3 Mrd. Euro an dem neuen Investitionsprogramm beteiligen. So steht für den KHZF ein Fördervolumen von bis zu 4,3 Mrd. Euro zur Verfügung.

Mit dem KHZG wird das am 3.6.2020 beschlossene Konjunkturpaket zur Stärkung der Krankenhäuser („Zukunftsprogramm Krankenhäuser") umgesetzt. Welche Krankenhäuser Fördermittel bewilligt bekommen, wird von den Bundesländern entschieden. Ab dem 1.1.2021 sollen die ersten Gelder ausgezahlt werden.

Die Finanzierung von Investitionen im Krankenhausbereich ist nach dem Prinzip der dualen Krankenhausfinanzierung grundsätzlich Aufgabe der Länder. Aufgrund der rückläufigen Investitionen der Länder in die digitale Infrastruktur und die moderne technische Ausstattung der Krankenhäuser sah sich der Bund jedoch in der Pflicht, dringend erforderliche Veränderungen in diesem Bereich mit dem KHZF voranzutreiben.

Mit dem niedrigen Finanzierungsanteil der Länder bzw. der Krankenhausträger soll ein zusätzlicher Anreiz geschaffen werden, sich tatsächlich an entsprechenden Maßnahmen zu beteiligen.

Zentrale Inhalte des KHZG

Schwerpunktmäßig hat das KHZG zum Ziel, die digitale Infrastruktur und die moderne Notfallversorgung zu verbessern. Weitere Neuerungen betreffen die finanzielle Unterstützung der Krankenhäuser für die zukünftige Bewältigung der COVID-19-Pandemie.

Unterstützt werden insb. notwendige Investitionen in „die technische und insb. die informationstechnische Ausstattung der Notaufnahmen" sowie in „die digitale Infrastruktur zur Förderung der internen, innersektoralen und sektorenübergreifenden Versorgung von Patientinnen und Patienten". Zu letzterem zählt insb. die Förderung

- der Ablauforganisation,
- der Kommunikation,
- der Telemedizin,
- der Robotik,
- der Hightechmedizin und
- der elektronischen Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen.

Verankert sind diese Neuerungen in § 14a KHG. Was förderungsfähige Vorhaben sind, wird in § 19 KHG konkret - allerdings nicht abschließend - aufgelistet. Festzuhalten ist, dass Digitalisierungsvorhaben rund um den Krankenhausaufenthalt eines Patienten für die Bewilligung eines Förderantrags im Vordergrund stehen.

Auch im Hinblick auf die finanzielle Bewältigung der COVID-19-Pandemie sieht das KHZG Neuerungen vor. Es ist davon auszugehen, dass Krankenhäuser bis Ende dieses Jahres und über das Jahr 2020 hinaus ihren vollen Regelbetrieb nicht wieder aufnehmen können und auf weitere finanzielle Unterstützung angewiesen sind. Für die Mehrkosten, die infolge der Behandlung von COVID-19-Patienten entstehen, die zwischen dem 1.10.2020 und dem 31.12.2021 aufgenommen werden, können nunmehr krankenhausindividuelle Zuschläge vereinbart werden. Vergangene Evaluierungen haben gezeigt, dass die finanziellen Folgen der COVID-19-Pandemie von Krankenhaus zu Krankenhaus unterschiedlich ausfallen, weshalb das KHZG die Vergabe der finanziellen Mittel stärker an den krankenhausindividuellen Bedarf ausrichtet. Für Corona-bedingte Mehrkosten, wie die Beschaffung von persönlicher Schutzausrüstung, sollen ebenfalls krankenhausindividuelle Zuschläge vereinbart werden.

Evaluation für mehr Klarheit

Die Förderung des KHZF soll zum 30.6.2021 und zum 30.6.2023 evaluiert werden, um den digitalen Fortschritt bei den Krankenhäusern feststellen und bewerten zu können. Ermittelt werden soll ferner, inwieweit die Förderung Anreize für die übrigen Krankenhäuser geschaffen hat, sich an dem Investitionsprogramm zu beteiligen.

Ausblick

Die COVID-19-Pandemie hat bereits zu Beginn des Ausbruchs erkennen lassen, wie wichtig ein leistungsfähiges Gesundheitswesen ist. Dazu zählt auch die Ausstattung eines Krankenhauses auf einem aktuellen digitalen sowie technischen Stand. Das KHZG bietet eine Chance, den Krankenhäusern zügig finanzielle Mittel zukommen zulassen, um akuten Rückständen in diesem Bereich effektiv zu begegnen und in der noch andauernden Krisenlage, aber auch für den Normalbetrieb, gut aufgestellt zu sein.

Vermittler von ausländischen Pflegekräften für Privathaushalte unter Druck – Neue Kundschaft für stationäre Pflegeheimbetreiber?

Eine arbeitsgerichtliche Entscheidung des Landesarbeitsgericht (LArbG) Berlin-Brandenburg und eine sozialgerichtliche Entscheidung des Sozialgerichts (SG) Stuttgart bringen Vermittlungsagenturen von ausländischen Pflegekräften für Privathaushalte in rechtlich schwieriges Fahrwasser. Die gerichtlichen Einschätzungen zur Arbeitszeit von häuslichen 24-Stunden-Pflegekräften und zur Einstufung von Vermittlern als Arbeitgeber könnten dazu führen, dass stationäre Pflegeheimbetreiber bald neue Kundschaft begrüßen dürfen.

LArbG Berlin-Brandenburg zur Vergütung von häuslicher 24-Stunden-Pflege

So hatte das LArbG Berlin-Brandenburg mit Urteil vom 17.8.2020 (Az. 21 Sa 1900/19) entschieden, dass bei einem Vertrag über eine häusliche 24-Stunden-Pflege die Arbeitszeit der Pflegekraft vertraglich nicht auf 30 Wochenstunden begrenzt werden kann.

In seiner Begründung ging das Gericht davon aus, dass für die umfassende Betreuung mit Körperpflege, Hilfe beim Essen, Führung des Haushalts und Gesellschaftleisten für eine 96 Jahre alte Dame die Begrenzung der Arbeitstätigkeit auf 30 Stunden die Woche treuwidrig ist. Das sei insb. dann anzunehmen, wenn die Pflegekraft zur Erfüllung ihrer Vertragspflichten verpflichtet ist, bei der Pflegebedürftigen zu wohnen. Der betroffenen bulgarischen Pflegekraft sprach das LArbG Berlin-Brandenburg im Rahmen seines Urteils daher den Mindestlohn für 21 Stunden pro Tag zu. Die restlichen 75 Arbeitsstunden pro Woche habe der Arbeitgeber mit dem Mindestlohn zu vergüten, da er nicht gewährleistet habe, dass die bulgarische Pflegekraft lediglich die vertraglich vereinbarten 30 Wochenstunden gearbeitet hat.

SG Stuttgart: Abhängige Beschäftigung von aus Rumänien angeworbenen Betreuungskräften

Ein weiteres Urteil, das das Modell von Vermittlungsagenturen von ausländischen Pflegekräften für Privathaushalte ins Wanken bringen könnte, ist die Entscheidung des SG Stuttgart vom 20.2.2020 (Az. S 20 R 1628/15). In diesem Fall hatte das Gericht entschieden, dass Betreuungskräfte aus Rumänien, die durch eine Personalvermittlungsagentur an deutsche Haushalte vermittelt werden, bei dieser abhängig und damit sozialversicherungspflichtig beschäftig sein können.

Im Streitfall warb die gegen die Rentenversicherung klagende Personalvermittlungsagentur in Lokalzeitungen damit, rumänische Betreuungskräfte für die Pflege alter oder kranker Menschen zu vermitteln. Meldeten sich Interessenten auf diese Anzeige, schloss die Personalvermittlungsagentur in einem weiteren Schritt mit dem zu Betreuenden einen Vertrag, der als „Personalvermittlungsvertrag über die Erbringung häuslicher Betreuung" bezeichnet wurde, ab. Die Betreuungskraft selbst trat dagegen in kein direktes Vertragsverhältnis zu der Personalvermittlungsagentur.

Dennoch wurde die Tätigkeit der Betreuungskraft maßgeblich durch die vertraglichen Regelungen des Personalvermittlungsvertrages bestimmt, da Art, Inhalt, Ausmaß, Zeit und Ort der zu erbringenden Leistung dort vorgegeben wurde. Die Betreuungskraft konnte selbst keinen Einfluss auf ihre Tätigkeit zu dem Betreuten nehmen und es fand auch keine individuelle Absprache über den wesentlichen Inhalt ihrer Tätigkeit statt. So legte bspw. die Personalvermittlungsagentur sowohl die Vertragslaufzeit als auch die Höhe des Monatslohns für die Betreuungskraft fest. Auch konnte die Personalvermittlungsagentur einseitig verbindliche Regelungen gegenüber der Betreuungskraft treffen, um sie zur Einhaltung ihrer vertraglichen Pflichten gegenüber dem zu Betreuenden anzuhalten.

In seinen Entscheidungsgründen führte das SG Stuttgart aus, dass diese Umstände auf eine Drittwirkung des Personalvermittlungsvertrages hinwiesen und letztlich auch ein Vertragsverhältnis zwischen der Personalvermittlungsagentur und der Betreuungskraft entstanden wäre, welches im Rahmen der mündlichen Kontaktaufnahme mit der Betreuungskraft umrissen und dann während der Vertragsabwicklung konkretisiert wurde.

Da die Tätigkeit der Betreuungskraft darüber hinaus wesentlich durch die Vertragsbestimmungen aus dem Personalvermittlungsvertrag festgeschrieben war, sah das SG Stuttgart hierin eine persönliche Abhängigkeit der Betreuungskraft zu der Agentur. Denn charakteristisches Merkmal für eine abhängige Beschäftigung ist die Weisungsgebundenheit sowie die Fremdbestimmtheit der Tätigkeit einer Person.

Das SG Stuttgart entschied daher, dass die Betreuungskräfte bei der Personalvermittlungsagentur abhängig beschäftigt waren und die Nachforderung der Sozialversicherungsbeiträge in beträchtlicher Höhe damit rechtmäßig war.

Ausblick

Ob die Entscheidung des LArbG Berlin-Brandenburg, das die Revision zum Bundesarbeitsgericht (BAG) zugelassen hat, beim obersten Arbeitsgericht halten wird, bleibt abzuwarten. Sollte das BAG die rechtliche Einschätzung der Vorinstanz teilen, könnten hohe Rückforderungsansprüche gegen die Arbeitgeber von häuslichen 24-Stunden-Pflegekräften zukommen. Ebenso wird die deutsche Rentenversicherung Forderungen gegen die Vermittler von ausländischen Betreuungskräften geltend machen, wenn im Einzelfall festgestellt wird, dass die tatsächliche Ausgestaltung der Betreuungsleistungen der ausländischen Pflegekraft für eine abhängige Beschäftigung spricht.

Umsatzsteuerrückerstattung an Krankenkassen in Zytostatika-Fällen nur in Bezug auf Herstellerpauschale

Das Sozialgericht (SG) Speyer hat mit Urteil vom 15.12.2019 (Az. S 17 KR 689/16) in einem sog. Zytostatika-Fall die Ansprüche der Krankenkasse auf Rückerstattung der Umsatzsteuer auf patientenindividuell hergestellte Arzneimittel – mit Ausnahme der Rückerstattung der Umsatzsteuer auf die Herstellungspauschale – vollständig abgelehnt.

Das Gericht hatte in dem Verfahren über folgende Umsatzsteuerregelung einer Arzneimittelpreisvereinbarung gemäß § 129a SGB V (AMPV) zu urteilen:

„§ 6 Abs. 6
Den Preisen für die Arzneimittel und den Arbeitspreisen nach diesem Vertrag ist die Mehrwertsteuer hinzuzufügen, soweit sich aus den Vorschriften zur Preisberechnung nichts anderes ergibt oder nichts anderes vereinbart ist".

Nach Ansicht des SG Speyer handelt es sich bei dieser Klausel um eine Bruttopreisvereinbarung, da die von der Rechtsprechung geforderte ausdrückliche Vereinbarung eines „Nettopreises" in dieser Regelung fehlte. Diese Bruttopreisvereinbarung müsse jedoch vertragsergänzend ausgelegt werden, da die Vertragsparteien der AMPV nicht geregelt hatten, was bei einer nachträglich festgestellten Umsatzsteuerfreiheit von ambulant abgegebenen patientenindividuell hergestellten Arzneimitteln gelten sollte.

Im Rahmen dieser Vertragsauslegung hätten die Parteien – wenn sie von der möglichen Umsatzsteuerfreiheit gewusst hätten – nach Ansicht des Gerichts, den nach der AMPV ermittelten Preisen die nach dem Apothekeneinkaufspreis (AEK) gemäß ABDA-Artikelstamm/Lauer-Taxe zu berechnende Vorsteuer hinzugesetzt. Im Übrigen hätten sie aber eine Umsatzsteuer auf die Herstellerpauschale bzw. die Arzneimittelzubereitung als solche nicht vereinbart.

Bei der Berechnung des geforderten Rückerstattungsbetrags der Krankenkasse (d. h. Umsatzsteuer abzgl. Vorsteuer) sei zudem auf die Vorsteuer des Apothekeneinkaufspreises gemäß ABDA-Artikelstamm/Lauer-Taxe abzustellen und nicht auf die konkret aufgewandte Vorsteuer, die vom Krankenhausträger beim Finanzamt geltend gemacht wurde. Denn der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Verbandsebene würde es nach Ansicht des SG Speyer nicht entsprechen, wenn die vorgegebene Preisberechnung im AMPV im Wege des Durchgriffs auf die einzelnen Abrechnungsmodi der an den Vertrag gebundenen Krankenhausträger/Krankenkassen durchbrochen würde. Es hinge nun von den Zufälligkeiten der konkreten Abrechnungsmodalitäten ab, ob die anzuwendenden Regeln dem zwischen den Vertragsparteien auf Verbandsebene vereinbarten Interessenausgleich entsprechen oder ob es zu einer einseitigen Benachteiligung eines der dann betroffenen Beteiligten (Krankenhausträger oder Krankenkasse) kommt.

Im Ergebnis konnte die Krankenkasse lediglich die Rückerstattung der entrichteten Umsatzsteuer auf die Herstellerpauschalen verlangen, ihr weitergehender Erstattungsanspruch blieb erfolglos.

Hinweis: Das Urteil des SG ist für Krankenhäuser im Rahmen der noch laufenden Vergleichsverhandlungen ein Segen und sollte bei entsprechenden Vertragsklauseln in die Verhandlungen eingebracht werden.

Ebenso ist der Vorsteuerermittlung des SG Speyer zuzustimmen, da die Preisregelungen in den Verträgen nach § 129a SGB V eine Berechnungsmethodik beschreiben, in deren Rahmen auf den (Netto)Apothekeneinkaufspreis gemäß ABDA-Artikelstamm/Lauer-Taxe abgestellt wird, dem – so die vereinbarte Berechnungsmethodik – die Umsatzsteuer hinzuzufügen ist. Der Apothekeneinkaufspreis nach Lauer-Taxe ist ein fiktiver Nettoeinkaufspreis – er enthält also keine Umsatzsteuer. Der Krankenhäuserträger entrichtet beim Einkauf jedoch einen realen Bruttopreis, zahlt also Umsatzsteuer. Der in den Verträgen nach § 129a SGB V vereinbarte Aufschlag hat folglich nichts damit zu tun, ob der Verkaufspreis der patientenindividuellen hergestellten Arzneimittel umsatzsteuerbar ist, sondern soll alleine die beim Einkauf der für die Zubereitung verwendeten Arzneimittel entrichtete Umsatzsteuer kompensieren (Wallhäuser, FD-MedizinR 2020, 426021).

Leistungsdichtefaktor operativer Fachabteilungen (LDF-OPF) – Eine neue Kennzahl für den OP

Ein Team um Prof. Dr. med. Patrick Friederich (Chefarzt Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Schmerztherapie, München Klinik Bogenhausen) hat eine neue Kennzahl für den Bereich der operativen Medizin definiert, den sogenannten Leistungsdichtefaktor operativer Fachabteilungen (LDF-OPF).

Der LDF-OPF soll der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Behandlungsqualität innerhalb der operativen Medizin dienen, im Vergleich zu den klassischen OP-Kennzahlen jedoch ein effizienteres Werkzeug darstellen und das Leistungsgeschehen im OP vollständiger abbilden.

Die Fachgesellschaften der Anästhesiologen und Chirurgen in Deutschland berücksichtigen bei der Herleitung der klassischen OP-Kennzahlen unter anderem die Anzahl der durchgeführten Operationen, die Auslastung des OP-Saals sowie den täglichen OP-Beginn und die durchschnittliche Wechseldauer zwischen zwei Operationen. Diese Kennzahlen dienen üblicherweise auch der ersten wirtschaftlichen Beurteilung von Prozessen und der Organisation im OP.

Bei der Kalkulation des LDF-OPF fließen neben der Fallzahl aller in einem definierten Zeitraum operativ behandelter Patienten die entsprechenden Casemix-Punkte und die durchschnittliche Fallschwere, weitere Einflussfaktoren zur besseren Beurteilung der operativen Gesamtleistung ein, wie die durchschnittliche OP-Dauer und die durchschnittliche Verweildauer der Patienten.

Hohe Relativgewichte, kurze Schnitt-Naht-Zeiten und kurze Verweildauern gehen mit einer hohen Leistungsdichte einher. Dagegen drücken sich niedrige Relativgewichte, lange Schnitt-Naht-Zeiten und lange Verweildauern in einem geringeren Leistungsdichtefaktor aus.

$$\text{LDF-OPF} = \left[\left(\frac{\text{CMP}}{\text{Fallzahl}}\right) / \text{øSNZ}\right] / \text{øVWD}$$

CMP = Casemix-Punkte
SNZ = Schnitt-Naht-Zeit
VWD = Verweildauer

Die relevanten Einflussgrößen, die durchschnittliche Schnitt-Naht-Zeit und die durchschnittliche Verweildauer unterliegen der Steuerungsmöglichkeit der jeweiligen Fachabteilung. Externe Einflüsse sowie Einflüsse, die nicht dem Zugriff der Fachabteilungen unterliegen, werden weitestgehend eliminiert. Dementsprechend liegt die Gestaltungshoheit primär bei den jeweiligen operierenden Fachabteilungen selbst. Im Hinblick auf Prozess-Reorganisation und Optimierung sind diese Kennzahlen weiter von hoher Bedeutung. Bspw. wirken sich eine Verkürzung der OP-Dauer bei konstanter oder zunehmender Fallschwere oder eine Reduzierung der Verweildauer unmittelbar positiv auf den Leistungsdichtefaktor aus. Auf diese Weise kann mit Hilfe des LDF-OPF die Leistungsentwicklung einzelner Fachabteilungen bestimmt und perspektivisch Fachabteilungen miteinander verglichen werden. Darüber hinaus gewährt der Leistungsdichtefaktor, unter Einbehaltung einer standardisierten Datenbasis, ebenfalls die Möglichkeit einer objektiven Vergleichbarkeit der Leistungs- und Effizienzentwicklung zwischen Krankenhäusern einer Versorgungsstufe.

Die räumliche Zuordnung und damit die Anzahl der zur Verfügung stehenden OP-Säle besitzt für die Ermittlung des LDF-OPF keine Relevanz. Vielmehr ist entscheidend, welche Leistung für einen Patienten in welcher Zeiteinheit realisiert wird. Die Verteilung der Leistung auf einen oder mehrere Säle ist dabei unerheblich. Außerdem eliminiert der Leistungsdichtefaktor den Bias zugunsten langer Operationen mit hohen Relativgewichten. Fachabteilungen, deren Operationen von kürzerer Dauer sind, weisen ein ungünstigeres Verhältnis zwischen Schnitt-Naht-Zeit und Wechselzeit auf. Aus diesem Grunde sind diese Fachabteilungen durch eine niedrigere Auslastung der OP-Säle gekennzeichnet. Durch die Berücksichtigung der Schnitt-Naht-Zeit in Kombination mit der Verweildauer kann dieser Effekt jedoch kompensiert werden.

Aufgrund der Vernachlässigung der Wechselzeiten zwischen Operationen werden auch unzureichende Leistungsprozesse Dritter (z. B. Aufwachraum, Anästhesie, Transport, Reinigung etc.) bei der Berechnung des Leistungsdichtefaktors eliminiert. Ferner wird dem Umstand gesundheitspolitischer Vorgaben oder der Neukalkulationen des InEK Rechnung getragen, da die Herleitung anhand der Casemix-Punkte erfolgt, die in bisherigen Analyseansätzen kaum Berücksichtigung findet.

Die Etablierung dieser neuen OP-Kennzahl soll nach Vorstellung des Teams von Prof. Dr. med. Patrick Friederich einen erheblichen Mehrwert für das Aufzeigen von defizitären Abläufen und der Beurteilung von Maßnahmen zur Prozessoptimierung liefern.

Hingegen wirft die Etablierung einer neuen OP-Kennzahl erneut die Frage nach der kontrovers diskutierten Debatte um die Anzahl überflüssiger operativer Eingriffe auf. Nach einer Studie der Bertelsmann Stiftung aus dem Jahr 2019 wird in Deutschland zu häufig unnötig operiert und diagnostiziert. Die Gründe für diese Art der Überversorgung haben vielfältige Ursachen. Neben Planungs-, Vergütungs- und Steuerungsdefiziten im Gesundheitssystem, die als Treiber des Problems gelten, spielen die Erwartungen und Einstellungen von Patienten und Ärzten eine große Rolle. Hierbei ist der qualitätsorientierte Vergütungsansatz zu diskutieren.

Darauf Bezug nehmend lässt sich anführen, dass der Leistungsdichtefaktor, in Abgrenzung zu den klassischen OP-Kennzahlen, keine überwiegende Fokussierung auf OP-Saalbezogene Prozess- und Mengenanalytik legt, sondern ebenfalls qualitative Aspekte der Patientenversorgung berücksichtigt. Denn operative Fachabteilungen sind in der Lage, ihre Leistungsfähigkeit über den gesamten Versorgungsprozess unabhängig von externen Störgrößen zu bestimmen und zu steuern. Überdies wird eine Diskussion bezüglich einer angemessene Ressourcenallokation durch die Ermittlung der LDF-OPF je Fachabteilung überhaupt erst möglich.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Leistungsdichtefaktor für operative Fachabteilungen durchaus ein gewisses Potenzial bietet, zu einer prozessualen Optimierung und somit zu einer effizienteren Patientenversorgung im Sinne des SGB V beizutragen und perspektivisch objektivierte Vergleiche zu realisieren.

Effizienzkennzahlen im Benchmark – Personal- und Materialaufwandsquote

Die Ertragslage vieler deutscher Krankenhäuser hat sich in den letzten Jahren negativ entwickelt. Nicht zuletzt auch aufgrund der COVID-19-Pandemie, die zu einer Verschärfung der ohnehin schon angespannten wirtschaftlichen Situation in vielen deutschen Kliniken geführt hat, schreiben Krankenhäuser zunehmend tiefrote Zahlen. Wesentliche Aufwandsfaktoren in der Gewinn- und Verlustrechnung aller Krankenhäuser sind dabei insb. der Personal- und Materialeinsatz. Vor diesem Hintergrund stellt die bedarfsgerechte Erhebung und Aufbereitung von Daten dieser beiden wesentlichen Aufwandspositionen einen zentralen Bestandteil von Informationssystemen eines jeden Krankenhauses dar. Kennzahlen, die aus Branchensicht von herausragendem Interesse sind, stellen u. a. die Personal- und Materialaufwandsquote dar. Sie helfen bei der Beurteilung, ob im Unternehmen im Branchenvergleich ein adäquater Ressourceneinsatz aus personeller und materieller Sicht gegeben ist und können Entscheidungsträgern das Vorliegen von Optimierungspotenzialen in den Bereichen Produktivität und Ressourceneinsatz anzeigen.

Die Material- und Personalaufwandsquote setzt den in der Gewinn- und Verlustrechnung ausgewiesenen Materialaufwand bzw. Personalaufwand ins Verhältnis zur Gesamtleistung. Diese Kennzahlen beantworten damit die Frage, wieviel Cent von einem Euro Gesamtleistung auf die jeweilige Aufwandsposition aufgewendet wurde. Je mehr ein Unternehmen für den Material- und Personaleinsatz im Verhältnis zur Gesamtleistung aufwenden muss, desto weniger Spielraum bleibt zur Deckung der weiteren betrieblichen Kosten sowie gegebenenfalls zur Kompensation von nicht vollständig über Fördermittel finanzierten Investitionen übrig. Insofern beeinflussen die Quoten unmittelbar das Betriebsergebnis und die Rentabilität. Die Material- und Personalaufwandsquote geben damit einen Einblick in die Wirtschaftlichkeit der Geschäftstätigkeit eines Krankenhauses. Um negative Entwicklungen rechtzeitig zu erkennen, sollten Entscheidungsträger die Entwicklung der Quoten regelmäßig überprüfen und die Ursachen für Abweichungen hinterfragen. Außerdem sollte ein Benchmark-Vergleich durchgeführt werden.

Anhand der jährlich im Bundesanzeiger veröffentlichten Jahresabschlüsse haben wir basierend auf der Auswertung von rund 300 Krankenhäusern dazu ein Benchmarking durchgeführt. Wir stellen dabei, um den strukturellen Unterschied der einzelnen Häuser zu berücksichtigen, generell auf den Median ab. Ein Großteil der ausgewerteten Krankenhäuser (77 %) hat dabei insgesamt eine Produktivaufwandsquote (Summe aus der Material- und Personalaufwandsquote) von mindestens 80 % (siehe Abb. 1).

Bei der Auswertung der Daten nach der jeweiligen Trägerschaft der Krankenhäuser ergeben sich folgende Ergebnisse (siehe Abb. 2): Wie zu erwarten, weisen die Krankenhäuser in privater Trägerschaft mit 55,0 % die geringste Personalaufwandsquote auf. Merklich darüber befinden sich die Personalaufwandsquoten der Krankenhäuser in frei-gemeinnütziger Trägerschaft (59,2 %) und in öffentlicher Trägerschaft (60,0 %). Der Unterschied ist primär darauf zurückzuführen, dass Krankenhäuser der öffentlichen Hand im Gegensatz zu Krankenhäusern in privater Trägerschaft keine Gewinnerzielungsabsicht ver-

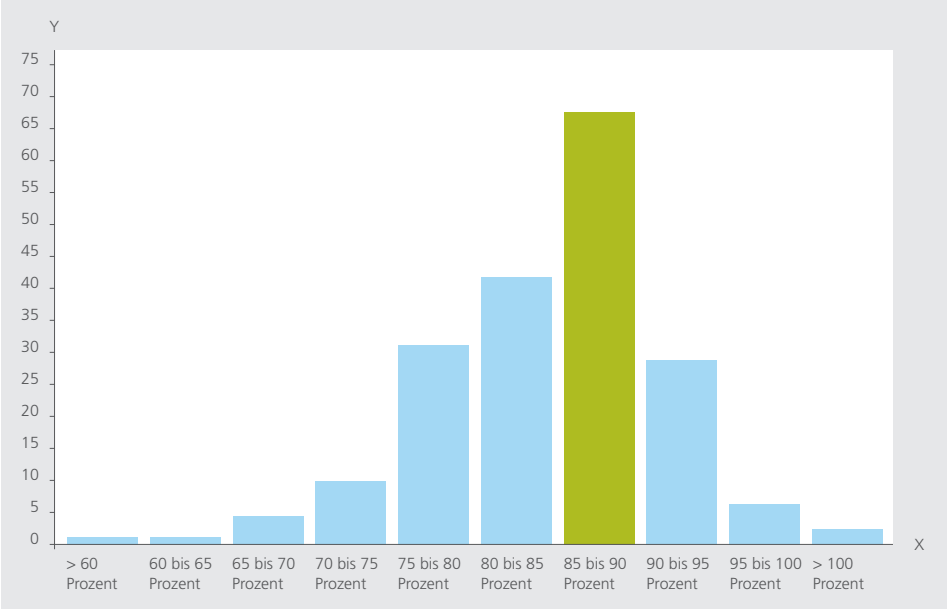


Abb. 1: Produktivaufwandsquote

folgen und infolgedessen mit einem geringen Kostensenkungsdruck arbeiten. So ist etwa zu berücksichtigen, dass öffentliche Krankenhäuser mit 4,0 Vollzeitkräften je 1.000 Behandlungsfällen mehr Personal einsetzen als privat und frei-gemeinnützig geführte Krankenhäuser (jeweils 3,8 Vollzeitkräfte). Gleichwohl ist zu bedenken, dass eine niedrigere Personaldecke auch bedeutet, dass es hier leicht zu Engpässen kommen kann und der Druck auf Ärzte und Pflegekräfte steigt, alle Patienten adäquat zu versorgen.

Betrachtet man die Materialaufwandsquoten, so ist zunächst festzustellen, dass die Krankenhäuser unabhängig von ihrer Trägerschaft nur marginal in der Materialaufwandsquote voneinander abweichen (private 26,1 %; freigemeinnützige 26,1 %; öffentliche 26,4 %). Der Branchenmedian liegt damit auch insgesamt leicht über 26 %. Dies zeigt, dass Krankenhäuser unterschiedlicher Trägerschaften bezüglich des Kostenmanagements im Materialbereich auf einem vergleichbar hohen Niveau operieren und im Durchschnitt insgesamt weitere Optimierungspotentiale im Materialbereich eher nicht zu erwarten sind. Die branchenweit stabile Materialaufwandsquote ist ebenfalls ein Indiz dafür, dass Preisschwankungen im Rahmen der Materialbeschaffung innerhalb der verschiedenen Trägerschaften keine bedeutende Rolle einnehmen und die Konditionen, zu denen bezogen wird, vergleichbar sind.

Bei der Analyse der Personal- und Materialaufwandsquote ist dabei allerdings der Outsourcinggrad des Krankenhauses zu berücksichtigen. Nicht in den Personalaufwendungen enthalten sind Aufwendungen für Leiharbeitnehmer. Die Auslagerung bisher selbst erledigter Arbeiten schlägt sich in der Position „bezogene Leistungen" nieder und spiegelt sich in höheren Materialaufwendungen und geringeren Personalaufwendungen wider. Vor diesem Hintergrund ist anzumerken, dass der Outsourcinggrad bei den Häusern in privater Trägerschaft regelmäßig höher ist als bei Häusern in frei-gemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft. Der Umstand, dass Krankenhäuser in privater Trägerschaft trotz des regelmäßig durch höhere Aufwendungen aus „bezogene Leistungen" belasteten Materialaufwandes, auch bezüglich der Materialaufwandsquote besser abschneiden, weist darauf hin, dass es den Häusern in privater Trägerschaft auch im Materialbereich gelingt, effizienter zu wirtschaften.

Es zeigt sich auch in der Gesamtschau der aufsummierten Personal- und Materialaufwandsquoten eine geringere Aufwandsquote bei Krankenhäusern in privater Trägerschaft im Vergleich zu Krankenhäusern in frei-gemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft. (siehe Abb. 2).

Die vorangegangenen Ausführungen zeigen, dass Produktivaufwandsquoten von Krankenhäusern sich insb. in Abhängigkeit von ihrer jeweiligen Trägerschaft unterscheiden. Während private Kliniken durch ihre Gewinnmaximierungsabsicht Prozesse und Kostenmanagement optimieren, deutet sich an, dass öffentliche und frei-gemeinnützige Krankenhäuser regelmäßig hohe Verbesserungspotenziale liegen lassen, die sich insb. im Personaleinsatz verbergen. Gerne geben wir Ihnen im Rahmen eines Branchenvergleichs mithilfe unserer umfassenden Ebner Stolz-Benchmarkdatenbank wichtige Impulse bezüglich Ihrer Produktivquote. Darüber hinaus unterstützen wir Sie gerne bei Bedarf bei der konkreten Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen mit unserer fachlichen und branchenspezifischen Expertise im Bereich der Prozessausgestaltung sowie des Kostenmanagements.

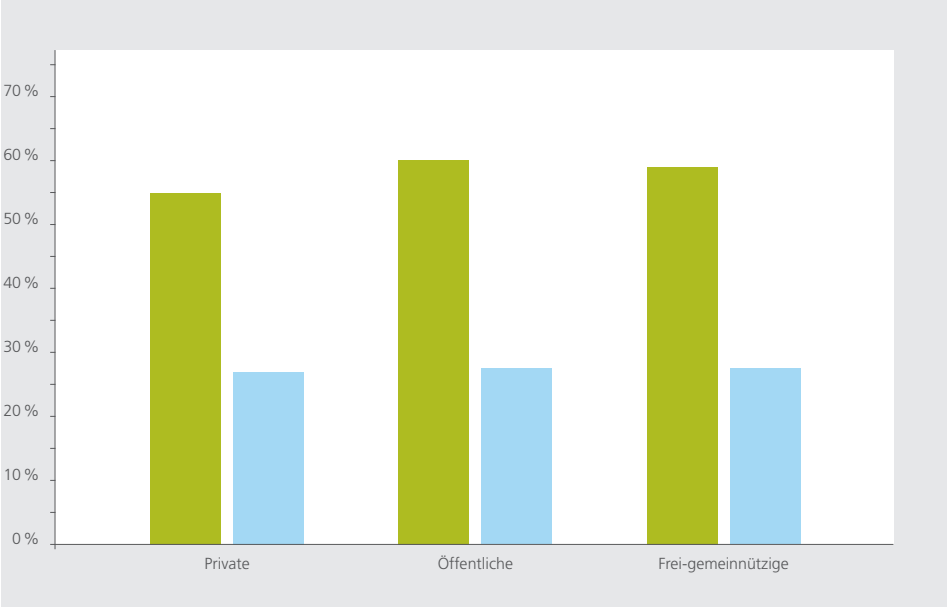


Abb. 2: Personal- und Materialaufwandsquote Personalaufwandsquote Materialaufwandsquote

SAP S/4 HANA – Transformation auf die neueste Generation des ERP-Systems als Basis für die Digitalisierung im Gesundheitswesen

Zunächst wollte die SAP SE die Business Suite 7 (inkl. ERP 6.0) nur noch bis 2025 unterstützen. Spätestens seit Anfang des Jahres ist klar, dass die Unterstützung nun bis 2027 erfolgt. Dies ist trügerisches Datum, denn es befinden sich bereits jetzt zentrale neue Innovationen ausschließlich auf der neuen SAP S/4 HANA-Umgebung – und diese werden auch künftig nur noch dort weiterentwickelt. Deshalb bleibt eine Veränderung der IT-Landschaft unumgänglich. SAP-Kunden müssen frühzeitig ihr System migrieren oder können dabei gleich die ganze ERP-Lösung ergebnisoffen auf den Prüfstand stellen.

Dieser erzwungene Wechsel bietet die Chance, wesentliche Grundlagen für eine nachhaltige und durchgängige Digitalisierung im Gesundheitswesen zu schaffen, in dem jetzt Stammdaten und Prozesse bereinigt werden. Das Datenvolumen und die Datenverarbeitung in Unternehmen steigen kontinuierlich ebenso wie der Austausch dieser Daten mit einer steigenden Anzahl von Systemen und Teilnehmern. Häufig fehlt jedoch die Gelegenheit, veraltete Datenstrukturen und nicht mehr zeitgemäße Prozesse zu modernisieren.

SAP S/4 HANA

SAP S/4 HANA stellt die vierte Generation der Anwendungssuite von SAP dar und ist der Nachfolger von SAP R/3. Es handelt sich jedoch nicht um ein einfaches Software-Update, sondern um die Einführung einer völlig neuen Technologie, die vergleichbar mit einer Umstellung von R/2 (Großrechnerwelt) zu R/3 (PC) ist.

SAP S/4 HANA unterstützt Prozesse durchgängig und vermeidet Medien- bzw. Systembrüche. Der Wechsel etwa in ein Business Warehouse, um einen Bericht zu erstellen, oder manuelle Schritte, außerhalb von SAP, sind nicht mehr erforderlich. Für den Anwender gibt es eine neue benutzerfreundlichere Oberfläche und auch prozessuale Vereinfachungen, da es künftig für eine Geschäftsanforderung nur noch genau eine Lösung geben soll. In der Vergangenheit standen innerhalb vom SAP ERP mehrere Transaktionen für einen betriebswirtschaftlichen Prozess zur Verfügung. Diese Veränderung bedingt auch eine stärkere Abgrenzung von Modulen und Entfernung von Redundanzen.

Im Bereich Healthcare hat SAP vergangenes Jahr mit SAP S/4 HANA Cloud für die Patientenabrechnung und SAP Patient Administration zwei Produkte auf dem Markt gebracht, die die Bedürfnisse von Gesundheitsdienstleistern mit flexiblen und erweiterbaren Cloud-Services und die intelligenten Technologien unterstützten, um strukturelle und technologische Barrieren im Gesundheitswesen abzubauen.

Mit Hilfe künstlicher Intelligenz automatisiert SAP S/4 HANA Cloud for Patient Accounting die Patientenabrechnung, die Zahlungsabwicklung und die Analyse von Fallkosten. Die Abrechner können mithilfe von Regelwerken und -prüfungen genauere Rechnungen erstellen und Abrechnungsfälle nach geschäftlicher Relevanz einteilen. Ziel ist es, den Verwaltungsaufwand zu verringern, die Kostenerstattung zu beschleunigen sowie die Gesamtkosten zu senken.

SAP Patient Administration ermöglicht eine Optimierung der Terminvergabe und Patientenaufnahme und verbessert so die Patientenerfahrung. Patienten können sich vorab online anmelden und Formulare für die Patientenaufnahme ausfüllen um Wartezeiten zu verringern und Verwaltungsaufwand durch die digitale Erfassung zu reduzieren. Hierdurch können Leistungen schneller bearbeitet und Entscheidungen über Ansprüche und die Kostenerstattung getroffen werden.

Die HANA Datenbank implementiert die In-Memory-Technologie, die sämtliche Daten im Arbeitsspeicher hält. Dies ermöglicht eine wesentlich höhere Zugriffsgeschwindigkeit auf Datensätze, was besonders bei der Analyse von großen Datensätzen, Stichwort „Big Data", von großem Vorteil ist.

Vertraulichkeit und Datensicherheit haben insb. im Gesundheitswesen oberste Priorität. Der Wechsel zu SAP S/4 HANA erfordert keinen Wechsel in die Cloud. Das System kann weiterhin im eigenen Rechenzentrum sowie in einer „private Cloud" oder einer „public Cloud" betrieben werden. Die Cloudbetreiber sichern in der Regel ein sehr hohes Schutzniveau gemäß aktueller gängiger Standards zu.

Chancen und Möglichkeiten

Durch eine betriebswirtschaftliche Standardisierung mit einheitlichen Datenstrukturen und Werteflüssen über alle Bereiche des Gesundheitswesens werden die technischen (Grund-)Voraussetzungen der Digitalisierung geschaffen. Es entsteht eine einheitliche Datenbasis bzw. „single source of truth", auf deren Grundlage u. a. (Big Data) Echtzeitanalysen, Self-Service-Reporting sowie auch Prozessautomatisierung (RPA / Software Bots / KI) ermöglicht werden. Diese ermöglichen eine aktuellere, besser informierte und spezifischere Unternehmens- und Prozesssteuerung.

Roadmap

SAP wird die Mainstream-Wartung für die aktuelle Version der Business Suite bis Ende 2027 bereitstellen. Anschließend wird es keine Updates für z. B. gesetzliche Anforderungen oder Fehlerbehebungen mehr geben, sofern keine kostenpflichtige Support-Verlängerung erworben wird. Diese ist nach aktueller Planung nur bis 2030 verfügbar.

Beide Zeitpunkte liegen zwar noch weit in der Zukunft. Die Umstellung auf SAP S/4 HANA ist jedoch kein Systemupdate, sondern vergleichbar mit einem langlaufenden Projekt zur Einführung eines komplett neuen Systems.

Derzeit können die Datengrundlagen und Prozessdefinitionen noch ohne Zeitdruck erarbeitet werden, bis das eigentliche langlaufende Migrations- bzw. Transformationsprojekt beginnt. Die Wahrnehmung der Umstellung als Transformationsprojekt ist weitaus passender als ein Migrationsprojekt, insb. wenn das Potenzial des Systems gehoben werden soll.

Transformationsszenarien auf S/4 HANA

SAP S/4 HANA ist zwar ein gänzlich neues Produkt – es stellt im Kern jedoch den Funktionsumfang von SAP ERP bereit und beruht auf dessen Datenmodell, wobei es dieses radikal vereinfacht hat. SAP S/4 HANA ist daher kompatibel mit dem klassischen ERP und erzwingt theoretisch keine komplette Neuimplementierung.

Anders als beim Vorgänger SAP ERP ist es jedoch nicht mehr möglich, SAP S/4 mit einer beliebigen Datenbank zu betreiben. SAP S/4 kann nur im Zusammenspiel mit der HANA-Datenbanklösung betrieben werden. Es bieten sich die folgenden Strategien zur Neueinführung an:

Greenfield

Bei diesem Ansatz werden alle Unternehmensprozesse in SAP S/4 HANA neu eingestellt, lediglich die Stamm- und Bewegungsdaten aus dem alten SAP ERP werden migriert. Dieser Ansatz ermöglicht es, komplett „von vorne" zu beginnen, Prozesse zu optimieren und sich von Altlasten zu befreien, über die möglicherweise kein Überblick mehr besteht. Dieser Ansatz ist insb. für Unternehmen interessant, die aufgrund von umfassenden, u. U. unternehmensspezifischen Systemveränderungen nicht mehr Release-fähig sind und ihr System erst aufwändig zum Standard zurückbauen müssten.

Brownfield

Unternehmensprozesse aus dem SAP ERP werden auf SAP S/4 HANA übertragen und an nötigen Stellen angepasst oder weiterentwickelt. Die alte SAP ERP-Benutzeroberfläche (SAP GUI) kann auf Wunsch beibehalten werden oder durch das neue, modernere SAP Fiori Interface ersetzt werden.

Hinweis: Die durch SAP S/4 HANA mögliche Verminderung der Systemkomplexität tritt bei diesem Ansatz meist nicht ein, da ohne ein entsprechendes Vorprojekt viele Altlasten erhalten bleiben könnten.

Ein Brownfield-Ansatz nur in der On Premise-Version von SAP S/4 HANA ist möglich. Dieser Ansatz bietet sich für Unternehmen an, die zurzeit keinen Anpassungsbedarf an ihren Prozessen sehen oder zunächst nur wechseln möchten, um in einem Nachfolgeprojekt das Potenzial des neuen Systems zu heben. Unter Verwendung des SAP GUI sind Schulungsaufwände minimal, da sich für die Mitarbeiter in der Bedienung nur wenig ändert.

Hybrid / sog. Bluefield

Dieser Ansatz vermischt die Green- und Brownfield-Ansätze miteinander. Es wird eine vollständige Kopie der Konfiguration des aktuell bestehenden ERP-Systems erstellt. An diesem werden Anpassungen, Befreiung von Altlasten und Optimierung von Geschäftsprozessen etc., durchgeführt und getestet. Erst dann wird die Konfiguration in SAP S/4 HANA migriert und es werden die Daten nachgezogen.

Hinweis: Welcher Ansatz am sinnvollsten ist, hängt immer von der individuellen Situation des Unternehmens ab; eine Standardlösung existiert hier nicht.

Wir unterstützen Sie auf dem Weg zu SAP S/4 HANA

Die Umstellung auf SAP S/4 HANA bietet viele Chancen - aber auch neue Herausforderungen. Unsere langjährige Erfahrung im Bereich der IT-Prüfung und Beratung im SAP-Umfeld ermöglicht es uns, mit Ihnen Chancen und Herausforderungen bei der Umstellung zu identifizieren und dabei rechtliche Aspekte nicht aus dem Auge zu verlieren.

Projektbegleitende Prüfung auf Basis von IDW PS 850

Bei einem großem IT-Projekt wie der Umstellung auf SAP S/4 HANA liegt der Fokus häufig mehr auf der technischen Implementierung oder der Umstrukturierung der Geschäftsprozesse. Ordnungsmäßigkeits- und Sicherheitsaspekte werden nur nachrangig berücksichtigt. Da die Umstellung auf SAP S/4 HANA auch die Umstellung auf ein neues Rechnungslegungssystem bedeutet, sollten diese Aspekte auf keinen Fall unterschätzt werden. Eine projektbegleitende Prüfung auf Basis des Prüfungsstandards (PS) 850 des IDW („Projektbegleitende Prüfung bei Einsatz von Informationstechnologie") kann dabei helfen, Risiken frühzeitig zu erkennen und diesen gezielt entgegen zu steuern.

Die projektbegleitende Prüfung umfasst die Überprüfung der jeweils im Rahmen des Projekts getroffenen Entscheidungen in Bezug auf die für die Buchführung bestehenden Ordnungsmäßigkeits-, Sicherheits- und Kontrollanforderungen. Auf Wunsch können wir als Co-Projektleiter in der Projektumsetzung unterstützen und sind ein unabhängiger Sparringspartner für das Management, insb. bei einer Projektleitung durch ein Systemhaus.

Die projektbegleitende Prüfung erstreckt sich über die folgenden Phasen, die auch einzeln gewählt werden können:

- Beurteilung des Projektmanagements
- Planungsphase
- Definitionsphase
- Analysephase
- Design- und Customizing-Phase
- Testphase
- Datenmigrationsphase
- Produktivsetzungsphase

Prozess- und Migrationsberatung

Neben den oben angesprochenen technischen Neuerungen von SAP S/4 HANA stellt sich die Frage, wie eine passende Migration aussehen kann und daraus resultierend, in welchem Umfang die neuen Funktionalitäten von SAP S/4 HANA genutzt werden sollen.

Zusammen mit Ihnen analysieren wir die aktuell bestehenden Unternehmensprozesse und identifizieren, inwieweit eine Überarbeitung bzw. komplette Neustrukturierung sinnvoll ist und wie neue Prozesse aussehen können. Anhand dieser Analyse erarbeiten wir mit Ihnen die passende Transformationsstrategie.

Weiterführend unterstützen wir Sie bei der konkreten Planung der Migration mit Schwerpunkt auf der Vollständigkeit und Richtigkeit der zu migrierenden Daten sowie der Einhaltung der regulatorischen Vorgaben.

Beratung bei der Produktauswahl

Die mögliche Umstellung auf SAP S/4 HANA bietet auch die Chance, komplett zu überdenken, inwieweit SAP als ERP-System für Ihr Unternehmen das Richtige ist. Auch hier unterstützen wir Sie gerne bei der Findung der passenden Lösung für Ihr Unternehmen. Weiterführend analysieren wir mit Ihnen bereits bestehende Unternehmensprozesse und arbeiten heraus, wie eine Optimierung durch einen Produktwechsel aussehen kann.

IMPRESSUM

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

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

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

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

Redaktion:
Niko Ballarini, Tel.: +49 711 2049-1387
Sabine Werner, Tel. +49 711 2049-1664
Dr. Ulrike Höreth, Tel. +49 711 2049-1371
gesundheit@ebnerstolz.de

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

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

Fotonachweis:
Alle Bilder: © www.gettyimages.com

A member of Nexia International