

ANDREAS MUSIL

Steuerliche Fragen der Gesundheitsreform

Teil 1

Mohr Siebeck

Andreas Musil
Steuerliche Fragen der Gesundheitsreform
Teil I



Andreas Musil

Steuerliche Fragen der Gesundheitsreform

Teil I
Strukturenreformen
im Krankenhausbereich

unter Mitarbeit von
Thomas Leibohm und Björn Volmering

Mohr Siebeck

Andreas Musil, geboren 1971; Studium der Rechtswissenschaft an der Freien Universität Berlin; 1999 Promotion; 2005 Habilitation; seit 2007 Professor für Öffentliches Recht, insbesondere Verwaltungs- und Steuerrecht, an der Universität Potsdam.

ISBN 978-3-16-150335-1 / eISBN 978-3-16-163113-9 unveränderte eBook-Ausgabe 2024

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2010 Mohr Siebeck Tübingen.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Das Buch wurde von Gulde-Druck in Tübingen auf alterungsbeständiges Werkdruckpapier gedruckt und gebunden.

Vorwort

Der vorliegende Band dokumentiert den ersten Teil eines von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Forschungsvorhabens mit dem Titel „Ertrag- und umsatzsteuerliche Rahmenbedingungen bereits umgesetzter und geplanter Organisationsreformen im deutschen Gesundheitswesen“. Während sich dieser Band dem Krankenhauswesen widmet, wird der zweite Band neue Organisationsformen medizinischer Leistungserbringung, nämlich Medizinische Versorgungszentren und Integrierte Versorgung in den Blick nehmen.

Die Untersuchungen zeigen schon jetzt, dass Organisationsreformen im Gesundheitswesen häufig nicht mit der nötigen steuerrechtlichen Sensibilität durchgeführt werden. So erweist sich beispielsweise das geltende Gemeinnützigkeitsrecht vor dem Hintergrund der Wandlungen im Gesundheitswesen als reformbedürftig. Die Untersuchung soll einen Beitrag dazu leisten, die steuerlichen Folgen der Gesundheitsreform zu verdeutlichen und bei den handelnden Akteuren der Reformen eine entsprechende Sensibilität zu wecken. Wo nötig, müsste auch der Gesetzgeber tätig werden, um die auftretenden Verwerfungen und Zweifelsfragen zu beseitigen.

An erster Stelle danke ich der Deutschen Forschungsgemeinschaft, die durch eine großzügige Sachbeihilfe die Entstehung dieses Bandes ermöglicht hat. Während der eineinhalbjährigen Forschungsdauer wurden die Forschungen durch zwei wissenschaftliche Mitarbeiter im Umfang von je einer halben Stelle sowie eine studentische Hilfskraft unterstützt.

Sehr herzlich danke ich auch meinen Mitarbeitern, Herrn Thomas Leibohm und Herrn Björn Volmering, die die Forschungen maßgeblich mit vorangetrieben und geprägt haben. Auch meinen studentischen Hilfskräften, Frau Yvonne Nalleweg und Herrn Stefan Feix, danke ich für die Mitarbeit und insbesondere die umsichtige Erstellung des Manuskripts.

Nicht zuletzt gilt mein Dank auch den vielen Praxis- und Verbandsvertretern, ohne deren Auskünfte und Hilfe dieser Band nicht hätte entstehen können, sowie dem Verlag Mohr Siebeck für die wie immer hervorragende Zusammenarbeit.

Potsdam, im Januar 2010

Andreas Musil

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	V
Abkürzungsverzeichnis	XV

1. Kapitel

Die Auswirkungen der Gesundheitsreform auf den deutschen Krankenhausmarkt

A. Einleitung	1
B. Die Lage auf dem Krankenhausmarkt in Deutschland	2
I. Problemskizze	2
II. Gesundheitsreform und Wettbewerb	3
1. Der gesetzliche Rahmen	3
2. Praktische Umsetzung eines wettbewerblichen Krankenhausmarktes	6
3. Neue Investitionsfinanzierung ab 2012	7
III. Trend zu Privatisierung und Konzentration	9
IV. Trend zum Outsourcing	11
1. Begriff des Outsourcing	11
2. Gründe für Outsourcing-Maßnahmen	12
a) Betriebswirtschaftliche Gründe	12
b) Rechtliche Gründe	13
C. Die Beurteilung der steuerlichen Problemlage durch die Betroffenen	14
I. Überblick über die Kontakte mit Praxisvertretern	14
II. Gespräch mit dem Verband der Universitätskliniken Deutschlands am 20.6.2008	14
III. Gespräch mit der Rhön Klinikum AG am 11.8.2008	15
IV. Gespräch mit dem Bundesverband deutscher Privatkliniken e.V. am 13.8.2008	16
V. Gespräch mit der Vivantes GmbH am 3.9.2008	17
VI. Gespräch mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft am 4.9.2008	18

1. Allgemeine Erörterungen	18
2. Fragen des Gemeinnützigkeitsrechts	19
3. Fragen der Umsatzsteuer	20
VII. Tagung zu steuerlichen Fragen der Hochschulmedizin in Erlangen	20
D. Arbeitsprogramm	22
I. Allgemeines	22
II. Übergreifende Fragestellungen	22
1. Künftige Bedeutung des Gemeinnützigkeitsrechts	22
2. Übergreifende Fragen der Umsatzsteuer	22
3. Ertragsteuerliche Fragen der künftigen Investitionsförderung	23
III. Trägerbezogene Fragestellungen	23
1. Öffentliche Träger und Privatisierung	23
2. Insbesondere: Universitätskliniken	23
3. Gemeinnützige Träger	23
4. Private Träger	24

2. Kapitel

Steuerliche Rahmenbedingungen – Übergreifende Fragestellungen

A. Die Bedeutung und Rechtfertigung des Gemeinnützigkeitsrechts	25
I. Einleitung	25
II. Gemeinnützigkeit und Europäisches Unionsrecht	25
1. Präzisierung der Fragestellung	25
2. Gemeinnützigkeit und Beihilfenverbot	27
a) Einleitung	27
b) Das Urteil des EuGH vom 10.1.2006	27
c) Folgerungen in der Literatur	29
d) Das Gemeinnützigkeitsrecht bewirkt keine Beihilfe	30
3. Gemeinnützigkeit und Grundfreiheiten	31
a) Einleitung – Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes	31
b) Die Rechtslage nach dem Jahressteuergesetz 2009	32
c) Europarechtskonformität von § 51 Abs. 2 AO n.F.	33
aa) Vorgaben des Gerichtshofs in der Rechtssache Stauffer	33
bb) „Struktureller Inlandsbezug“ und Unionsrecht	35
III. Gemeinnützigkeit und allgemeiner Gleichheitssatz	37
1. Gleichheitsrechtliche Ausgangslage	37
2. Persönliche und sachliche Anwendbarkeit des Gleichheitssatzes	39
a) Persönlicher Anwendungsbereich	39

b) Sachlicher Anwendungsbereich – Ungleichbehandlung	39
c) Wesensgleichheit der betroffenen Krankenhausträger	41
3. Die Rechtfertigung der Ungleichbehandlung	42
a) Das Willkürverbot als Prüfungsmaßstab	42
b) Die Staatsentlastung als entscheidender Differenzierungsgrund	44
B. Trägerübergreifende Probleme der Umsatzsteuer	50
I. Die Neuregelung von § 4 Nr. 14 UStG durch das Jahressteuergesetz 2009	50
1. Änderung der Rechtslage	50
2. Die Bedeutung der Gemeinnützigkeit bei Alt- und Neufassung	52
3. Die Neuregelung im Einzelnen	53
4. Die Vereinbarkeit der Neuregelung mit den Vorgaben der MwStSystRL	55
a) Die Rechtsprechung des EuGH	55
b) Folgerungen für die Neuregelung in § 4 Nr. 14 Buchst. b UStG	56
5. Ergebnis	57
II. Outsourcing und Kooperationen als Problemfälle der Umsatzsteuer	57
1. Einleitung	57
2. Grundlegendes	59
a) Outsourcing-Kunde und Outsourcing-Anbieter im Inland	59
b) Outsourcing-Kunde im Inland und Outsourcing- Anbieter im Ausland	60
c) Unvollkommene Steuerbefreiung	60
d) Kooperationen	61
e) Beispiele	62
3. Die umsatzsteuerliche Organschaft	63
a) Voraussetzungen	64
b) Rechtsformfragen	65
c) Probleme der umsatzsteuerlichen Organschaft	66
d) Ende der Organschaft	67
4. Umsatzsteuerliche Probleme von Großgeräte- Kooperationen	67
5. Umsatzsteuerliche Probleme der Personalgestellung	69
a) Begriff und Gründe	69
b) Personalbeistellung und Innenleistung	70
c) Universitätskliniken – Beistandsleistungen	70
d) Steuerbefreiung nach § 4 UStG	72
e) Bewertung	73
6. Resümee und Ausblick	74
III. Krankenhausfinanzierung und Umsatzbesteuerung von Krankenhäusern	75
1. Der Zusammenhang von Krankenhausfinanzierung und Umsatzsteuer	75

2. Entwicklungen bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen in Deutschland	76
3. Der Ansatz Neubauers – Umsatzbesteuerung von 7 % für alle Gesundheitsleistungen	77
a) Problemdiagnose und Lösungsansatz	77
b) Auswirkungen bei den Krankenkassen	79
c) Einsparungen bei den Krankenkassen und teilmonistische Finanzierung	80
4. Neubauers Ansatz ist nicht umsetzbar	80
a) Rechtliche Hürden	80
b) Ökonomische Plausibilität	81
c) Reformvorschlag und Krankenhausfinanzierungsreform	82
d) Gesamtbewertung	83
C. Ertragsteuerliche Fragen der Neuordnung der Investitionsförderung	83
I. Problemdarstellung	83
II. Steuerliche Fragen	84
1. Einleitung	84
2. Die ertragsteuerliche Behandlung von Investitionszuschüssen	85
3. Körperschaftsteuergesetz	87
4. Gemeinnützigkeitsrecht	87
5. Rücklagen und Rückstellungen	88
6. Zusammenfassung	89

3. Kapitel

Steuerliche Rahmenbedingungen – Trägerbezogene Fragestellungen

A. Öffentliche Träger und Privatisierung	91
I. Einleitung	91
II. Tatsächliche Lage – Statistische Daten	92
III. Privatisierungsgründe	93
IV. Steuerliche Probleme im Überblick	95
V. Die Regelbesteuerung von Krankenhäusern in öffentlich-rechtlicher Rechtsform	96
1. Körperschaftsteuer	96
2. Gewerbesteuer	98
VI. Formelle Privatisierung eines ganzen Krankenhauses	99
1. Ertragsteuerliche Aspekte	99
a) Stille Reserven	99
b) Anteile	100
2. Gemeinnützigkeit §§ 51 ff. AO	102

3. Grunderwerbsteuer	103
4. Zusammenfassung	104
VII. Materielle Privatisierung eines ganzen Krankenhauses	104
1. Veräußerung des Zweckbetriebs Krankenhaus	104
2. Materielle Privatisierung durch share deal	105
3. Zusammenfassung	105
VIII. Privatisierung von Betriebsteilen – Outsourcing	105
1. Einleitung	105
2. Die Besteuerung des Outsourcing-Vorgangs	106
a) Anwendbarkeit von § 20 UmwStG	106
b) Ausgegliederte Einheiten als Betrieb oder Teilbetrieb	106
c) Übertragung aller wesentlichen Betriebsgrundlagen	108
d) Ergebnis	109
3. Die Zuordnung der Anteile an der ausgegliederten Gesellschaft	109
4. Gemeinnützigkeitsrechtliche Aspekte	110
5. Zusammenfassung	111
IX. Public Private Partnerships	111
X. Bewertung und Ausblick	111
B. Hochschulmedizin	112
I. Einleitung	112
II. Kooperationsmodell versus Integrationsmodell	113
III. Rechtsformen der Klinika im Einzelnen	114
1. Allgemeines	114
2. Rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts	115
3. Körperschaft des öffentlichen Rechts	115
4. Stiftung des öffentlichen Rechts	116
5. Rechtsform des Privatrechts	117
a) Die GmbH als bevorzugte Rechtsform	117
b) Mannheimer Modell	117
c) Gießen-Marburger Modell	118
d) Sonderformen	118
aa) Regensburger Modell	118
bb) Bochumer Modell	120
cc) Private Universität Witten/Herdecke gGmbH	120
IV. Das Kooperationsmodell im Einzelnen	120
1. Grundlegende Organisationsstrukturen	120
2. Einzelregelungen in den Bundesländern	123
a) Baden-Württemberg	123
b) Organisatorische Besonderheiten in anderen Bundesländern	125
3. Kritische Stellungnahmen zum Kooperationsmodell	126
4. Personalzuordnung im Kooperationsmodell	126
V. Umsatzsteuerliche Probleme des Kooperationsmodells	130
1. Die Personalgestellung als Hauptproblem	130
2. Die Auffassung der Finanzverwaltung	131
a) Gestellung von wissenschaftlichem Personal	131
b) Gestellung von nichtwissenschaftlichem Personal	132
3. Risiken und Lösungsmöglichkeiten	133

a) Risiken bei der Personalgestaltung für die Krankenversorgung	133
b) Beistandsleistung	133
c) Leistungsvereinigung	134
d) GmbH-Modell – Integriertes Kooperationsmodell	135
aa) Grundstrukturen der Organschaft	135
bb) Nutzbarmachung der umsatzsteuerlichen Organschaft für die Hochschulmedizin und Hochschulforschung	137
cc) Bewertung des integrierten Kooperationsmodells	138
4. Gesamtwürdigung und Anregung für den Gesetzgeber	139
C. Gemeinnützige Träger	140
I. Einleitung	140
II. Die Neuregelung des § 67 AO	142
III. Unmittelbarkeit und Holdingstrukturen	143
1. Problemskizze	143
2. Die Grundvorschrift des § 57 Abs. 1 Satz 1 AO und ihre Auswirkungen auf arbeitsteilige Strukturen im Krankenhaus- bereich.....	144
a) Grundlegendes zu § 57 Abs. 1 Satz 1 AO	144
b) Die Anwendung im Einzelfall	146
3. Die Ausnahmenvorschriften des § 57 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 AO	147
a) Einschalten von Hilfspersonen	147
aa) Allgemeine Voraussetzungen	147
bb) Der Fall „DRG-Programm“	149
cc) Veränderte Auslegung von § 57 Abs. 1 Satz 2 AO erforderlich	151
b) Dachorganisationen	152
4. Ausnahmen nach § 58 AO	153
a) § 58 Nr. 1 AO	153
b) § 58 Nr. 2 AO	154
c) § 58 Nr. 3 AO	156
d) § 58 Nr. 4 AO	159
e) § 58 Nr. 7 Buchst. b AO	160
f) § 58 AO und Holdingstrukturen im Krankenhausbereich	161
5. Gesamtbewertung und Alternativen	162
a) Die Unmittelbarkeit als massives Hindernis für effektive Konzernstrukturen	162
b) Aufgabe des Unmittelbarkeitskriteriums?	162
c) Mittelbare Gemeinnützigkeitsförderung als Zweck im Sinne von § 52 AO?	164
d) Mögliche Gestaltungsoptionen	165
e) Alternativen de lege ferenda	165
IV. Selbstlosigkeit und Outsourcing	167
1. Problemaufriss	167
2. Mögliche Formen des Outsourcing im Krankenhausbereich	168
3. Mittelhaltung gem. § 55 Abs. 1 Nr. 1 AO	169

4. Zeitnahe Mittelverwendung gem. § 55 Abs. 1 Nr. 5 AO	171
5. Vermögensverwaltung oder wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb	173
6. Folgerungen und Alternativen de lege ferenda	176
V. Bewertung und Ausblick	176
D. Private Träger	177

4. Kapitel

Zusammenfassung und Ausblick

A. Zusammenfassung der Ergebnisse	179
I. Differenzierung zwischen trägerübergreifenden und trägerbezogenen Fragestellungen	179
II. Ergebnisse der trägerübergreifenden Betrachtungen	180
1. Bedeutung und Rechtfertigung des Gemeinnützigkeitsrechts	180
a) Europarecht und Verfassungsrecht	180
b) Gemeinnützigkeit und Europäisches Unionsrecht	180
aa) Gemeinnützigkeit und Beihilfenverbot	180
bb) Gemeinnützigkeit und Grundfreiheiten	181
c) Gemeinnützigkeit und allgemeiner Gleichheitssatz	181
2. Trägerübergreifende Probleme der Umsatzsteuer	182
a) Die Neuregelung von § 4 Nr. 14 UStG	182
b) Outsourcing und Kooperationen	182
c) Krankenhausfinanzierung und Umsatzsteuer	183
3. Ertragsteuerliche Fragen der Investitionsförderung	183
III. Ergebnisse der trägerbezogenen Untersuchungen	183
1. Öffentliche Träger und Privatisierung	183
2. Hochschulmedizin	184
3. Gemeinnützige Träger	184
a) Die Neuregelung des § 67 AO	184
b) Unmittelbarkeit und Holdingstrukturen	185
c) Selbstlosigkeit und Outsourcing	185
4. Private Träger	186
B. Ausblick	186
Literaturverzeichnis	189
Sachverzeichnis	203

Abkürzungsverzeichnis

a.A.	andere Auffassung
a.a.O.	am angegebenen Ort
a.F.	alte Fassung
Abs.	Absatz
Abschn.	Abschnitt
AEAO	AO-Anwendungserlass
AG	Aktiengesellschaft
AktG	Aktiengesetz
Anm.	Anmerkung
AO	Abgabenordnung
Art.	Artikel
Az.	Aktenzeichen
BayHSchG	Bayerisches Hochschulgesetz
BayUniKlinG	Bayerisches Universitätsklinikagesetz
BB	Der Betriebsberater
Bd.	Band
BDPK	Bundesverband deutscher Privatkliniken
BFH	Bundesfinanzhof
BFH/NV	Sammlung der Entscheidungen des Bundesfinanzhofs
BgA	Betrieb gewerblicher Art
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BStBK	Bundessteuerberaterkammer
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
Buchst.	Buchstabe
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerfGE	Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts (Amtliche Sammlung)
BWKG	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft
d.h.	das heißt
DB	Der Betrieb
ders., dies.	derselbe/dieselbe
DKG	Deutsche Krankenhaus Gesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
Drs.	Drucksache
DStJG	Deutsche Steuerjuristische Gesellschaft
DStR	Deutsches Steuerrecht (Zeitschrift)
DStZ	Deutsche Steuerzeitung
DVBl.	Deutsches Verwaltungsblatt

e.V.	eingetragener Verein
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EFG	Entscheidungen der Finanzgerichte
EG	Europäische Gemeinschaften; Europäische Gemeinschaft (nach dem EGV)
	Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (in der Form des Vertrages von Nizza)
ErbStG	Erbschaftsteuer- und Schenkungsteuergesetz
EstG	Einkommensteuergesetz.
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EuGH	Gerichtshof der Europäischen Union
EuZW	Europäische Zeitschrift für Wirtschaftsrecht
EWS	Europäisches Wirtschafts- und Steuerrecht (Zeitschrift)
f., ff.	folgende, fortfolgende
F.A.Z.	Frankfurter Allgemeine Zeitung
FG	Finanzgericht
FGG	Gesetz über die freiwillige Gerichtsbarkeit
FinMin	Finanzministerium
Fn.	Fußnote
FPÄndG	Fallpauschalenänderungsgesetz
FPG	Fallpauschalengesetz
FR	Finanz-Rundschau
FS	Festschrift
GbR	Gesellschaft des bürgerlichen Rechts
gem.	gemäß
GesR	GesundheitsRecht (Zeitschrift)
GewO	Gewerbeordnung
GewStDV	Gewerbsteuer-Durchführungsverordnung
GewStG	Gewerbsteuergesetz
GG	Grundgesetz
ggf.	gegebenenfalls
GGK	Grundgesetz Kommentar
gGmbH	gemeinnützige GmbH
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GmbHG	Gesetz über die Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GrEstG	Grunderwerbsteuergesetz
GrStG	Grundsteuergesetz
h.M.	herrschende Meinung
H/H/Sp	Hübschmann/Hepp/Spitaler (Kommentar)
HBFG	Hochschulbauförderungsgesetzes
HGB	Handelsgesetzbuch
HHG	hessisches Hochschulgesetz
HMG	Hochschulmedizingesetz
Hrsg.	Herausgeber
HSG	Hochschulgesetz

i.d.R.	in der Regel
i.H.v.	in Höhe von
i.S., i.S.d., i.S.v.	im Sinne, im Sinne des/von
i.V.m.	in Verbindung mit
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
inkl.	inklusive
IStR	Internationales Steuerrecht
JStG	Jahressteuergesetz
JZ	Juristenzeitung
KGaA	Kommanditgesellschaft auf Aktien
KH	Das Krankenhaus (Zeitschrift)
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
KMK	Kultusministerkonferenz
krit.	kritisch
KStG	Körperschaftsteuergesetz
KU	Krankenhaus-Umschau
LHG	Landeshochschulgesetz
LKV	Landes- und Kommunalverwaltung
m.w.N.	mit weiteren Nachweisen
MedR	Medizinrecht (Zeitschrift)
Mio.	Million
Mrd.	Milliarden
MwStSystRL	Mehrwertsteuer-Systemrichtlinie
n. rkr.	nicht rechtskräftig
n.F.	neue Fassung
N.N.	nomen nominandum
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
Nr.	Nummer
NRW	Nordrhein-Westfalen
NVwZ	Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht
NZA	Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht
o.ä.	oder ähnliches
o.g.	oben genannt
OFD	Oberfinanzdirektion
PKV	private Krankenversicherung
PPP	Public Private Partnership
PrOVG	Preußisches Oberverwaltungsgericht
RFH	Reichsfinanzhof
RIW	Recht der internationalen Wirtschaft
Rz.	Randziffer
s.o.	siehe obern
SE	Societas Europaea

SGB	Sozialgesetzbuch
SKFL	Ständige Kommission für Forschung und Lehre“
Slg.	Sammlung der Rechtsprechung des Gerichtshofs und des Gerichts erster Instanz
sog.	so genannt
StEK UStG	Steuererlasse in Karteiform
StuW	Steuer und Wirtschaft (Zeitschrift)
SWI	Steuer und Wirtschaft International (Zeitschrift)
u.a.	unter anderem
u.U.	unter Umständen
UG	Gesetz über die Universität des Saarlandes
UKG	Universitätsklinik-Gesetz
UmwStG	Umwandlungssteuergesetz
UR	Umsatzsteuer-Rundschau
Urt.	Urteil
USA	United States of America
UStB	Der Umsatz-Steuer-Berater (Zeitschrift)
UStG	Umsatzsteuergesetz
UStG-E	Entwurf zum Umsatzsteuergesetz
UStR	Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Ausführung des UstG (Umsatzsteuer-Richtlinien 2008)
UVR	Umsatzsteuer- und Verkehrssteuer-Recht (Zeitschrift)
UWH	Universität Witten/Herdecke
vgl.	vergleiche
vM/K/S	von Mangoldt/Klein/Starck (Kommentar)
Vor.	Vorbemerkung
VUD	Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands
VVDStRL	Veröffentlichungen der Vereinigung der Deutschen Staatsrechtslehrer
VZ	Veranlagungszeitraum
WissR	Wissenschaftsrecht, Wissenschaftsverwaltung, Wissenschaftsförderung
WP	Wirtschaftsprüfer
ZGR	Zeitschrift für Unternehmens- und Gesellschaftsrecht
Ziff.	Ziffer
ZögU	Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen

1. Kapitel

Die Auswirkungen der Gesundheitsreform auf den deutschen Krankenhausmarkt

A. Einleitung

Die organisatorischen Strukturen im deutschen Gesundheitswesen sind derzeit stark im Umbruch. Ausgelöst durch den starken Kostendruck wird seit einigen Jahren nach einer effizienteren und kostengünstigeren Leistungsstruktur gesucht. Betroffen sind alle Bereiche der Leistungserbringung. Allerdings sind die Umstrukturierungen der letzten Jahre in zwei Bereichen besonders ausgeprägt. Zum einen geht es um den Krankenhaussektor, der Konzentrationstendenzen einerseits und Privatisierungsbemühungen andererseits unterliegt. Zum anderen lassen sich unter dem Schlagwort „Kooperation“ neue Formen der Leistungserbringung wie Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren zusammenfassen, deren Ziel ebenfalls die Leistungssteigerung und Kostensenkung ist. Bei all diesen Bemühungen wird von den Reformakteuren dem Steuerrecht mit seinen komplexen Regelungen zu wenig Beachtung geschenkt. Meist werden Reformwege eingeschlagen und hinterher die steuerlichen Folgewirkungen retrospektiv nachvollzogen. Dabei kann es zu erheblichen und unerwünschten Kostenfolgen und Unvereinbarkeiten kommen. Die vorliegende, von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderte Untersuchung setzt sich zum Ziel, die mit Umstrukturierungen einher gehenden steuerlichen Folgen zu beleuchten und aufzuzeigen sowie ggf. auftretende Unvereinbarkeiten und Probleme zu benennen. Auf diesem Wege sollen die Reformvorhaben so begleitet werden, dass deren besseres Gelingen gesichert wird.

Die Untersuchung gliedert sich in zwei große Schritte. In dem vorliegenden ersten Band wird die Lage des Krankenhausesektors in steuerlicher Hinsicht gewürdigt. Der zweite Band wird neue Kooperationsformen und ihre steuerlichen Rahmenbedingungen behandeln. Insgesamt soll so ein übergreifendes Bild der steuerlichen Rahmenbedingungen aktueller, aber auch kommender Reformentwicklungen gezeichnet werden, das den jeweiligen Verantwortlichen als Hilfestellung dienen kann. Im Laufe der Darstellung wird sich zeigen, dass an einigen Stellen auch gesetzgeberisches Handeln erforderlich ist. Insbesondere das geltende Gemeinnützigkeits-

recht ist nicht mehr zeitgemäß, richtet es doch für die wirtschaftliche Betätigung gemeinnütziger Körperschaften signifikante und nicht zu rechtfertigende Hürden auf. Zudem ist seine Vereinbarkeit mit Europäischem Unionsrecht problematisch.

Im Rahmen des ersten Kapitels wird zunächst eine Bestandsaufnahme des sich verändernden Krankenhausmarktes in Deutschland erstellt (B.). Sodann wird die Sicht der am Reformprozess beteiligten Akteure dargestellt, soweit sie sich aus im Rahmen dieses Projektes geführten Gesprächen und besuchten Veranstaltungen gewinnen ließ (C.). Auf dieser Grundlage kann das Arbeitsprogramm für den Hauptteil der Untersuchung, das 2. Kapitel, entworfen werden (D.).

B. Die Lage auf dem Krankenhausmarkt in Deutschland

I. Problemskizze

Die Krankenhausversorgung in Deutschland unterliegt seit geraumer Zeit starken Wandlungen. Diese wurden vor allem ausgelöst durch die Reformbestrebungen des Gesetzgebers, die auf eine Senkung der mit der stationären Versorgung einhergehenden Kosten ausgerichtet waren und sind. Als Mittel der Kostensenkungen rückte mehr und mehr der Wettbewerb zwischen verschiedenen Leistungserbringern in den Blick¹. Schritt für Schritt nähert sich die Gesundheitspolitik der Verwirklichung eines wettbewerblichen Krankenhausmarktes an².

Infolge dieser Reformschritte hat sich die Struktur des stationären Sektors in Deutschland stark verändert. Bis in die 90er Jahre hinein war der Krankenhausesektor in Deutschland von zwei großen Akteursgruppen geprägt. Auf der einen Seite standen die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft – kommunale Häuser und Universitätskliniken –, auf der anderen die gemeinnützigen und kirchlichen Häuser. Seither ist eine dritte Akteursgruppe stark hervorgetreten: die Privatkliniken. Aufgrund des großen Kostendrucks sahen und sehen sich immer weniger Kommunen in der Lage, die von ihnen betriebenen Krankenhäuser ohne fremde Hilfe fortzuführen.

¹ Zum Verhältnis von Wettbewerb und Gemeinwohl siehe die Vorträge auf der Staatsrechtslehrtagung 2009 in Graz; www.staatsrechtslehrer.de; siehe auch *Doege/Martini*, Krankenhäuser auf dem Weg in den Wettbewerb, passim.

² Vgl. *Behrends* in Igl (Hrsg.), *Das Gesundheitswesen in der Wettbewerbsordnung*, S. 114 ff.; *Doege/Martini*, Krankenhäuser auf dem Weg in den Wettbewerb, passim; *Wandschneider*, *Arzt und Krankenhaus* 2007, S. 347.

Als Lösung wird häufig entweder eine vollständige Privatisierung oder zumindest eine Kooperation mit privaten Krankenhausträgern angestrebt³.

Im Folgenden sollen zunächst die gesundheitsreformerischen Schritte zur Verwirklichung einer wettbewerblichen Krankenhausversorgung skizziert werden (II.). Sodann wird auf die Veränderungen bei der organisatorischen Struktur der Akteure auf dem Krankenhausmarkt, insbesondere Privatisierung, Konzentration und Outsourcing, eingegangen (III. und IV.).

II. Gesundheitsreform und Wettbewerb

1. Der gesetzliche Rahmen

Bis in die neunziger Jahre hinein zeichnete den Krankenhausesektor aus, dass sich Krankenhäuser durch den ordnungspolitischen Rahmen und das System der Krankenhausvergütung keinem Wettbewerb ausgesetzt sahen. Ihre Existenz war nicht gefährdet. Dieser Zustand wurde durch eine Reihe von Reformschritten stark modifiziert, die im Folgenden kurz zu skizzieren sind.

Bereits im Jahre 1993 hatte der deutsche Gesetzgeber durch das Gesundheitsstrukturgesetz⁴ versucht, der finanziellen Fehlsteuerung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von 1972 entgegenzuwirken. Ziel der Gesetzgebung war eine leistungsgerechtere Vergütung. Durch tiefgreifende Veränderungen der Struktur und Organisation der Krankenhausvergütung sollten Anreize zu einer effizienten Krankenhausführung geschaffen werden⁵. Das Selbstkostendeckungsprinzip, ein Prinzip, bei dem die Kosten der wesentliche Maßstab für das Finanzierungsvolumen sind, wurde abgelöst, so dass Krankenhausleistungen nicht mehr vollständig erstattet wurden und der Krankenhausträger für mögliche Verluste aufkommen musste. Die genaue Vergütung des Krankenhauses orientierte sich an Tagespauschalen. Im Jahre 1996 wurde durch die Bundespflegesatzverordnung die ausschließliche Abrechnung nach Tagespauschalen um die Abrechnung nach Fallpauschalen ergänzt. So entstand ein Mischsystem aus Tages- und Fallvergütung⁶. Weder das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 noch die

³ Aufgrund der politischen Brisanz von Vollprivatisierungen wird oft eine Kooperation präferiert, vgl. *Rössing, Arzt und Krankenhaus* 2008, S. 114; vgl. auch den offenen Brief von Betriebsräten privater Kliniken in: *Arzt und Krankenhaus* 2009, S. 100 ff.; dazu die Stellungnahme des BDPK, *Bublitz, Arzt und Krankenhaus* 2009, S. 107; *Rudolphie, Deutsches Ärzteblatt* 2007, S. A 1956 f.; insbesondere zu den arbeitsrechtlichen Fragen von Privatisierungsmaßnahmen, *Löser-Priester, Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser und Partizipation der Beschäftigten*, S. 321 ff.; *Kilian, LKV* 2007, S. 145 ff.; *Wollenschläger/Harbou, NZA* 2005, S. 1081 ff.

⁴ Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung v. 21.12.1992, BGBl. I 1992, S. 2266.

⁵ *Eichhorn/Schmidt-Rettig, Krankenhausmanagement*, S. 9.

⁶ *Doege/Martini (Fn. 1)*, S. 25.

Novellierung der Bundespflegesatzverordnung von 1996 haben allerdings zu einer ökonomischeren Krankenhausführung mit der Folge von Kostensenkungen und Verweildauerverkürzungen geführt⁷.

Erst die Gesundheitsreform von 2000 markierte einen Durchbruch hin zu einem wettbewerblichen Krankenhausmarkt. Mit der Gesundheitsreform 2000 wurde die Einführung eines flächendeckenden Fallpauschalensystems für Krankenhäuser in Deutschland ab dem Jahr 2003 normiert, das eine durchgängig leistungsorientierte Vergütung vorsieht. Das am 1.1.2000 in Kraft getretene GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000⁸ formulierte in § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als der zentralen Vorschrift überhaupt:

„Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen; (...) Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen vergütet (...).“

Durch die Einführung der sogenannten DRG-Vergütung (DRG = Diagnosis Related Groups), die zunächst ab dem Jahre 2003 vorgesehen war, wurde ein wettbewerblicher Mechanismus in die Vergütung von Krankenhausleistungen implementiert⁹. Intention des Gesetzgebers war es, den Fehlentwicklungen der Vergütung nach Tagespauschalen entgegenzusteuern. Im Gegensatz zu der Abrechnung nach Tagespauschalen und dem Prinzip der Kostendeckung verfolgt die DRG-Vergütung die Leistungsorientierung. In der Folge soll ein Markt entstehen, in dem Krankenhäuser erstmalig im Wettbewerb um die knappen finanziellen Ressourcen des Gesundheitswesens stehen¹⁰. Die Herausforderung der Einführung der DRG-Vergütung ist für die Krankenhäuser darin zu sehen, dass sie wettbewerbsfähig werden müssen. Die DRG stellen einen Paradigmenwechsel für Krankenhäuser dar, da sie erstmalig Wettbewerb zwischen Krankenhäusern schaffen und die Existenz einzelner Krankenhäuser bedrohen¹¹.

Ausgangspunkt des Wettbewerbsdrucks ist die neue Vergütung der Krankenhausleistungen nach einheitlichen DRG-Fallpauschalen. Krankenhausleistungen werden nun pauschal pro Patientenfall vergütet, unabhängig von den Behandlungstagen oder den erbrachten Einzelleistungen. Hieraus folgt, dass das DRG-System eine Berücksichtigung wirtschaftlicher

⁷ Doege/Martini (Fn. 1), S. 25.

⁸ Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 v. 22.12.1999, BGBl. I 1999, S. 2626.

⁹ Doege/Martini (Fn. 1), S. 22; Seidel-Kwem, ZögU 2005, Beiheft 33, S. 10 f.

¹⁰ Eichhorn/Schmidt-Rettig (Fn. 5), S. 13 f.

¹¹ Vera, ZögU 2005, S. 141 ff.

Aspekte bei der Patientenbehandlung erforderlich macht und eine effiziente und effektive Leistungserstellung der Krankenhäuser honoriert¹².

Vorbild der Reform in Deutschland waren entsprechende Modelle in den USA und in Australien. Bereits 1982 wurden in den USA und in Australien entsprechende Vergütungssysteme eingeführt, um den Wettbewerbsgedanken in den Krankenhaussektor zu transportieren. Auch europäische Nachbarn, wie Frankreich, stellten inzwischen auf ein Fallpauschalensystem um¹³. Ziel war es, die Kosten des Krankenhaussektors zu senken und die Effizienz und Effektivität der Krankenhäuser zu erhöhen. Durch die einheitliche Fallpauschale sollte ein leistungsorientiertes Vergütungssystem für Krankenhäuser etabliert werden.

Mit dem Fallpauschalengesetz (FPG) vom 23.4.2002¹⁴ wurden die erforderlichen näheren Regelungen für das neue Entgeltsystem vorgegeben, insbesondere zur budgetneutralen Einführung in den Jahren 2003 und 2004, zur stufenweisen Angleichung der Krankenhausbudgets an ein landeseinheitliches Preisniveau vom 1.1.2005 bis zum 1.1.2007, zur Vereinbarung des Budgets für das einzelne Krankenhaus und des DRG-Preisniveaus (Basisfallwert) auf der Landesebene. Mit dem Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG) vom 15.12.2004¹⁵ wurden umfangreiche Detailänderungen vorgenommen und insbesondere die Konvergenzphase und damit die Angleichung der einzelnen Krankenhausbudgets um zwei Jahre bis zum 1.1.2009 verlängert. Bei Krankenhäusern, die in der Konvergenzphase höhere Budgetanteile verlieren, wurde dieser Konvergenzprozess bis zum 1.1.2010 verlängert¹⁶. Der Bundestag hat schließlich Ende 2008 das Ende der Konvergenzphase eingeleitet, indem das Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG)¹⁷ beschlossen wurde.

¹² Doege/Martini (Fn. 1), S. 3f.

¹³ Zur Entwicklung des französischen GHM-Systems, Heller, KH 2007, S. 113 ff.

¹⁴ Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser v. 23.4.2002, BGBl. I 2002, S. 1412.

¹⁵ Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften v. 15.12.2004, BGBl. I 2004, S. 3429.

¹⁶ BT-Drs. 16/10807, S. 21; zu den Problemen im Zusammenhang mit der Konvergenzphase, Buscher, KH 2007, S. 19 ff.; Blum/Offermanns/Perner, Arzt und Krankenhaus 2007, Heft 10, S. 8 ff.; Blum/Offermanns/Schilz, KH 2007, S. 109 ff.; Roeder/Hensen/Fiori/Bunzemeier/Loskamp, KH 2004, S. 703 ff.

¹⁷ Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 v. 17.3.2009, BGBl. I 2009, S. 534.

2. Praktische Umsetzung eines wettbewerblichen Krankenhausmarktes

Die praktische Umsetzung der Reform erfolgte in mehreren Schritten. Die Vorbereitungsphase begann im Jahr 2000 mit der Gesundheitsreform und der Auswahl des australischen DRG-Systems. Es folgte die Berechnung der Kostengewichte der einzelnen DRG-Fallgruppen sowie die Erarbeitung bzw. Anpassung der Kodierregeln und Gruppierungskriterien des australischen Systems an das deutsche DRG-System. In der budgetneutralen Phase waren die Krankenhäuser und die Krankenkassen dazu aufgefordert, das in der Vorbereitungsphase entwickelte deutsche DRG-System schrittweise zu übernehmen und erstmalig zur Abrechnung der Patientenfälle einzusetzen. Innerhalb der budgetneutralen Phase war es Krankenhäusern freigestellt, ab dem 1.1.2003 an dem budgetneutralen Optionsmodell teilzunehmen, in dem Krankenhäuser probeweise nach den DRGs abrechnen konnten¹⁸.

Am 1.1.2005 begann die Konvergenzphase, bei der die zu hohen historisch fortgeschriebenen Krankenhausbudgets nach der zweijährigen Budgetneutralität stufenweise auf das Niveau des neuen Vergütungssystems abgesenkt werden sollen¹⁹. Zu diesem Zweck soll der krankenhausspezifische Basisfallwert innerhalb der Konvergenzphase schrittweise an den bundeseinheitlichen Basisfallwert angepasst werden. Im Jahre 2004 ist die Abrechnung von DRG für alle Krankenhäuser und Kassen verpflichtend. Die Einführung ist dabei budgetneutral, d.h. das Krankenhausbudget wird nach klassischem Muster verhandelt, die Abrechnung erfolgt aber bereits über DRG²⁰.

Ab dem Jahre 2009 bzw. 2010 soll mit dem Ende der Konvergenzphase eine volle praktische Umsetzung der angeschobenen Reformmaßnahmen erreicht sein²¹. Insgesamt wurden 3,5 Mrd. Euro zugesagt, um die Mehrkosten der Krankenhäuser aufzufangen. Flankierend enthält das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz eine Reihe von Maßnahmen, die in einer Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit folgendermaßen zusammengefasst werden:²² Zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situati-

¹⁸ Zusammenfassend *Rübsamen*, Verfassungsrechtliche Aspekte des Fallpauschalensystems im Krankenhauswesen (DRG-Vergütungssystem), S. 69 ff.

¹⁹ Dazu *Rübsamen* (Fn. 18), S. 72 ff.

²⁰ *Doege/Martini* (Fn. 1), S. 41; zu Einzelproblemen bei der DRG-Kodierung *Schubel/Bettig*, KH 2009, S. 631 ff.; *Schlottmann/Köhler/Fahlenbrach/Brändle*, KH 2008, S. 1145 ff.; *dies.*, KH 2007, S. 1070 ff.; *Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG)*, KH 2007, S. 1021; *Baum*, KH 2007, S. 925; *Plücker/Wolking*, Arzt und Krankenhaus 2007, S. 9 ff.

²¹ *Rübsamen* (Fn. 18), S. 79.

²² Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 18.12.2008: http://www.bmg.bund.de/cIn_091/nn_1169112/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2008/Presse-4-2008/pm-18-12-08.html?__nnn=true (zuletzt geprüft am 14.12.2009); Übersicht der Positionen der Parteien in KH 2008, S. 561 ff.

on der Krankenhäuser werden ab dem Jahr 2009 die für die Jahre 2008 und 2009 tarifvertraglich vereinbarten Lohn- und Gehaltssteigerungen zu 50 % durch die Krankenkassen refinanziert, soweit diese Erhöhungen die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen überschreiten, und tatsächlich gezahlt werden. Das Statistische Bundesamt wird zudem bis Mitte 2010 einen Orientierungswert ermitteln, der zeitnah die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich erfasst und voraussichtlich ab dem Jahr 2011 als Alternative zur bisherigen strikten Grundlohnbindung der Krankenhauspreise dienen kann.

Um das Mehrausgabenvolumen der Krankenkassen für Krankenhausbehandlungen im Jahr 2009 auf die bei der Festlegung des GKV-Beitragssatzes berücksichtigten und zugesagten 3,5 Mrd. Euro zu begrenzen, werden verschiedene Maßnahmen ergriffen²³:

- Die Konvergenzphase wird um ein Jahr verlängert, so dass die aufgrund eines ungleichgewichtigen letzten Konvergenzschritts entstehenden weiteren Mehrausgaben im Jahr 2009 halbiert werden. Gemessen an der bisherigen Rechtslage, die ein vollständiges Auslaufen der Konvergenzphase vorsah, halbieren sich die konvergenzbedingten Mehreinnahmen bei Krankenhäusern mit Budgetzuwachsen. Bei Krankenhäusern mit konvergenzbedingten Budgetminderungen halbieren sich diese jedoch auch entsprechend.
- Begrenzt auf das Jahr 2009 sind in den einzelnen Krankenhäusern für gegenüber dem Vorjahr vereinbarte Mehrleistungen Preisnachlässe zu vereinbaren. Eine Anrufung der Schiedsstelle ist weiterhin möglich.
- Bei der anteiligen Übernahme der Kosten für tariflich bedingte Mehrausgaben werden die tatsächlichen Verhältnisse in jedem Krankenhaus zugrunde gelegt. Das heißt, dass nur die Kliniken, die die Tariflohnsteigerungen auch tatsächlich weitergegeben haben, eine entsprechende Refinanzierung erhalten. Für Krankenhäuser mit Notlagentarifverträgen gilt diese Regelung nicht.
- Zukünftig müssen die Krankenhäuser verstärkt dafür Sorge tragen, dass die von den Versicherten zu leistenden Zuzahlungen auch tatsächlich gezahlt werden.

3. Neue Investitionsfinanzierung ab 2012

Grundsätzlich soll nach Aussage der Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 18.12.2008 die Investitionsfinanzierung ab 2012 auf Investitionspauschalen umgestellt werden, wenn sich die Länder hierzu entscheiden. Dazu wird ein gesetzlicher Auftrag zur Entwicklung einer Reform der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch leistungs-

²³ Vgl. die o.g. Pressemitteilung.

orientierte Investitionspauschalen bis Ende 2009 erteilt. Die näheren Einzelheiten des Verfahrens hierzu legen Länder und Bund fest. Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene und deren DRG-Institut werden mit der Kalkulation von Investitionsbewertungsrelationen beauftragt. Damit soll den Ländern statt der bisherigen antrags-basierten Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser eine Entscheidung für eine moderne, unternehmerisch orientierte Investitionsfinanzierung auf der Grundlage leistungsorientierter Investitionspauschalen ermöglicht werden²⁴.

Den entsprechenden Reformauftrag konkretisiert § 10 KHG n.F.²⁵. Die Neuregelung wirft eine Reihe von Problemen und Zweifelsfragen auf. In steuerlicher Hinsicht ist das Augenmerk insbesondere auf die Entwicklung der leistungsbezogenen Zuschläge zu richten. Zwischen den unterschiedlichen Organisationsformen der Krankenhausträger (gemeinnützige, gewerbliche, öffentlich-rechtliche) bestehen erhebliche ertragsteuerliche Unterschiede, die nach Auffassung des BDPK dazu führen könnten, dass Rückstellungen für Investitionen bei gewerblichen Krankenhausträgern körperschaftsteuerpflichtig werden könnten²⁶. Die gemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Krankenhausträger, die die Voraussetzungen der §§ 51 ff.

²⁴ Vgl. die Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit v. 18.12.2008 sowie BT-Drs. 16/10807.

²⁵ Dieser lautet: *„(1) Für Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind und Entgelte nach § 17b erhalten, soll eine Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ab dem 1. Januar 2012, für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 Satz 1, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, ab dem 1. Januar 2014 ermöglicht werden. Dafür werden bis zum 31. Dezember 2009 Grundsätze und Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes auf Landesebene entwickelt. Die Investitionsfinanzierung der Hochschulkliniken ist zu berücksichtigen. Die näheren Einzelheiten des weiteren Verfahrens legen Bund und Länder fest. Das Recht der Länder, eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu entscheiden, bleibt unberührt.*

(2) Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 17b Abs. 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 31. Dezember 2009 die Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zu ihrer Ermittlung, insbesondere zur Kalkulation in einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern. In den Investitionsbewertungsrelationen ist der Investitionsbedarf für die voll- und teilstationären Leistungen pauschaliert abzubilden; der Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Die Vertragsparteien nach Satz 1 beauftragen ihr DRG-Institut, bis zum 31. Dezember 2010 für das DRG-Vergütungssystem und bis zum 31. Dezember 2012 für Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 Satz 1 bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen zu entwickeln und zu kalkulieren. Für die Finanzierung der Aufgaben gilt § 17b Abs. 5 entsprechend. Die erforderlichen Finanzmittel sind mit dem DRG-Systemzuschlag zu erheben; dieser ist entsprechend zu erhöhen. Für die Befugnisse des Bundesministeriums für Gesundheit gilt § 17b Abs. 7 und 7a entsprechend.

²⁶ Stellungnahme des BDPK zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 vom 7.11.2008.

AO erfüllen und mit dem Krankenhaus einen Zweckbetrieb i.S.v. § 67 AO begründen, könnten die Fallpauschalen hingegen gem. § 5 Abs. 1 Nr. 9 KStG, § 3 Nr. 6 bzw. Nr. 20 GewStG ertragsteuerfrei vereinnahmen. Bei der Entwicklung und Einführung von Investitionszuschüssen müsse dementsprechend sichergestellt werden, dass Rücklagen für Investitionen für alle Krankenhäuser unabhängig von ihrer Trägerschaft steuerfrei bleiben²⁷.

III. Trend zu Privatisierung und Konzentration

Aufgrund der beschriebenen Gesundheitsreformen ist auf dem Krankenhausmarkt schon seit einer Reihe von Jahren ein Trend zur Privatisierung zu beobachten. Viele Kommunen, aber auch manche Bundesländer, können es sich nicht mehr leisten, Krankenhäuser in eigener Verantwortung zu führen. Deshalb werden finanzstarke Investoren gesucht und immer häufiger in Gestalt der großen privaten Klinikkonzerne auch gefunden. Während in anderen Bereichen des öffentlichen Sektors die Privatisierungseuphorie mittlerweile verflogen zu sein scheint²⁸, hält der Trend im Gesundheitsbereich und hier insbesondere auf dem Krankenhausmarkt weiter an.

Begrifflich wird von Privatisierung im materiellen Sinne immer dann gesprochen, wenn der Krankenhausbetrieb auf ein Privatrechtssubjekt, etwa eine GmbH²⁹, übergeht, und sich der Staat auch vollständig aus der Trägerschaft zurückzieht. Bleibt der Staat hingegen als Träger erhalten und führt den Betrieb lediglich in privater Rechtsform, so spricht man von formeller oder Organisationsprivatisierung³⁰. Im Krankensektor sind beide Formen der Privatisierung auf dem Vormarsch. So hat zum Beispiel das Land Berlin im Wege der Organisationsprivatisierung alle städtischen Häuser in der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH zusammengefasst³¹.

Im Jahr 2008 gab es in Deutschland insgesamt 2.083 Krankenhäuser. Das zahlenmäßige Verhältnis der Krankenhäuser in öffentlicher, gemeinnütziger und privater Trägerschaft³² hat sich seit Beginn der 90er Jahre stark verändert. Lag im Jahre 1991 der Anteil der Krankenhäuser in priva-

²⁷ Dazu noch ausführlich 2. Kap., C.

²⁸ Siehe dazu etwa Süddeutsche Zeitung vom 11.9.2008; Financial Times Deutschland vom 11.9.2008.

²⁹ Zur GmbH im Gesundheitsbereich: *Grabau*, DStR 1994, S. 1032 ff.; *Andreas*, ArztRecht 2006, S. 312 ff.; *ders.*, ArztRecht 2008, S. 239 f.

³⁰ Zu den verschiedenen Privatisierungsbegriffen siehe statt vieler *Schuppert*, Die Verwaltung 31 (1998), S. 415 ff.; *Musil*, Wettbewerb in der staatlichen Verwaltung, S. 409 ff., m.w.N.

³¹ Vgl. <http://www.vivantes.de/web/konzern.htm> (zuletzt geprüft am 14.12.2009).

³² Zur Kategorisierung der Krankenhausträger im Detail: *Lehmann*, Krankenhaus und EG-Beihilferecht, S. 4 ff.

ter Trägerschaft noch bei 14,8 %, so ist er mittlerweile (Stand 2008) auf 30,6 % angestiegen. Der Anteil öffentlicher Häuser sank im gleichen Zeitraum von 46,0 % auf 31,9 %. Der Anteil gemeinnütziger Krankenhäuser stagniert hingegen bei derzeit 37,5 % (1991: 39,1 %) ³³. Generell lässt sich sagen, dass der Trend zur materiellen Privatisierung ungebrochen anhält.

Betrachtet man das Verhältnis der drei Trägerarten nach Bettenzahlen, so bietet sich ein etwas anderes Bild. 49 % der Betten entfielen 2008 auf öffentliche, 35,2 % auf gemeinnützige und 15,9 % auf private Häuser. Das liegt an der Tatsache, dass große Häuser – etwa Universitätskliniken – nach wie vor vorwiegend in öffentlicher Trägerschaft betrieben werden. Allerdings weist auch bei größeren Häusern der Trend in Richtung Privatklinik. Die privaten Klinikkonzerne nehmen zunehmend auch größere Investitionsobjekte ins Visier. Als Beispiel mag die bereits abgeschlossene Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg durch die Rhön Klinikum AG dienen ³⁴. Weitere entsprechende Projekte sind in Vorbereitung ³⁵.

Auch die Organisationsprivatisierung schreitet voran ³⁶. Wurden 2002 lediglich 28,3 % der öffentlichen Krankenhäuser in privatrechtlicher Rechtsform geführt, so waren es im Jahre 2008 bereits 57,7 %. Demgegenüber hat sich der Anteil unselbständig geführter öffentlicher Häuser im gleichen Zeitraum mehr als halbiert (2002: 56,9 %; 2008: 20,6 %).

Mit der Privatisierung geht auch ein Trend zur Konzentration und zur Konzernierung einher. Kleinere öffentliche Häuser werden häufig in private Klinikkonzerne integriert und verlieren so ihre organisatorische Selbstständigkeit. Aber auch im gemeinnützigen Sektor führt der Kostendruck zu einer Konzentrationstendenz. Es wird versucht, Einrichtungen organisatorisch zusammenzufassen, was vor dem Hintergrund des geltenden Gemeinnützigkeitsrechts nicht unproblematisch ist ³⁷.

³³ Zahlen: Statistisches Bundesamt; Link: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1024818> (zuletzt geprüft am 14.12.2009).

³⁴ Zu den damit verbundenen rechtlichen Problemen siehe *Diehm/Wunder*, DÖV 2006, S. 139 ff.; *Leonhard*, DÖV 2006, S. 1035 ff.; *Sandberger*, WissR 2006, Beiheft 17, S. 1 ff.; *Flintrop*, Deutsches Ärzteblatt 2007, S. A 529; *Flintrop/Gerst*, Deutsches Ärzteblatt 2007, S. A 1790 f.; *Flintrop*, Deutsches Ärzteblatt 2006, S. A 984.

³⁵ *Brenner*, Arzt und Krankenhaus 2007, Heft 10, S. 22.

³⁶ Unter Hinweis auf die prinzipielle Vergleichbarkeit der Produktivität von öffentlichen und privaten Häusern, *Paech*, Arzt und Krankenhaus 2008, S. 142 ff.

³⁷ Dazu noch ausführlich 3. Kap., C. III.

Sachverzeichnis

- 7 %-Vorschlag 7, 20
- s. auch Neubauer, Prof. Dr. Günter

- Allgemeiner Gleichheitssatz
- s. Gleichheitssatz
- Anschaffungskosten 86
- Ansprüche bei Ungleichbehandlung 40
- Anstalt des öffentlichen Rechts 123, 127 ff.
- Begriff 115
- Anwendungsvorrang 37
- Apotheke
- s. Krankenhausapotheke
- Arbeitnehmer 69, 127 f.
- Arbeitsprogramm 2, 22, 179
- Arzneimittel 78 f., 81
- Arzt 68
- ärztliche Aufsicht 55
- ärztliche Dienstleistung 76
- ärztliche Heilbehandlung 56
- ärztliche Versorgung 72, 78
- praxis 56, 72
- Assets
- s. Vermögensgegenstände
- Aufsicht
- Aufsichtsrat 115, 118,
- Fachaufsicht 115 f.,
- Rechtsaufsicht 114 ff., 124
- Aufwendungen 88
- Ausland 33 ff., 37, 60
- Ausschüttung 41, 154,
- Gewinnausschüttung 41, 141
- Gewinnausschüttungsverbot 49, 101
- Autonomie der Universitätskliniken 119

- Befreiung
- s. Steuerbefreiungen
- Beihilfe 27 ff.
- Beihilfenrecht 28, 175
- Beihilfenverbot
- s. Gemeinnützigkeit
- Beistandsleistungen 70 f., 133
- Berufsfreiheit 44
- Betrieb 9, 59, 61, 70 ff., 88, 97, 99 ff., 106 ff., 130 f., 174
- aufspaltung 101, 108 ff., 172, 174 f.
- der öffentlichen Hand 98, 102, 151
- einnahmen 86
- Geschäftsbetrieb 19, 28, 38, 46 ff., 63, 96 ff., 106 f, 110, 141, 145 f., 155 ff., 163, 167 ff., 173 ff., 180
- grundlage 107 f.
- Hoheitsbetrieb 96 ff., 100, 130
- im Gemeinnützigkeitssektor 165, 167
- im Outsourcing 12, 58, 63, 182
- Krankenhausbetrieb 98 ff., 104, 108, 110 ff., 116, 143 f., 161, 169, 173
- Teilbetrieb 106 ff., 183
- teile 18 f., 22, 92, 96, 105 ff., 111 f., 183 f.
- vermögen 109 f.
- Zweckbetrieb 19, 29, 38, 46, 52 f., 62 f., 84, 87 f., 97 ff., 102, 104, 109 f., 141 ff., 156, 170, 174 f., 180 f.
- Betriebswirtschaft 12, 58, 63, 165, 167, 182
- Bestuerungsbefugnis 36, 181
- Bundespflegesatzverordnung 3 f.
- Bundesverband deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) 8, 14, 16f., 19

- capital surplus
- s. Kapitalrücklagen

- Dachorganisationen 152, 185
- Diagnosis Related Groups (DRG)
- Begriff 4 ff.
- „DRG-Programm“ 147, 149 ff.
- Erlöse 79
- Fallpauschale 4 f.

- Institute 8
- System 4, 6, 18, 149 f., 184
- Umsetzung 6 f.
- Vergütung 142
- Wettbewerb 6 f.

- earned surplus
 - s. Gewinnrücklagen
- Eigentum 108 f.
 - freiheit 43
 - übertragung 108
 - wechsel 103
- Einkünfte 38, 85 ff., 173
 - Überschusseinkünfte 85 f.
 - Zinseinkünfte 175
- Einrichtung 10, 55, 57, 74, 85, 150, 172, 184
 - gemeinnützige 27, 38 f., 41, 45, 49, 73, 151, 156 f. 170
 - gewerbliche 153
 - medizinische 56, 108, 116 ff., 137
 - öffentlich–rechtliche 56, 139
 - s. auch Anstalt des öffentlichen Rechts
 - private 41, 47
 - soziale 54
 - stationäre 76 f., 83
 - unselbständige 93
 - Zugang 121
 - zur Krankenversorgung 137
- Erbschaftsteuer 38
- Europäischer Gerichtshof (EuGH) 20, 27 ff., 50 f., 54 ff., 56 f., 143
- Europarecht 16, 20 ff., 25 ff., 51, 55, 73, 75, 83, 142, 177, 180, 186
 - Europarechtskonformität 32 ff.

- Fallpauschalensystem
 - s. DRG s. Diagnosis Related Groups
- Finanzierung
 - dualistische Finanzierung 76
 - Investitionsfinanzierung 7 f.
 - s. auch Krankenhausfinanzierung
 - Refinanzierung 7
 - teilmonistische 80
 - Unterfinanzierung 141

- Gebot
 - Gebot der gemeinnützigen Mittelverwendung 170, 172, 185
 - Gebot der Mittelerhaltung 169
 - Gebot der satzungsmäßigen Mittelverwendung 165
 - Gebot der zeitnahen Mittelverwendung 138 f., 168, 171, 185
 - Gleichheitsgebot
 - s. Gleichheitssatz
 - gemeinnützige Körperschaft
 - s. Körperschaft
 - gemeinnützige Zwecke 42, 146, 148, 150, 157 ff., 163 ff, 170
 - Gemeinnützigkeit
 - Beihilfe 27 ff.
 - Beihilfenverbot 25 ff., 180, 186
 - Europäisches Gemeinschaftsrecht 180 f.
 - Gemeinnützigkeitsrecht 13, 16 ff., 25 ff., 30f, 33, 37 ff., 43, 45 ff., 52 f., 69, 87 ff., 95, 98, 102, 104 f., 110 ff., 139 ff., 148, 152, 154, 163, 166 f., 169 f., 174 ff., 179 ff., 186
 - Grundfreiheiten 25 f., 31, 34 ff., 180, 181
 - Künftige Bedeutung 22, 180
 - Liberalisierung 20
 - Outsourcing 167 ff., 173 ff.
 - unzulässige Beihilfe 25 f.
 - Gemeinschaftsrecht
 - Europäisches
 - s. Gemeinnützigkeit
 - Gesetzliche Krankenversicherung
 - s. Krankenversicherung
 - Gesundheitsleistung 76 ff.
 - Gesundheitsreform 1 ff., 9, 16, 92
 - Auswirkungen auf den Krankenhausmarkt 1 ff.
 - s. Diagnosis Related Groups
 - Gesundheitsreformgesetz 4
 - Gesundheitsstrukturgesetz 3f.
 - Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) 3 f., 80, 83
 - Gesundheitsreformgesetz
 - s. Gesundheitsreform
 - Gesundheitsstrukturgesetz
 - s. Gesundheitsreform
 - Gesundheitswesen 1, 4, 28, 58, 74 f., 77, 82, 91, 113 f., 149, 151, 166, 176
 - Gewerbebetrieb
 - s Krankenhausbetrieb

- Gewerbesteuer 38, 64, 98 f., 104, 141, 168
 Gewinnerzielungsabsicht 28, 98
 GKV-Modernisierungsgesetz
 – s. Gesundheitsreform
 Gleichheitssatz
 – Anwendungsbereich 39 ff.
 – Gemeinnützigkeitsrecht 37 ff., 181
 – Rechtfertigung 42ff.
 GmbH 9, 21, 55, 62f., 68 f., 98, 100, 102 ff., 117 ff., 126, 135 ff., 141, 146, 149, 151, 168, 172
 – Pflege GmbH 153
 – s. Vivantes
 Grunderwerbsteuer 16, 23, 92, 95, 103 ff., 183
 Grundgesetz 47
 Grundrechte 45
 – s. auch Gleichheitssatz
 Grundsteuer 38, 104,
 Güter
 – s. Wirtschaftsgüter
 Heil- und Hilfsmittel 82
 Heilbehandlung 50 ff, 54, 56 f., 66, 81
 Heilberuf 60 f.
 Herstellungskosten 86
 Hilfsperson(en) 147 ff., 155 f., 165 f., 185
 – s. auch Hilfspersonal
 Hilfspersonal 62, 72
 Hochschulen
 – s. Universitäten
 Hochschulforschung 137 f.
 Hochschulkliniken
 – s. Universitätskliniken
 Hochschulmedizin 14, 20 f., 112, 119 ff., 123, 130 f., 135, 137 ff., 179, 184 ff.
 Hoheitsbetrieb 96 ff., 130
 Holdingstruktur 143 ff., 147, 151, 153, 161 f., 165f., 188
 Inlandsbezug
 – struktureller 32, 35 ff., 181
 Innenleistung 63, 70
 – s. auch Personalgestellung
 Innovationen
 – s. klinische Forschung
 Integrationsmodell 15, 21, 23, 112 ff., 119, 121
 Integrierte Versorgung 1, 111
 Investitions-
 – finanzierung 7f.
 – förderung 17 f., 23, 79 f., 82 ff., 89, 179, 183
 – kosten 61, 63, 75f., 83
 – güter 79
 – zuschüsse 84 ff.
 – pauschalen 7 ff., 80, 84 f., 89
 – stau 15f., 18, 80, 93, 95
 Jahressteuergesetz 17, 20, 22, 31 ff., 50, 52 f., 68, 142, 181 f.
 Juristische Personen des öffentlichen Rechts 61, 96
 – Anstalten
 – s. Anstalt des öffentlichen Rechts
 – Körperschaften
 – s. Körperschaft
 – Stiftungen
 – s. Stiftung
 Kapital 93, 167
 – Eigenkapital 19, 88 f.
 – Fremdkapital 79, 88
 – Kapitalgesellschaft 28, 89, 100 ff., 106, 135, 146, 152, 160f., 165, 169, 173 ff.
 – Kapitalrücklagen (capital surplus) 89
 – Kapitalverkehrsfreiheit 35, 181
 Klinik 15, 23, 93, 131
 – Klinikkonzerne 9f., 141
 – Klinikleitungen 15
 – Privatkliniken 2, 14, 16 f., 19, 22, 25, 39, 54 f., 57, 89
 – s. auch Universitätskliniken
 Kohärenz 36
 Konzentration 3, 9f., 78
 Konzern
 – s. Klinikkonzern
 Kooperationen 17, 57 ff., 61 ff., 67 ff., 74 f., 78, 111, 114, 182
 Kooperationsmodell 23, 112 ff., 116 f., 119 ff., 123 f., 126 f., 135, 137 ff., 179, 184, 186
 – Baden-Württemberg 123 ff.
 – Bundesländer 125 f.

- Integriertes 135
- Leistungsvereinigung 134 f.
- Organisationsstruktur 87, 95, 120 f., 137
- Personalgestellung 58 f., 68 ff., 126 f., 130 f., 182 f.
- Personalzuordnung 126 ff.
- Körperschaft 19, 33, 87, 97f., 100 f., 109f., 143, 147 ff.
- des öffentlichen Rechts 66, 97, 103, 115 f., 154
- gemeinnützige 29 f., 34, 36, 87, 98, 145 ff., 151, 154, 156, 163, 167, 180
- steuer 21, 38, 136
- Krankenhaus
 - apotheke 73, 107, 146, 148
 - finanzierung 5, 15, 17 f., 75 f., 82, 179, 183f., 187
 - finanzierungsreformgesetz (KHRG) 5f., 75, 80, 84
 - gesellschaft, Deutsche (DKG) 14, 18 ff., 55
 - markt 1ff., 6, 9, 14, 17 f., 22, 25 f., 32, 179 f., 186
 - Organisationsformen 8, 15, 21 ff., 84 f., 135, 137
 - träger 3, 8, 16, 25 f., 32, 40, 48 ff., 58, 63 ff., 83 ff., 119 ff., 140 ff., 185 ff.
- Krankenkassen 6 f., 16, 39, 76, 79 ff., 149
 - Auswirkungen bei Umsatzbesteuerung von 7 % 79 ff.
 - Einsparungen bei Umsatzbesteuerung von 7 % 79 ff.
- Krankenversicherung 79
 - Verband der Privaten
 - Krankenversicherungen 149
- Krankenversorgung 83, 113 ff., 122 ff., 126ff, 137 ff., 140
 - Krankenversorgungsgesellschaft 137
- Labor 12, 51f., 55, 62, 73
- Leistungserbringer 2, 12, 16, 67, 141, 176
- Leistungserbringung 1, 16, 56 f., 70, 94
- Leistungsfähigkeitsprinzip 16
- Leistungsvereinigung 133 f.
- Management 11 f., 167
- Medikamente 78, 81 ff., 146
- Medizinische Versorgungszentren (MVZ) 1, 76, 111
- Mehrwertsteuersystemrichtlinie (MwStSystRL) 51, 80, 182, 186
- Ministerium
 - Bundesministerium für Gesundheit 6
 - Finanzministerium 21, 132 f.
 - Wissenschaftsministerium 118
- Mitgliedsbeiträge 87
- Mittelbeschaffungs 145, 147
 - körperschaft 153, 161 f., 165, 185
 - tätigkeit 158
- Mittelerhaltung 168 f.
- Mittelverwendung
 - s. Gebot
- Neubauer, Prof. Dr. Günter 15, 17, 20, 22, 75, 77 ff.
 - s. 7%- Vorschlag
- Organisationsprivatisierung
 - s. Privatisierung
- Organschaft
 - ertragsteuerliche 137 f.
 - gewerbesteuerliche 64
 - körperschaftsteuerliche 64, 135 ff.
 - Strukturen der 24
 - umsatzsteuerliche 18, 58 f., 62 ff., 74, 135 ff.
- Outsourcing 3
 - Anbieter 59 ff.
 - Begriff 11 f.
 - Betriebsteil 22, 92, 96, 105 ff., 109, 111 f., 183 f.
 - betriebswirtschaftliche Gründe 12 f.
 - Kooperationen 182
 - Kunde 59 f., 64
 - rechtliche Gründe 13
 - Selbstlosigkeit 167 ff.
 - unvollkommene Steuerbefreiung 60 f.
 - Vorgang 106 ff.
- Ökonomische Plausibilität 81 f.
- Patienten 4 ff., 61 f., 72, 76 f., 81 f., 85, 139
- Personalgestellung
 - Innenleistung 70
 - nichtwissenschaftliches Personal 71, 130
 - Personalbeistellung 70

- wissenschaftliches Personal 128
- Pflege 12, 150, 157
- Bundespflegesatzverordnung 3 f.
- Krankenpfleger 157 f.
- Krankenpflegeschule 165
- personal 70, 92
- Pflegedirektor 122
- s. auch GmbH
- Praxisvertretern. 14
- Private Krankenversicherung
- s. Krankenversicherung
- Privatisierung 15 ff., 23
- Entwicklung 91 f.
- formelle 99 ff., 104
- materielle 104 f.
- Organisationsprivatisierung 9 f.
- Privatkliniken
- s. Kliniken
- Privatpatienten 62
- Public Private Partnerships 92, 111
- Rechtfertigung
- der Ungleichbehandlung 16, 19, 42 ff., 181
- des Gemeinnützigkeitsrechts 25 ff., 179 ff.
- des Grundsatzes des Unmittelbarkeit 162
- Rechtsform des Privatrechts
- GmbH 117
- Rechtssicherheit 19
- Rechtssache Stauffer 33 ff.
- Rhön Klinikum AG 10, 14 ff., 113
- Rücklagen 88 ff., 160, 170, 175
- Investitionsrücklage 9, 84, 88 f.
- Kapitalrücklage 89
- Rückstellung 8, 88, 89
- Selbstlosigkeit 19, 23 ff, 49, 102, 110, 152, 158 ff, 163, 176, 185
- s. auch Outsourcing
- Share deal 104 f.
- Sozialstaatsprinzip 47 f.
- Sozialversicherung
- Sozialversicherungssystem 75
- Sozialversicherungsträger 52, 75
- Spenden 87, 139, 153 f., 171,
- Spendenabzug 38
- Staatsentlastung 36, 44 ff.
- Stauffer
- s. Rechtssache Stauffer
- Steuerbefreiungen
- für Auslandstätigkeiten 32
- für gemeinnützige Körperschaften 29
- für inländische Körperschaften 31 f.
- Grunderwerbsteuer 103
- Körperschaftsteuerbefreiung 31, 38, 49
- Mehrwertsteuerbefreiung 78
- Umsatzsteuerbefreiung 50 ff., 61 ff., 72, 75
- Unvollkommene 60
- Steuerfreiheit 52, 63, 68, 71, 73, 96 f.
- Steuerpflicht 23, 41, 49, 60 171, 183
- Gewerbesteuerpflicht 98
- Grunderwerbsteuerpflicht 105
- Körperschaftsteuerpflicht 84, 99, 109
- Mehrwertsteuerpflicht 77 f., 80
- Umsatzsteuerpflicht 21, 52, 61 ff., 65, 67, 74, 126, 133 f., 139, 182
- Steuervergünstigung 27 ff., 33, 36 f., 45 f., 49, 95, 142, 151, 154, 164, 180
- Stiftung des öffentlichen Rechts 27 f. 34 ff. 65., 116
- Stille Reserven 99
- Streitschlichtungsmechanismus 124
- Subsidiarität 94
- Subsidiaritätsprinzip 47
- wirtschaftlicher Betätigung 154
- Träger
- Gemeinnützige 16, 19, 23 ff., 30, 41, 58, 106, 140 ff., 176, 184 ff.
- Öffentliche 23, 52, 91 ff., 183 f.
- Private 16, 24, 91, 177, 186
- Teilbetrieb 106 ff., 183
- Umsatzsteuer
- Beistandsleistung 70 ff., 133 ff.
- Großgeräte-Kooperation 58 f., 67, 69
- Organschaft 58 ff., 63 ff., 74, 136 ff., 182
- Probleme 50 ff.
- Ungleichbehandlung 16, 19, 39 f., 42, 85, 89, 181
- Universitätskliniken 2, 10, 14, 16, 23, 66, 70, 112 ff., 121 ff., 130, 132, 184
- s. auch Klinik
- Unmittelbarkeit
- Unmittelbarkeitsgebot 142, 153, 158

- Unternehmensbegriff 27
- Unternehmereigenschaft 21, 59, 140
- Verband der Universitätskliniken Deutschlands 14
- Verhältnismäßigkeitsprüfung 42, 44
- Verluste 3, 13, 17, 20, 110, 141
- Vermögen 100, 103 f., 124, 141, 163, 170 f., 175, 183
 - Vermögensbindung 101, 103 f., 170
 - Vermögensgegenstände (Assets) 59 f., 170
 - Vermögensmasse 66, 135
 - Vermögenminderung 169
 - Vermögensverwaltung 28, 38, 61, 96, 100, 105, 110, 159, 168, 173 ff.
 - Vermögenswerte 102 ff., 167
- Verselbstständigung der Universitätskliniken 114 f., 127
- Versorgung 2, 39, 45, 72, 76 ff., 83, 111, 139, 158
 - eines Krankenhauses 2f., 80
 - integrierte 1, 177
 - leistung 81, 85
 - markt 76 f.
 - vertrag 51, 57
- Versorgungseinrichtung 83, 85
 - s. auch Einrichtung
- Versorgungszentren, medizinische 1, 76, 111, 127
 - s. Medizinische Versorgungszentren
- Vivantes GmbH 17
- Wahlrecht 65, 86, 129
- Wahlleistung 19, 143
- Wettbewerb 2 ff, 10, 49, 74, 176
 - im Krankenhausmarkt 4, 46
 - Wettbewerbsdruck 4, 143
 - Wettbewerbsfreiheit 44, 46 ff.
 - Wettbewerbsgleichheit 46, 50, 166
 - Wettbewerbsneutralität 23, 50, 55, 96, 182
 - Wettbewerbsverfälschung 66
 - Wettbewerbsverzerrung 30, 36, 82, 89, 94, 163
 - Wettbewerbsvorteile 49, 171
 - s. Diagnosis Related Groups
- Willkürverbot 42
- Wirtschaftlichkeit 122 f., 166 f.
- Wirtschaftsgüter 86, 106, 168
- Zweckbetrieb
 - s. Betrieb