

**Grundsatzpapier der  
Deutschen Krankenhausgesellschaft**

**zur**

**aktuellen steuerrechtlichen  
Bewertung von Krankenhausleistungen**

## Einleitung

Bund und Länder haben die rechtlichen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser in den letzten zehn Jahren erheblich verändert. Sowohl die großen gesundheitspolitischen Vorhaben, als auch mehrere Branchengesetze für den Krankenhausbereich haben zu einer grundsätzlichen Veränderung des sozialrechtlichen Konstruktes „Krankenhaus“ geführt. Hierbei haben sich auch die gesetzlichen Aufgaben der Krankenhäuser verändert. Richtungsweisend war stets das politische Ziel, die strikte Trennung zwischen ambulanter Behandlung in der Praxis und stationärer Behandlung im Krankenhaus zugunsten moderner Behandlungsformen (z.B. Integrierte Versorgung) aufzulösen.

Die rechtlichen Grundlagen für die Besteuerung der Krankenhäuser wurden jedoch nicht an die veränderten Rahmenbedingungen angepasst. Damit entstand ein politischer Widerspruch, indem das geltende Steuerrecht die gesundheitspolitischen Ziele von Bund und Ländern zu konterkarieren droht. Zusätzlich droht den Krankenhäusern durch die Rechtsauslegung der Finanzverwaltung eine steuerliche Überlastung.

Kern der Probleme ist die sezierende Sichtweise der Finanzverwaltung in Verbindung mit der fehlenden Anpassung des Steuerrechtes an die neuen Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Der Krankenhausbetrieb wird in seinen Einzelteilen begutachtet, wobei die klassische stationäre Behandlung die Voraussetzungen sowohl für die Umsatzsteuerbefreiung als auch für eine Behandlung als gemeinnützige Tätigkeit erfüllt.

Die neuen, politisch gewollten Versorgungsformen, wie zum Beispiel die integrierte Versorgung durch vertraglich geregelte Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, unterliegt hingegen – losgelöst vom sonstigen Medizinbetrieb – der Umsatzsteuerpflicht. Dies ist gesundheitspolitisch unsinnig. In gemeinnützigen Krankenhäusern werden diese neuen Versorgungsformen zusätzlich als nicht gemeinnützige Tätigkeit der Ertragssteuerpflicht unterworfen. Dies schafft Wettbewerbsverzerrungen zwischen gemeinnützigen und gewinnorientierten Krankenhäusern.

Den Krankenhäusern wird aktuell und auf Jahre hinaus äußerste Flexibilität bei der Umstellung auf ein völlig verändertes Vergütungssystem abverlangt. Um nun sicherzustellen, dass diese Umstellung ohne negative Auswirkung auf die gesundheitliche Versorgung bewältigt werden kann, sind angemessene Bestimmungen im Steuerrecht erforderlich. Die notwendigen Änderungen müssen sofort vorgenommen werden.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft erläutert nachstehend im Einzelnen, welche Gesetzesänderungen bzw. Änderungen der Umsatzsteuerrichtlinien 2005 sowie Klarstellungen seitens des BMF notwendig sind, um den politischen Widerspruch zwischen Gesundheits- und Steuerpolitik aufzulösen. Dabei muss insbesondere die Grundlage für die Befreiung der Krankenhäuser von der Umsatz- und Ertragssteuer an die veränderten gesetzlichen Aufgaben angepasst werden.

## Überblick

<b>Allgemeiner Teil.....</b>	<b>4</b>
• Änderung der Krankenhausstruktur .....	4
• Gemeinnützigkeitsrecht .....	4
• Umsatzsteuerrecht.....	4
• Fazit .....	5
• Forderung .....	6
 <b>Notwendige Änderungen im Einzelnen .....</b>	<b>7</b>
<b>A. Krankenhausindividuelle Besteuerung.....</b>	<b>7</b>
I. Ertragsteuerlicher Bereich .....	7
1. Vorbemerkung.....	7
2. Zweckbetriebscharakter von Krankenhäusern .....	8
3. Änderungen der rechtlichen und tatsächlichen Rahmenbedingungen .....	9
4. Anpassung des § 67 AO .....	9
II. Umsatzsteuerlicher Bereich.....	11
1. Problemstellung .....	11
2. Anpassung/Änderung der Umsatzsteuerrichtlinien 2005.....	12
3. Anmerkungen zur Anpassung / Änderung der Umsatzsteuerrichtlinie 2005 ...	13
 <b>B. Besteuerung der Selbstverwaltungsinstitute .....</b>	<b>16</b>

## **Allgemeiner Teil**

Wegen der erheblichen Veränderungen im Gesundheitssystem insbesondere im Krankenhaussektor führt die veraltete bzw. nicht entsprechend angepasste steuerrechtliche Gesetzeslage zur Zeit zu einer Rechtsauffassung der Finanzverwaltungen, die zum einen kontraproduktiv und zum anderen aus finanzieller Sicht für die Krankenhäuser nicht tragbar ist. Die Krankenhäuser sind aufgrund der finanziellen Unwägbarkeiten im Rahmen der Scharfschaltung des neuen Fallpauschalen-Systems dringend auf verlässliche und systemgerechte steuerrechtliche Rahmenbedingungen angewiesen. Die fehlende Anpassung des Steuerrechts auf die gesundheitspolitischen Vorgaben der letzten Jahre führt zu einer großen Unsicherheit bei der Besteuerung im Krankenhausbereich, so dass Klarstellung seitens des Gesetzgebers und Verordnungsgebers im Bereich der Gemeinnützigkeit sowie der Umsatzsteuer zwingend erforderlich ist.

### **Änderung der Krankenhausstruktur**

Umfassende und weit reichende Strukturänderungen erfolgten durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992 (BGBl. I S. 2266), das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626) und das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190). Speziell im Krankenhausbereich wurden durch das Fallpauschalengesetz vom 23.04.2002, das Fallpauschalenänderungsgesetz vom 17.07.2003 und das Zweite Fallpauschalenänderungsgesetz vom 15.12.2004 grundlegende Änderungen in der Finanzierung der Krankenhäuser vorgenommen. Diese Gesetzesänderungen insbesondere die hierbei festgelegte Aufweichung der traditionellen sektoralen Grenzen im Bereich der Leistungserbringer haben das sozialrechtlich festgesetzte Rechtskonstrukt „Krankenhaus“ in den letzten 13 Jahren entscheidend verändert.

### **Gemeinnützigkeitsrecht**

Der seit 1977 inhaltlich unverändert geltende § 67 der Abgabenordnung (AO) basiert auf der Grundlage des damals herrschenden monolithischen Krankenhausbetriebes, in welchem im überwiegenden Maße stationäre Leistungen angeboten wurden. Dies entspricht jedoch nicht mehr den aktuellen Verhältnissen des durch sozialrechtliche Rahmenbedingungen festgelegten Krankenhausbetriebes.

Aufgrund des in den Artikeln 20 Absatz 1 und 28 Absatz 2 des Grundgesetzes festgeschriebenen Sozialstaatsprinzips ist der Staat verpflichtet, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern sicherzustellen. Diese Aufgabe kann er über die öffentlichen Krankenhäuser oder durch Gewährung bzw. Beauftragung von privaten oder freigemeinnützigen Krankenhäusern unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Trägervielfalt erfüllen. Die freigemeinnützigen Krankenhäuser, welche mit dem Krankenhausbetrieb keine oder nicht in erster Linie erwerbswirtschaftliche Ziele verfolgen, sollen bezüglich dieser dem Wohle der Allgemeinheit dienenden Privatinitiative durch die speziellen gemeinnützigkeitsrechtlichen Steuervergünstigungen des § 67 AO gefördert werden. Die Gemeinnützigkeit ist auch heute noch für eine erhebliche Zahl der Krankenhausträger von besonderer Bedeutung. Eine schnelle und drastische Änderung im Bereich der Gemeinnützigkeit würde wegen der finanziellen Folgen zu erheblichen strukturellen Auswirkungen im Krankenhausbereich führen.

### **Umsatzsteuerrecht**

Der Gesetzgeber hatte in der Vergangenheit in einer Grundsatzentscheidung diverse Gesundheitsleistungen umsatzsteuerlich privilegiert, um eine Kostensenkung im Gesundheitssystem zu erreichen. Die diesbezüglichen Umsatzsteuerbefreiungstatbestände dienten zur Absenkung der Kosten zu Gunsten der Patienten und Sozialversicherungsträger.

Die vom Gesetzgeber durch die oben aufgeführten Strukturgesetze beabsichtigte Förderung der arbeitsteiligen Leistungserbringung soll bewirken, dass in Zukunft zunehmend Leistungen, die traditionell vom Leistungserbringer allein erbracht wurden, nunmehr von den Leistungserbringern sektorübergreifend als gemeinsame Leistung gegenüber den Patienten erbracht werden. Aus formaljuristischer Sicht sollen diese Leistungen nach Auffassung der Finanzbehörden aus der Steuerprivilegierung ausscheiden. Dies führt zu einer erheblichen Kostenerhöhung, da in diesen Bereichen regelmäßig keine Vorsteuerentlastung möglich ist.

Die durch diese Steuerbelastung entstehenden Mehrkosten führen bei gleich bleibender Vergütung zu Verlusten bei den Leistungserbringern oder bei entsprechender Abwälzung auf die Leistungsempfänger zu einer Mehrbelastung von Patienten und Sozialversicherungsträgern.

Soweit die Krankenhäuser die zusätzliche Umsatzsteuerbelastung systemkonform auf die gesetzlichen Sozialversicherungsträger z.B. im Bereich der Arzneimittellieferungen an ambulante Patienten abwälzen, wird das Sozialbudget und damit die Solidargemeinschaft belastet. Dies widerspricht dem erklärten Ziel der Bundesregierung die Sozialbeiträge – wesentlicher Anteil der Lohnkosten – zu stabilisieren.

Soweit die Abwälzung aus finanzierungsrechtlichen Gründen nicht möglich ist, kommt es zu einer Kostenbelastung der Leistungserbringer, welche soweit eine Wahlmöglichkeit besteht, diese Leistungen aus ökonomischen Gesichtspunkten nicht erbringen werden.

Im Ergebnis wirkt sich diese umsatzsteuerrechtliche Gesetzeslage hemmend auf die von der Gesundheitspolitik gewollte kooperative Leistungserbringung aus, da diese wegen der zusätzlichen Kosten durch Besteuerung der Personal- und Sachmittelgestellung aus ökonomischen Gründen nicht genutzt werden und damit die gewünschten Effekte der Rationalisierung als auch der Qualitätsverbesserung konterkarieren. Kooperative sektorübergreifende Leistungen müssen daher zukünftig auch von den gewollten Entlastungseffekten erfasst werden.

## **Fazit**

Die Änderungen durch die Umsatzsteuer-Richtlinien 2005 (UStR 2005) sowie die aktuelle Auffassung der Finanzverwaltung im Bereich des Umsatzsteuer- und Gemeinnützigkeitsrechts stehen zum einen im Widerspruch zu den Vorgaben des nationalen Gesetzgebers, den Vorgaben der 6. EG-Richtlinie und teilweise bereits der finanzgerichtlichen Rechtssprechung. Zum anderen werden die vom Gesetzgeber gewollten Ziele im Gesundheitssektor durch die restriktive steuerrechtliche Auslegung der Finanzverwaltung insbesondere hinsichtlich der Umsatzsatzsteuerpflichtigkeit bei Lieferungen durch die Krankenhausapotheken und bei sektorübergreifenden Leistungen sowie der diesbezüglichen Verneinung der Gemeinnützigkeit unterwandert. Darüber hinaus führt dies zu – kaum gewollten – erheblichen zusätzlichen Belastungen der Krankenhäuser, der Solidargemeinschaft und der Patienten.

## **Forderung**

Nach Jahren der Budgetdeckelung sind die Krankenhäuser durch die gesetzlichen Finanzierungsgrundlagen an der Grenze ihrer finanziellen Belastbarkeit, so dass zusätzliche steuerliche Belastungen nicht mehr tragbar sind. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert daher:

### **Anpassung der steuerrechtlichen Vorgaben an die grundlegend veränderte Krankenhausstruktur und gesetzlichen Aufgaben der Selbstverwaltung, insbesondere durch**

- **Stabilität der bei den Krankenhäusern anfallenden Kosten**
  - durch eine auf die sozialrechtlich vorgegebene Leistungsstruktur der Krankenhäuser angepasste Umsatzsteuerbefreiung
- **Stabilität der bei den Krankenhäusern anfallenden Erträge**
  - durch eine systemkonforme Anpassung der gemeinnützigkeitsrechtlichen Bestimmungen
- **Systemgerechte Besteuerung der Selbstverwaltungsinstitute**
  - durch entsprechende Anpassung der gemeinnützigkeits- sowie umsatzsteuerrechtlichen Regelungen

Die dafür notwendigen konkreten Änderungen in der Abgabenordnung und in den Umsatzsteuerrichtlinien 2005 sowie die erforderlichen Klarstellungen durch das Bundesministerium für Finanzen sind den weiteren Ausführungen zu entnehmen.

## Notwendige Änderungen im Einzelnen

### **A. Krankenhausindividuelle Besteuerung**

#### **I. Ertragsteuerlicher Bereich**

##### **1. Vorbemerkung**

Die Definition des Krankenhausbetriebes hält in steuerlicher Hinsicht nicht mehr Schritt mit den gesundheitspolitischen Entwicklungen im Sinne einer vernetzten, qualitativ hochwertigen Versorgung mit Gesundheitsleistungen. Seitens der Finanzbehörden ist eine zunehmende Zerstückelung des Zweckbetriebes Krankenhaus in einzelne, steuerlich unterschiedlich relevante Leistungsbereiche zu erkennen. Dies schlägt sich nieder in einer zunehmenden Qualifikation einzelner Tätigkeiten als steuerpflichtige wirtschaftliche Geschäftsbetriebe.

Dies hat zur Folge, dass der in § 67 AO beschriebene Umfang des Zweckbetriebes in gemeinnütziger Trägerschaft bzw. die Privilegierung durch § 67 AO auch für private Träger immer weiter eingeschränkt wurde. Diese den Zweckbetrieb sezierende Betrachtung der Finanzverwaltung und die Vorgaben des Bundesgesetzgebers im Bereich der Steuern geht an diesen Vorgaben jedoch vollends vorbei.

Dies wird unter anderem im Bereich der ambulanten Behandlung ersichtlich. Wegen der Zulassungsvoraussetzungen im niedergelassenen Bereich ist es für den Krankenhausträger oft rechtlich nicht möglich die Leistungen – wegen des von Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vorgeschriebenen Vorrangs der persönlichen Ermächtigung – selbst zu erbringen, so dass sie die Chefarzte zwangsläufig einbinden müssen. Nur der Zweckbetrieb Krankenhaus kann mit seinen Mitteln (Freistellung des Chefarztes, notwendige Infrastruktur, etc.) die eingeschränkte vertragsärztliche Versorgung erbringen. Der angestellte Chefarzt selbst, würde aus ökonomischer Sicht diese beschränkte Betätigung – ohne weiteres Anstellungsverhältnis im Krankenhaus und die günstigen Konditionen des Krankenhauses – nicht annehmen. Die Auffassung, dass dies dann nicht mehr Teil des Zweckbetriebes ist, unterstellt eine Wahlfreiheit des Krankenhausträgers solche Leistungen selber zu erbringen, die real nicht vorhanden ist.

Dabei stellt sich für die gemeinnützigen Krankenhausträger noch das besondere Problem, dass z. B. bei der Erbringung von Wahlleistungen bewusst eine „Quersubventionierung“ der gesetzlichen Krankenkassen durch Privatpatienten und deren Versicherer vom Gesetzgeber normiert wurde. Die in den Finanzierungsvorschriften einkalkulierte Fehlbeträge (Kostenabzüge nach K5 Nrn. 5 und 7 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung) im Budget müssen durch die erzielten Überschüsse abgedeckt werden. Der Gesetzgeber hat in diesem Bereich unterstellt, dass diese Überschüsse auch zur Verfügung stehen. Dies ist jedoch nicht der Fall, wenn diese der Ertragsbesteuerung unterworfen werden.

Das führt im Ergebnis zu einer Schlechterstellung der gemeinnützigen Krankenhausträger gegenüber nicht gemeinnützigen Trägern, da der Verlust im Zweckbetrieb bei der Besteuerung unberücksichtigt bleibt, der Ertrag aus wirtschaftlichen Geschäftsbetrieben aber voll der Steuer unterworfen wird. Bei den nicht gemeinnützigen Trägern wird nur der - nach Verlustsaldierung mit dem negativen Budgetbereich - niedrigere Saldo besteuert. Dies führt zu einer klaren Wettbewerbsverzerrung.



Dieser Wettbewerbsverzerrung kann sich ein gemeinnütziger Träger natürlich grundsätzlich durch bewusste Aufgabe seiner Gemeinnützigkeit entziehen. Der (gewollte oder ungewollte) Verlust der Gemeinnützigkeit führt aber u. U. zu erheblichen Körperschaftsteuerbelastungen, weil nach den insoweit zwingenden Vorschriften des Gemeinnützigkeitsrechts der Verzicht auf die Gemeinnützigkeit eine Körperschaftsteuerpflicht für die in den letzten 10 Jahren erzielten Gewinne auslöst. Hinzu kommen ggf. Zinsen, die auf die Körperschaftsteuernachzahlungen entrichtet werden müssen. Außerdem entfällt für die Zukunft die Möglichkeit der Finanzierung der (bisher gemeinnützigen) Krankenhäuser durch steuerwirksame und schenkungsteuerfreie Spenden. Es ist im Falle des Verlustes der Gemeinnützigkeit im Übrigen auch nicht ausgeschlossen, dass bisher gewährte öffentliche Zuschüsse zurückgezahlt werden müssen.

## **2. Zweckbetriebscharakter von Krankenhäusern**

Die Voraussetzungen einer möglichen ertragsteuerlichen Begünstigung von Krankenhäusern sind in § 67 Abgabenordnung (AO) abschließend geregelt. § 67 AO bestimmt den Zweckbetriebscharakter von Krankenhäusern nach im Einzelnen kodifizierten Merkmalen. Die Anwendung der Vorschrift setzt das Vorhandensein eines Krankenhauses im Sinne von § 2 Nr. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) voraus.

Der Gesetzgeber qualifiziert in § 67 AO in bewusster Abgrenzung zu § 65 AO den wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb Krankenhaus als steuerbegünstigten Zweckbetrieb. Eine Prüfung der allgemeinen Voraussetzungen eines Zweckbetriebs gemäß § 65 AO, die weit über die Voraussetzungen von § 67 AO hinausgeht, hat nicht zu erfolgen (vgl. Urteil des BFH vom 4.6.2003, Az. I R 25/02). In der geltenden Fassung von § 67 AO wird derzeit unterschieden zwischen Krankenhäusern, die in den Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) fallen (§ 67 Abs. 1 AO) und Krankenhäusern, die nicht in den Anwendungsbereich der BPfIV fallen (§ 67 Abs. 2 AO). Nach § 67 Abs. 1 AO ist ein Krankenhaus, das in den Anwendungsbereich der BPfIV fällt, ein Zweckbetrieb, wenn mindestens 40 % der jährlichen Pflage tage (Mitternachtsbestand) auf Patienten entfallen, bei denen nur Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen (§§ 11, 13, 26 BPfIV a. F.) berechnet werden.

Ein Krankenhaus, das nicht in den Anwendungsbereich der BPfIV fällt, ist nach § 67 Abs. 2 AO ein Zweckbetrieb, wenn mindestens 40 % der jährlichen Pflage tage auf Patienten entfallen, bei denen für die Krankenhausleistungen kein höheres Entgelt berechnet wird, als nach § 67 Abs. 1 AO für ein Krankenhaus zulässig ist, das in den Anwendungsbereich der BPfIV fällt.

Allgemeine Krankenhausleistungen sind nach § 2 Abs. 2 BPfIV 2004 / § 2 Abs. 2 KHEntgG die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses für einen nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig sind. Dazu rechnen insbesondere ärztliche Leistungen, Pflege und Versorgung mit Arzneimitteln, Unterkunft und Verpflegung, aber auch die während des Krankenhausaufenthaltes durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter und die aus medizinischen Gründen notwendigen Mitaufnahmen einer Begleitperson des Patienten.

Neben den allgemeinen Krankenhausleistungen können auch so genannte Wahlleistungen gesondert berechnet werden. Entfallen jedoch mehr als 60 % der jährlichen Pflage tage auf Patienten, die Wahlleistungen nach § 22 BPfIV / § 17 KHEntgG in Anspruch nehmen, ist dies steuerschädlich.



### **3. Änderungen der rechtlichen und tatsächlichen Rahmenbedingungen**

Die vorstehend skizzierten Regelungstatbestände von § 67 AO entsprechen wie oben dargestellt nach Zweck und Wortlaut nicht mehr den gesetzlichen Rahmenbedingungen und tatsächlichen Aufgabenstellungen von Krankenhäusern in einem modernen System der Gesundheitsversorgung.

Die derzeit zu beobachtende Entwicklung führt zu einer zunehmenden partiellen Ertragsteuerverpflichtung in Bereichen, die nach der allgemeinen Verkehrsauffassung zum Leistungsspektrum eines modern wirtschaftenden und qualitativ hochwertigen Krankenhauses gehören. Dies gilt insbesondere für das Leistungsangebot in verschiedenen teilstationären und ambulanten Sektoren oder bei einer fach- bzw. sektorenübergreifenden Behandlung der Patienten im Rahmen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung als Medizinisches Versorgungszentrum (§ 95 SGB V) und der Integrierten Versorgung (§ 140 a SGB V). Ebenso ist fraglich, ob die Aufgriffsgrenze von 40 % der jährlichen Pflegetage betreffend Patienten, bei denen nur Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen berechnet werden, weiterhin Anwendung finden kann.

Spätestens für die Zeit ab 1. Januar 2004 ist mit § 17 b Abs. 1 Satz 1 KHG für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem eingeführt worden, wovon allerdings psychiatrische Einrichtungen sowie Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin ausgenommen worden sind. Mit diesen Entgelten werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. Die Vergütungen umfassen wie bisher allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden insbesondere mit Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog abgerechnet, ggf. erhöht um bestimmte Zuschläge, z. B. Ausbildungsstätten, oder verringert um bestimmte Abschläge, z. B. im Rahmen der Qualitätssicherung. Die bisherigen Regelungen des § 67 AO gehen zumindest für die Zeit ab 1. Januar 2004 ins Leere, wenn man von dem bereits angesprochenen Kreis psychiatrischer Einrichtungen sowie der Einrichtung für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin absieht.

### **4. Anpassung des § 67 AO**

Vor diesem formellen Hintergrund sowie der skizzierten, nicht vertretbaren Zerstückelung der Einheit Krankenhaus im Rahmen eines durch die Sozialgesetzgebung vorgegebenen Leistungsrahmens ist:

- eine redaktionelle Anpassung von § 67 AO an die Vorschriften des neuen Entgeltsystems,
- eine Neubestimmung der Bezugsgröße als Kriterium für eine Anerkennung des Krankenhauses als steuerbegünstigter Zweckbetrieb,
- eine Ausdehnung des Zweckbetriebscharakters auf das gesundheitspolitisch geforderte und im Sozialrecht kodifizierte umfassende Leistungsangebot eines Krankenhauses und
- eine Ausdehnung des Zweckbetriebscharakters auf unmittelbar und mittelbar mit dem Krankenhausbetrieb zusammenhängende Leistungsbereiche (z. B. Tätigkeiten der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte im stationären und ambulanten Bereich, Kooperationsleistungen)

zwingend notwendig.

Hiervon ausgenommen bleiben selbstverständlich diejenigen Bereiche, mit denen der Zweckbetrieb Krankenhaus in direkter Wettbewerbssituation mit anderen Leistungsanbietern steht (z. B. Cafeteria, Medikamentenversorgung für Einrichtungen anderer Krankenhausträger).

Um die Vorschrift des § 67 AO mit den Regelungen der Krankenhausfinanzierung in Übereinstimmung zu bringen sowie die gesundheitspolitischen Vorgaben durch ein umfassendes Angebot verschiedenster Gesundheitsleistungen aufrecht zu erhalten bzw. umzusetzen, wird unter Berücksichtigung des Tatbestandes, dass ein fallbezogenes Kriterium als Maßstab für das Vorliegen des Zweckbetriebcharakters nur im Bereich vollstationärer Leistungen – und auch dort nur partiell – praktikabel ist, folgende Formulierung für § 67 AO vorgeschlagen:

#### *§ 67 Krankenhäuser*

- (1.) Ein Krankenhaus, das in den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes oder der Bundespflegesatzverordnung fällt, ist ein Zweckbetrieb, wenn mindestens 40 % der Erträge aus allgemeinen Krankenhausleistungen auf Leistungen entfallen, die gegenüber Sozialleistungsträgern berechnet werden.*
- (2.) Ein Krankenhaus, das nicht in den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes oder der Bundespflegesatzverordnung fällt, ist ein Zweckbetrieb, wenn mindestens 40 % der Erträge aus allgemeinen Krankenhausleistungen auf Leistungen entfallen, bei denen kein höheres Entgelt als nach Abs. 1 berechnet wird.*
- (3.) Zu den Leistungen des Zweckbetriebes Krankenhaus gehören insbesondere:*
  - a) die Leistungen nach § 2 KHEntgG und § 2 BPflV;*
  - b) die Leistungen von Krankenhäusern nach dem Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V), dies sind insbesondere:*
    - 1. die Leistungen des Krankenhauses im Rahmen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (§ 95 SGB V),*
    - 2. die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (§ 115 a SGB V),*
    - 3. das ambulante Operieren im Krankenhaus (§ 115 b SGB V),*
    - 4. die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung (§ 116 a SGB V),*
    - 5. die ambulante Behandlung im Krankenhaus (§ 116 b SGB V),*
    - 6. die Leistungen der Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V),*
    - 7. die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V),*
    - 8. die Leistungen der sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V),*
    - 9. die Abgabe von Heilmitteln als Dienstleistung (§ 124 SGB V),*
    - 10. die Leistungen des Krankenhauses im Rahmen der Integrierten Versorgung (§ 140 a SGB V);*
  - c) die Versorgung ambulanter Patienten des Krankenhauses sowie der Krankenhausärzte mit Medikamenten durch die eigene Krankenhausapothek;*
  - d) die Personal- und Sachmittelgestellung an Einrichtungen zur Erbringung von Heilbehandlungen insbesondere an angestellte Ärzte für deren selbständige Tätigkeit, an Krankenhäuser, an Medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 SGB V, an Gemeinschaften von Leistungserbringern in der Integrierten Versorgung und deren Gemeinschaften gemäß § 140 b SGB V, an Belegärzte und an niedergelassene Ärzte und deren Gemeinschaften.*

## II. Umsatzsteuerlicher Bereich

### 1. Problemstellung

Die Änderungen der Umsatzsteuerrichtlinien mit Wirkung ab dem 01.01.2005 sowie weitere umsatzsteuerliche Bewertungen von Leistungen steuerbegünstigter Krankenhäuser durch die Finanzverwaltung unterstellen eine Umsatzsteuerpflicht diverser aufgegriffener Leistungen. Diese umsatzsteuerliche Einordnung führt in wesentlichen Bereichen zu einer enormen finanziellen Belastung des Gesundheitswesens, da die Verneinung der Umsatzsteuerfreiheit von Leistungen eines Krankenhauses dazu führt, dass die Entgelte entsprechend erhöht werden müssen, wenn die Krankenhäuser als Leistungserbringer verhindern wollen, dass sie durch Herausrechnung der Umsatzsteuer aus den vereinnahmten Entgelten belastet werden. Eine Erhöhung der Entgelte führt mangels Vorsteuerabzugsberechtigung der Leistungsempfänger zu einer Belastung der Kostenträger (in der Regel Sozialversicherungsträger bzw. private Krankenversicherungen) und damit zu einer Verteuerung von Heilbehandlungen.

Diese Entwicklung steht insbesondere im Bereich der vom Gesetzgeber zur Minderung der Kosten im Gesundheitswesen gewollten Kooperationen von Krankenhäusern mit Vertragsärzten und Belegärzten (vgl. §§ 95, 115, 121 und 140a ff. SGB V, § 19 KHEntgG) im Widerspruch. Bei diesen Kooperationen führt eine Umsatzsteuerpflicht zu einer Verteuerung der Heilbehandlungen durch Umsatzsteuer, obwohl die den Patienten zugute kommenden Heilbehandlungen, würden sie von den Vertragspartnern alleine erbracht, nach § 4 Nr. 16 bzw. § 4 Nr. 14 UStG steuerbefreit wären.

Vor dem Hintergrund aktueller Urteile des Europäischen Gerichtshofs sind diese Entwicklungen nicht akzeptabel und ist eine Änderung und Ergänzung der Umsatzsteuerrichtlinien 2005 sowie eine Klarstellung für bereits erbrachte Leistungen dringend erforderlich.

So hat der Europäische Gerichtshof mehrfach entschieden, dass die maßgebliche Zielsetzung von Artikel 13 A Abs. 1 lit. b) der 6. EG-Richtlinie darin liegt, **dass Heilbehandlungen nicht durch Umsatzsteuer verteuert werden**. Artikel 13 A Abs. 1 lit. b) der 6. EGRL bezweckt eine Entlastung der Sozialversicherungsträger. Der Zugang zu Heilbehandlungen soll nicht dadurch erschwert werden, dass höhere Kosten dadurch entstehen, dass die Leistungen selbst oder eng verbundene Umsätze mit Umsatzsteuer belastet werden (vgl. EuGH-Urteile vom 10.09.2002 - Rs. C-141/00, UR 2002, 513; 11.01.2001 - Rs. C-76/99, UR 2001, 62; 20.11.2003 - Rs. C-307/01, UR 2004, 75; 20.11.2003 - Rs. C-212/01, UR 2004, 70; 06.11.2003 - Rs. C-45/01, UR 2003, 584).

Liegen Heilbehandlungen vor, d.h. dienen Maßnahmen dem Zweck der Diagnose, der Behandlung und, soweit möglich, der Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen, dann greift die Steuerbefreiung von Art. 13 A Abs. 1 lit. b) und c) 6. EGRL, auch wenn die Maßnahmen auf Veranlassung eines Dritten erbracht werden, soweit der Hauptzweck der Maßnahmen der Gesundheitsschutz des versorgten Patienten ist (vgl. EuGH-Urteil vom 20.11.2003 - Rs. C-307/01, UR 2004, 75).

## **2. Anpassung/Änderung der Umsatzsteuerrichtlinien 2005**

Vor diesem Hintergrund fordert die DKG eine umgehende Anpassung bzw. Änderung der Umsatzsteuerrichtlinien 2005 und schlägt insoweit folgenden Wortlaut von Abschn. 100 UStR vor):

### **100. Eng verbundene Umsätze**

(1) Mit dem Betrieb der in § 4 Nr. 16 UStG bezeichneten Einrichtungen sind solche Umsätze eng verbunden, die für diese Einrichtungen nach der Verkehrsauffassung typisch und unerlässlich sind, regelmäßig und allgemein beim laufenden Betrieb vorkommen und damit unmittelbar oder mittelbar zusammenhängen (vgl. BFH-Urteil vom 1.12.1977 - BStBl 1978 II. S. 173). Die Umsätze dürfen nicht im Wesentlichen dazu bestimmt sein, den Einrichtungen zusätzliche Einnahmen durch Tätigkeiten zu verschaffen, die in unmittelbarem Wettbewerb zu steuerpflichtigen Umsätzen anderer Unternehmer stehen. Daher sind derartige Leistungen nicht mehr nach § 4 Nr. 16 UStG steuerfrei, wenn eine vergleichbare Leistung nach § 4 Nr. 14 UStG steuerpflichtig ist.

(2) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 können zu den eng verbundenen Umsätzen gehören:

1. die stationäre oder teilstationäre Aufnahme von Patienten, deren ärztliche und pflegerische Betreuung einschließlich der Lieferungen der zur Behandlung erforderlichen Medikamente;
2. die Behandlung und Versorgung ambulanter Patienten einschließlich der Lieferung der zur Behandlung erforderlichen Medikamente;
3. die Lieferungen von Körperersatzstücken und orthopädischen Hilfsmitteln, soweit sie unmittelbar mit einer Heilbehandlung durch das Krankenhaus, durch die Diagnosekliniken usw. in Zusammenhang stehen;
4. die Überlassung von Einrichtungen und medizinisch-technischen Geräten und damit verbundene Gestellungen von medizinischem Hilfspersonal an angestellte Ärzte für deren selbständige Tätigkeit, an Krankenhäuser, an Medizinische Versorgungszentren gem. § 95 SGB V, an Gemeinschaften von Leistungserbringern in der integrierten Versorgung und deren Gemeinschaften gem. § 140 b SGB V, an Belegärzte und an niedergelassene Ärzte und deren Gemeinschaften zur Mitbenutzung, sowie im Rahmen von Organentnahmen,
5. die Lieferungen von Gegenständen des Anlagevermögens, z.B. Röntgeneinrichtungen, Krankenfahrstühle und sonstige Einrichtungsgegenstände. Wegen der Veräußerung des gesamten Anlagevermögens siehe jedoch Absatz 3 Nr. 5 ;
6. die Lieferungen von Gegenständen, die im Wege der Arbeitstherapie hergestellt worden sind, sofern kein nennenswerter Wettbewerb zu den entsprechenden Unternehmen der gewerblichen Wirtschaft besteht. Ein solcher Wettbewerb ist anzunehmen, wenn für den Absatz der im Wege der Arbeitstherapie hergestellten Gegenstände geworben wird;
7. die Abgabe von ärztlichen Gutachten gegen Entgelt, sowie die Durchführung von ärztlichen Untersuchungen und Laborleistungen, unabhängig vom Veranlasser der Leistungen, wenn bei den Leistungen ein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht;
8. die Gestellung von Ärzten und von medizinischem Hilfspersonal durch Krankenhäuser, Diagnosekliniken usw. an andere Einrichtungen, soweit diese der Heilbehandlung im Bereich der Humanmedizin dienen.

- (3) Nicht zu den eng verbundenen Umsätzen gehören insbesondere:
1. die entgeltliche Abgabe von Speisen und Getränken an Besucher;
  2. die Lieferungen von Arzneimitteln an das Personal oder Besucher;
  3. die Arzneimittellieferungen einer Krankenhausapotheke an Krankenhäuser anderer Träger (BFH- Urteil vom 18.10.1990 - BStBl. 1991 II S. 268) und an öffentliche Apotheken. Auch die Steuerbefreiung nach § 4 Nr. 18 UStG kommt insoweit nicht in Betracht (vgl. Abschnitt 103 Abs. 13);
  4. die Leistungen der Zentralwäschereien (vgl. BFH-Urteil vom 18.10.1990 - BStBl. 1991 II S. 157). Dies gilt sowohl für die Fälle, in denen ein Krankenhaus oder ein Heim in seiner Wäscherei auch die Wäsche anderer Krankenhäuser und Heime reinigt, als auch für die Fälle, in denen die Wäsche mehrerer Krankenhäuser oder Heime in einer verselbständigten Wäscherei gereinigt wird. Auch die Steuerbefreiung nach § 4 Nr. 18 UStG kommt nicht in Betracht (vgl. Abschnitt 103 Abs. 13);
  5. die Veräußerung des gesamten beweglichen Anlagevermögens und der Warenvorräte nach Einstellung des Betriebes (BFH-Urteil vom 1.12.1977 - BStBl 1978 S. 173). Es kann jedoch die Steuerbefreiung nach § 4 Nr. 28 UStG in Betracht kommen (vgl. Abschnitt 122).

Hinsichtlich dieser umsatzsteuerlichen Einordnungen ist zudem sicherzustellen, dass bis zu einer Änderung der Umsatzsteuerrichtlinien alle noch nicht bestandskräftig veranlagten Sachverhalte entsprechend von der Finanzverwaltung behandelt werden.

### **3. Anmerkungen zur Anpassung / Änderung der Umsatzsteuerrichtlinie 2005**

#### **a) Zu Abschn. 100 Abs. 2 Nr. 2 UStR 2005**

Die Behandlung ambulanter Patienten stellt aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen einen originären Teil der Versorgungsleistungen der Krankenhäuser dar (vgl. etwa §§ 115a - 119 SGB V).

Bis auf die Fälle der so genannten Chefarztambulanzen (§ 116 SGB V) schließt das Krankenhaus in diesen Bereichen unmittelbar eigene Behandlungsverträge mit den ambulanten Patienten ab. Medizinische Versorgungsleistungen werden unmittelbar vom Krankenhaus gegenüber den Patienten erbracht.

Die ärztlichen und pflegerischen Leistungen inkl. der notwendigen Arzneimittelversorgungen sind Krankenhausleistungen, die hilfsbedürftigen Personen zugute kommen, was bereits die Übernahme der Kosten für Behandlung und Arzneimittelversorgung durch die Sozialversicherungsträger zeigt.

Durch die Ermöglichung ambulanter Leistungen bezweckte der Gesetzgeber, den Krankenhäusern die Möglichkeit zu eröffnen, über ihren Versorgungsauftrag zur stationären Versorgung auch ambulante Versorgungsleistungen vorzunehmen (vgl. BT-Drucksachen 15/1525). Aufgrund der entsprechenden Änderungen des Apothekengesetzes hat der Gesetzgeber klargestellt, dass die Krankenhausapotheken als unselbständige Untergliederungen der Krankenhäuser, an dieser ambulanten Versorgung teilnehmen. Die Arzneimittelabgaben an ambulante Patienten sind somit Teil der medizinischen Versorgungsleistungen des Krankenhauses gem. § 67 AO und somit Teil der vom Europäischen Gerichtshof zur Erlangung der Umsatzsteuerfreiheit geforderten Maßnahmen zur Behandlung von Gesundheitsstörungen.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber die Arzneimittelabgabemöglichkeiten von Krankenhausapotheken bewusst an enge Voraussetzungen gebunden



hat. So ist eine Arzneimittelabgabe an ambulant behandelte Patienten nur in den Räumen des Krankenhauses möglich. Diese Einschränkungen stellen entsprechend dem Willen des Gesetzgebers die Gleichheit des Wettbewerbs zu öffentlichen Apotheken sicher, wobei auch der Gesetzgeber von einer Umsatzsteuerfreiheit der Arzneimittelabgaben durch eine Krankenhausapotheke ausgeht, wie die Gesetzesbegründung zu § 14 Abs. 4 ApoG zeigt (vgl. BT-Drucksache 15/1525).

Bei der Versorgung ambulanter Patienten im Krankenhaus ist zudem eine Anwendbarkeit der Grundsätze des in Abschn. 100 Abs. 2 Nr. 3 UStR zitierten BFH-Urteils vom 18.10.1990 (BStBl. 1991 II, 268) nicht möglich, da im Urteilsfall Arzneimittelabgaben an Krankenhäuser anderer Träger betroffen waren, so dass unmittelbare Umsätze an Patienten des eigenen Krankenhauses nicht vorlagen. Dies ist bei der ambulanten Behandlungen und Versorgung von Patienten jedoch - wie gezeigt - anders zu beurteilen.

Gleiches gilt für die Arzneimittelversorgung von Patienten, die in so genannten Chef-arztambulanzen ambulant versorgt werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Arzneimittelversorgung dieser Patienten aus arzneimittelrechtlichen bzw. apothekenrechtlichen Gründen nur eine unmittelbare Leistung der Krankenhausapotheke an den ambulanten Patienten sein kann. Nur das Krankenhaus kann gem. § 129a SGB V einen Vertrag über die "Abgabe von Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke an Versicherte" abschließen und erhält aus diesem Vertrag einen Entgeltanspruch.

Daher ist davon auszugehen, dass die Leistungen der Krankenhausapotheken an ambulante Patienten entsprechend den Grundsätzen der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs gem. § 4 Nr. 16 UStG steuerbefreit sind.

Eine Umsatzsteuerpflicht der Arzneimittelversorgung von im Krankenhaus ambulant behandelten Patienten würde eine Verteuerung der Versorgungsleistungen von Krankenhäusern mit Umsatzsteuer zulasten der Sozialversicherungsträger bedeuten und damit der klar definierten Zielsetzung der 6. EGRL, d.h. der Entlastung der Sozialversicherungsträger, widersprechen.

#### **b) Zu Abschn. 100 Abs. 2 Nr. 4 und 5**

Die Beschränkung der Umsatzsteuerfreiheit auf die Überlassung von Einrichtungen an angestellte Ärzte sowie auf medizinisch-technische Großgeräten ist steuersystematisch vor dem Hintergrund der Zielsetzung von Art. 13 A Abs. 1 lit. b) 6. EG-Richtlinie nicht zu rechtfertigen. Die Umsatzsteuerbefreiung ist daher auszuweiten auf sämtlichen Formen der Kooperationen zwischen Krankenhäusern und den aufgeführten Kooperationspartnern, deren Hauptzweck der Gesundheitsschutz der Behandelten ist.

Eine Umsatzsteuerpflicht der Kooperationsleistungen führt wiederum zu einer von der 6. EGRL nicht gewollten Verteuerung von Heilbehandlungen, da jede in Rechnung gestellte Umsatzsteuer, die nicht als Vorsteuer abgezogen werden kann, zu einer Belastung führt. Eine Umsatzsteuerfreiheit der Kooperationsformen - die in einigen Bereichen durch die Umsatzsteuerrichtlinien bereits gewährt wird - führt auch nicht zu Verzerrungen in der umsatzsteuerlichen Systematik, da die Kooperationspartner, würden sie entgegen dem gesetzgeberischen Willen jeweils sämtliche Einrichtungen und Geräte selbst anschaffen, mit ihren allein erbrachten Leistungen umsatzsteuerfreie Umsätze gem. § 4 Nr. 14 bzw. Nr. 16 UStG erbringen würden. Die Umsatzsteuerpflicht der Kooperationsleistungen stellt die vom Gesetzgeber gewollten Kostenminderungspotentiale durch gemeinsame Gerätenutzungen in Frage.

**c) Zu Abschn. 100 Abs. 2 Nr. 7**

Die Änderung in Nr. 7 berücksichtigt die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs, nach der unabhängig vom Veranlasser der Leistungen Maßnahmen als steuerfreie Heilbehandlungen i.S.v. Art. 13 A Abs. 1 lit. b) 6. EG-Richtlinie Leistungen anzusehen sind, wenn sie als Hauptzweck dem Gesundheitsschutz des Patienten dienen (vgl. EuGH-Urteil vom 20.11.2003, Rs. C-307/01, UR 2004, 75).

**d) Zu Abschn. 100 Abs. 2 Nr. 8**

Die Erweiterung der Umsatzsteuerfreiheit für Gestellungen von Ärzten und medizinischem Hilfspersonal basiert ebenfalls auf der zuvor dargestellten Intention der 6. EGRL sowie der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs, so dass auf die vorherigen Begründungen verwiesen werden kann.

**e) Zu Abschn. 100 Abs. 3**

Die Streichungen in den Ziffern 2, 3 und 4 resultieren aus der zuvor unter a) zu Abschn. 100 Abs. 2 Nr. 2 dargestellten rechtlichen Bewertung der Arzneimittelabgaben durch Krankenhausapotheken, so dass auf die dortigen Ausführungen verwiesen werden kann.

**f) Sonstiges**

aa) Hinsichtlich der Streichungen von Abschn. 100 Abs. 2 Ziff. 4 und 6 der Umsatzsteuerrichtlinien **2000** fordert die DKG eine Klarstellung, dass Telefon- und Fernseherüberlassungen sowie die Abgabe zusätzlicher Getränke an Patienten und Heimbewohner unselbständige Nebenleistungen der Krankenhausleistungen sind und somit das Schicksal der umsatzsteuerfreien Krankenhausleistungen teilen. Insoweit wird auf die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs verwiesen, nach der unselbständige Nebenleistungen vorliegen, wenn

- es sich um eine Leistung handelt, die zwar nicht grundsätzlich vom Unternehmer erbracht wird, aber traditionell auch zu seinem Aufgabengebiet gehört,
- die Leistungen für den Leistungsempfänger keinen eigenen Zweck erfüllt, sondern nur ein Mittel darstellt, um die Hauptleistung unter optimalen Bedingungen in Anspruch zu nehmen,
- die Leistungen keinen oder nur geringen Anteil der Gegenleistung hat (vgl. EuGH-Urteil vom 22.10.1998, Rs C-308/96, UR 99/38).

Diese Kriterien sind bei den erwähnten Leistungen erfüllt.

bb) Hinsichtlich der im Rahmen von Krankenhausbehandlungen gem. § 2 Abs. 1 BPfIV / KHEntgG möglichen Wahlleistungen (z.B. Unterkunft, Sonderversorgung, therapeutische Wahlleistungen) fordert die DKG eine Klarstellung durch das BMF, dass diese Krankenhausleistungen zu den gem. Abschn. 100 Abs. 2 Nr. 1 UStR dargestellten eng verbundenen Umsätzen gehören. Diese Leistungen werden im unmittelbaren Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung des Patienten erbracht.



## B. Besteuerung der Selbstverwaltungsinstitute

Die oben aufgeführten Gesetzesänderungen schreiben im Krankenhausfinanzierungsgesetz, Krankenhausentgeltgesetz sowie im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch darüber hinaus auch weit reichende und äußerst komplexe Aufgaben für die Selbstverwaltung auf Bundesebene vor. Diese Aufgaben müssen aus organisatorischen und auch gesetzlichen Gründen von gesondert zu gründenden Instituten bzw. Gesellschaften wahrgenommen werden, deren Gesellschafter ausschließlich die gesetzlich bestimmten Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene sind.

Im Krankenhausbereich sind die entsprechenden Gesellschafter die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) ggf. der Verband der Privaten Krankenversicherungen (PKV). In den übergeordneten gesetzlichen Aufgabenbereichen kommen regelmäßig einzelne (z.B. die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) oder die Bundesärztekammer (BÄK)) oder im Bereich der elektronischen Gesundheitskarte mehrere (insgesamt 15) Spitzenorganisationen der Leistungserbringer hinzu. Beispiele sind: die InEK gGmbH nach § 17 b KHG (Entgeltentwicklung im Krankenhaus), BQS gGmbH § 137 SGB V (Qualitätssicherung), IQWiG - Stiftung des privaten Rechts nach § 139 a SGB V (Qualität und Wirtschaftlichkeit), gematik gGmbH nach § 291a SGB V (Telematik).

Die Landesebene ist im Bereich der Qualitätssicherung und Ausbildungsstättenvergütungen nach § 17 a KHG (Fonds der Landeskrankenhausgesellschaften) durch gesetzliche Verpflichtungen betroffen.

Die Finanzverwaltungen erkennen einiger dieser Selbstverwaltungsinstitute weder die Gemeinnützigkeit noch die Umsatzsteuerbefreiung an. Die Frage der Besteuerung des Institutes für Entgeltentwicklung ist derzeit beim Bundesfinanzhof anhängig.

**Die Aufgaben dieser Selbstverwaltungsinstitute dienen ausschließlich der Umsetzung der vom Gesetzgeber vorgegebenen Aufgaben/Pflichten**, welche zur Ausschöpfung angenommener Wirtschaftlichkeitsreserven und zu einer Systemverbesserung sowie Verbesserung der Qualität führen sollen. Daher werden diese Aufgaben auch aus den Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung und der selbstzahlenden Patienten für das Gesundheitssystem gezahlt. Eine Besteuerung macht die Leistungen der Institute um die entsprechenden Steuersätze teurer, entzieht damit den gesetzlichen Krankenkassen sowie den Selbstzahlern finanzielle Mittel. Wie oben bereits dargelegt, sollen diese jedoch grundsätzlich aus nachvollziehbaren Gründen steuerlich privilegiert werden.

Da die Finanzierung dieser Institute allein zu Lasten der Sozialversicherungsträger geht, bewirkt eine Besteuerung eine Mehrbelastung des Sozialbudgets und trifft damit evident die Solidargemeinschaft. Eine solche offensichtliche Abzweigung von Mitteln aus dem Sozialbudget in die allgemeinen Steuertöpfe des Bundes ist nicht sachgerecht und politisch nicht vertretbar.

**Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert daher die notwendige steuerrechtliche Anpassung an diese gesundheitspolitischen Vorgaben durch:**

- **die Aufnahme eines zusätzlichen Umsatzsteuerbefreiungstatbestandes im Umsatzsteuergesetz.**
- **Eine deutliche Klarstellung zur Gemeinnützigkeit dieser Institute/Gesellschaften**