

Steuern zahlen hilft Sparen

Univ.-Prof. Dr. rer. pol. G. Neubauer
Dipl.-Volksw. A. Beivers

Veröffentlicht in:

Neubauer, G., Beivers, A. (2009), Steuern zahlen hilft sparen, in: Preusker, U., Lohmann, H. [Hrsg.],
Zukunft der Gesundheitswirtschaft – Geschäftsmodell Systempartnerschaften, Hüthig Jehle Rhem
Verlag Economica, Heidelberg, Seiten 115-124

1. Mehrwertsteuerbefreiung für Gesundheitsdienstleistungen

Nach den deutschen Umsatzsteuerrichtlinien sind Gesundheitsdienstleistungen von der Mehrwertsteuer befreit, wenn sie der medizinischen Betreuung durch Diagnostizieren und Behandeln von Krankheiten und Gesundheitsstörungen dienen. Zu den wichtigsten Gesundheitsdienstleistern zählen Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte und Zahnärzte, Rehabilitationskliniken sowie Heilmittelbetriebe. Bei Vorliegen medizinisch nicht notwendiger Leistungen (z.B. ästhetische Operationen oder Mitaufnahme von medizinisch nicht indizierten Begleitpersonen) wird hingegen eine Mehrwertsteuer von 19% erhoben, wie auch im Bereich der Arzneimittel und der Hilfsmittel. Im letzten Bereich schwanken die Mehrwertsteuersätze zwischen 7% und 19% je nach Produkt. Die Abbildung 1 gibt einen Überblick über die unterschiedlichen Mehrwertsteuersätze¹.

Die Mehrwertsteuerbefreiung für Gesundheitsdienstleistungen wird vor allem damit begründet, dass Gesundheitsleistungen sozial wichtig sind und dass der Staat, d.h. die Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts nicht an den Staat, d.h. an den Bund und die Länder, Mehrwertsteuer zahlen sollen. Die Mehrwertsteuerbefreiung hat allerdings zur Folge, dass den Leistungserbringern kein Vorsteuerabzug gewährt wird.

¹ kma (2008), Warum die Umsatzsteuerpflicht für Krankenhäuser der Gesundheitswirtschaft zu mehr Geld verhelfen soll und warum das nicht funktioniert, plus kma report, Umsatzsteuer, November 2008.

2. Mehrwertsteuerbefreiung: Ein fraglicher Vorteil

Der gewollte Vorteil fehlender Mehrwertsteuerpflicht für Gesundheitsdienstleistungen wird in Zeiten einer sich intensivierenden Arbeitsteilung immer fraglicher. Insbesondere in den letzten Jahren wurde das deutsche Gesundheitswesen dazu gedrängt, vorhandene Effizienzpotenziale zu realisieren. Dies wurde und wird vor allem durch eine zunehmend arbeitsteilige Herstellung versucht umzusetzen, z.B. mit dem Outsourcing einzelner Leistungsbereiche und somit mit einer Erhöhung des mehrwertsteuerpflichtigen Sachkostenanteils. Insbesondere hier sind die bestehenden umsatzsteuerrechtlichen Regelungen im Gesundheitswesen eher hemmend und führen zu Verzerrungseffekten. Dies ist deutlich am Beispiel des Krankenhaussektors zu erkennen, dessen Leistungen von der Mehrwertsteuer befreit sind. Die eingesetzten Vorleistungen werden steuerlich mit durchschnittlich ca. 14% belastet (die mit 7% Mehrwertsteuer belasteten Lebensmittel drücken den 19%igen Steuersatz), ein Vorsteuerabzug ist nicht möglich. Zu Verzerrungseffekten kommt es nun dadurch, dass Krankenhäuser einen steuerlichen Vorteil zwischen 7% und 19% gegenüber privaten, externen Gesundheitsdienstleistern haben. Diese externen Gesundheitsdienstleister müssen ihren Endpreis um die Mehrwertsteuer erhöhen und sind damit i.d.R. teurer als Krankenhäuser bei Eigenerstellung, ohne Vorsteuerabzugsmöglichkeit.

So haben Krankenhäuser einen spürbaren Nachteil, wenn sie sich am Prozess der wirtschaftlichen Arbeitsteilung und Spezialisierung beteiligen, da der Bezug von fremd erbrachten Leistungen durch die Mehrwertsteuer zu einem um 19% erhöhten Preis führt.

Aus diesem Grund kommt es im Krankenhaussektor zu einer – im Vergleich zu anderen Wirtschaftszweigen – viel zu geringen Vorleistungsquote, was man an dem durchschnittlichen Sachkostenanteil deutscher Krankenhäuser von ca. 35% erkennen kann.

So wirkt die Mehrwertsteuerbefreiung – verbunden mit dem Verbot zum Vorsteuerabzug - als eine Hürde zur arbeitsteiligen, effizienten Produktion. Generell fungiert der fehlende Vorsteuerabzug auch als Innovationsbremse², weil neue Technologien von externen Spezialisten oder Kooperationen (z.B. durch Outsourcing) aufgrund der 19%igen Mehrwertsteuerpflicht nicht angeschafft, bzw. eingegangen werden.

Eine weitere Folge sind aufwendige Betriebsgestaltungen, wie die Gründung von Organgesellschaften. Dies ist suboptimaler Weg, da auf die zahlreichen Vorteile moderner Arbeitsteilung verzichtet wird, wie die Konzentration auf Kernaufgaben um damit höhere Qualität bei der Kernleistung zu erzielen – bei gleichzeitiger Risikoabgabe an den Spezialisten.

3. Unser Vorschlag: Reduzierte Mehrwertsteuerpflicht und Recht auf Vorsteuerabzug

Um die Verzerrungseffekte im Status quo zu beheben, halten wir die Einführung eines ermäßigten Mehrwertsteuersatzes von 7% auf alle Gesundheitsdienstleistungen für zielführend. Dies betrifft den Krankenhausbereich genauso wie die ambulantärztliche Versorgung (inklusive Zahnarzt und Zahnersatz), die Arzneimittel sowie die sonstigen Gesundheitsleistungen (v.a. med. Rehabilitation und Heilmittel). Simultan dazu werden alle Vorleistungen vorsteuerabzugsfähig. Insbesondere im Bereich der Arzneimittel, die im Status quo mit 19% besteuert werden, führt eine 7%ige Besteuerung zu einer Verringerung der Steuerlast um 12 Prozentpunkte.

Neben deutlichen fiskalischen Auswirkungen trägt eine ermäßigte Mehrwertsteuer auf Medikamente vor allem zu einer Harmonisierung der europäischen Mehrwertsteuersätze bei.

² Siehe: Lohmann, H. (2008), Mehrwertsteuer als Innovationsmotor, kma - Das Gesundheitswirtschaftsmagazin, 31.07.2008, kma-online.de.

So beträgt der Mehrwertsteuersatz für Medikamente in den Niederlanden beispielsweise nur 6% für alle Arzneimittel, in Großbritannien gar 0% für verschreibungspflichtige Arzneimittel und 17,5% für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel.

Aus diesem Grund halten wir eine Harmonisierung im europäischen Raum für dringend angesagt, insbesondere vor dem Hintergrund eines sich zunehmend europäisierenden Arzneimittelmarktes, wie das Beispiel der Versandapotheken mit Sitz in Holland zeigt.

4. Monetäre Effekte einer reduzierten Mehrwertsteuerpflicht für die Krankenkassen

Versucht man eine Abschätzung der durch eine ermäßigte Mehrwertsteuerpflicht auf Gesundheitsleistungen sich ergebenden monetären Effekte auf die Kostenträger, d.h. die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Private Krankenversicherung (PKV), so zeigen erste Berechnungen, dass es in einzelnen Bereichen zu Mehrausgaben und in anderen Bereich zu Minderausgaben kommt, von denen wir hier nur die wichtigsten ansprechen. Wir gehen bei unseren Berechnungen davon aus, dass die Leistungserbringer monetär nicht besser und nicht schlechter gestellt werden, und dass die sich ergebenden finanziellen Effekte (positive wie negative) an die Kostenträger, als die „Endverbraucher“, weitergegeben werden.

Für die Kostenträger käme es im Krankenhausbereich zu Mehrausgaben von ca. 1,45 Mrd. Euro und bei Rehabilitationskliniken zu Mehrausgaben von rund ca. 70 Mio. Euro. Dies ist vor allem durch den bereits angesprochenen relativ niedrigen Anteil an Vorleistungen bedingt. Diese geringen Vorleistungen werden im Status quo noch zum größten Teil über sogenannte, steuerbefreite „Organgesellschaften“ erbracht. Würde nun eine reduzierte Mehrwertsteuerpflicht auch für die Organgesellschaften eingeführt werden, so würde dies für die Krankenhäuser - durch die Gewährung des Vorsteuerabzuges - zu ungefähr 350 Mio. Euro Entlastungen in diesem Bereich führen.

Dem entgegen hätten die Kostenträger im Bereich der niedergelassenen Ärzte rund 610 Mio. Euro geringere Ausgaben auf Grund deren hohen Vorleistungsanteils von 54,8%. Analog dazu kommt es auch bei den sonstigen Gesundheitsleistungen, wie beispielsweise bei den Hilfsmitteln (mit einer Vorleistungsquote von ca. 40%) zu Minderausgaben für die Krankenkassen von rund 42 Mio. Euro.

Die größte Entlastung der Kostenträger brächte aber die Verringerung des Mehrwertsteuersatzes bei Arzneimitteln um 12 Prozentpunkte von 19% auf 7%. Dies würde bei den Kostenträgern zu erheblichen Minderausgaben in Höhe von rund 2,8 Mrd. Euro führen, die sich beim Staat (Bund und Länder) zu Steuerausfällen in gleicher Höhe summieren würden.

Bezieht man nun noch die staatliche Investitionsförderung für die Krankenhäuser mit ein, die sogenannten KHG-Fördermittel, mit denen sich Krankenhäuser Investitionsgüter anschaffen, die wiederum mit Mehrwertsteuer belegt sind, ergeben sich zusätzliche Effekte. So betragen die KHG-Fördermittel der Länder im Jahr 2008 rund 2,7 Mrd. Euro. In unseren Berechnungen haben wir geschätzt, dass diese 2,7 Mrd. Euro³ in gleicher Höhe bei den Kliniken - als Ausgaben für Investitionen - mit 19% MwSt. belastet sind. Die bedeutet, dass die Krankenhäuser von den rund 2,7 Mrd. Euro erhaltenen Fördermittel wieder rund 430 Mio. Euro an den Staat als Mehrwertsteuer fließen. Hinzu kommen die von den Kliniken über DRG-Erlösen oder über Fremdkapital eigenfinanzierten Investitionen, bei denen die Krankenhäuser wiederum Mehrwertsteuer an den Staat abführen. Diese werden per annum auf rund 2,4 Mrd. Euro geschätzt. Demzufolge führen die Krankenhäuser auch in diesem Bereich rund 380 Mio. Euro Mehrwertsteuer an den Staat ab.

Gewährt man nun den Krankenhäusern das Recht zum Vorsteuerabzug, führt dies alleine im Bereich der Investitionsmittel (KHG-Fördermittel und eigenfinanzierte Investitionen) – unter der Annahme, dass die Krankenhäuser den Vorsteuerabzug voll an die Kostenträger weiterreichen, bei diesen zu Entlastungen in Höhe von rund 810 Mio. Euro (430 Mio. Euro + 380 Mio. Euro) und beim Staat (Bund und Länder) zu Mindereinnahmen in gleicher Höhe.

³ Deutsche Krankenhausgesellschaft (2008), Foliensatz Krankenhausstatistik 2008/2009, Berlin.

Fasst man alle genannten Effekte zusammen, so ergeben sich für die Kostenträger, d.h. der GKV und PKV durch die Einführung einer ermäßigten Mehrwertsteuerpflicht auf Gesundheitsdienstleistungen und der gleichzeitigen Berechtigung zum Vorsteuerabzug in summa Minderausgaben in der Höhe von ca. 2,7 Mrd. Euro. Spiegelbildlich dazu belaufen sich die Mindereinnahmen des Staates auch auf 2,7 Mrd. Euro. Die Abbildung 2 (siehe Anlage) stellt die Rechenergebnisse graphisch dar.

Wie unsere Schätzergebnisse zeigen, hat die Einführung einer ermäßigten Mehrwertsteuer auf Gesundheitsdienstleistungen bei gleichzeitiger Reduktion des Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel um 12 Prozentpunkte einen mächtigen.

Problematisch erweist sich vor allem für eine Realisierung, dass es auf Seiten des Staates, d.h. des Bundes und der Länder, zu Mindereinnahmen kommt, denen Minderausgaben von GKV und PKV in gleicher Höhe gegenüberstehen.

5. Teilmonistische Finanzierung der Krankenhausinvestitionen

Unseren Vorschlag einer 7%igen Besteuerung von Gesundheitsleistungen und einer Reduktion der Mehrwertsteuerpflicht auf Arzneimittel um 12 Prozentpunkte sehen wir als einen pragmatischen Lösungsansatz für die Einführung einer teilmonistischen Krankenhausfinanzierung.

Wie die Abbildung 2 zeigt (siehe Anlage), kommt es durch die Einführung der Mehrwertsteuerpflicht für die GKV und PKV zu Minderausgaben in Höhe von rund 2,7 Mrd. Euro, beim Staat (d.h. bei Bund und Ländern) zu Steuerausfällen (Mindereinnahmen) in gleicher Höhe, vor allem bedingt durch Mehrwertsteuerausfälle bei. Diese Mittel (d.h. die 2,7 Mrd. €) sollten zur teilmonistischen Finanzierung der Krankenhausinvestitionen verwendet werden.

Die 2,7 Mrd. Euro könnten demnach von der GKV & PKV als Investitionszuschläge auf die Fallpauschalen (sogenannte Investitionspauschalen) an die Krankenhäuser fließen, ähnlich wie es im Entwurf des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG)⁴ vorgesehen werden.

Die direkte Förderung der Bundesländer nach KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) würde davon unbenommen bleiben. Dies würde somit zu einer Verdoppelung der Investitionsfördermittel im Krankenhausbereich führen. Der Investitionsstau in deutschen Krankenhäusern würde damit ein Stück abgebaut werden.

Zum andern könnten die Bundesländer weiterhin über ihre Investitionsförderungs- und planung Einfluss auf die regionale Krankenhausversorgung nehmen, wenn auch abgeschwächt.

Die Last einer „Verdoppelung“ der staatlichen Fördermittel würde paritätisch von Bund und den Länder, d.h. jeweils zur Hälfte, getragen werden. Durch diese Art der Lastenteilung ergeben sich zwei zentrale Vorteile:

Zum einen werden Bund und Länder gemeinsam an der Finanzierung der Krankenhäuser beteiligt, andres als im Vorschlag von Prof. Rürup⁵, der eine alleinige Finanzierung durch die Länder forderte. Zum anderen werden somit die Krankenkassen indirekt von der Finanzierung des Investitionsstaus über die Betriebskosten entlastet, was hilft, Beitragssatzerhöhungen zu dämpfen. Die von der Bundesregierung im Entwurf des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG)⁶ angedachten rund 3,5 Mrd. Euro zur Unterstützung der Krankenhäuser sollen primär über Beitragssatzerhöhungen finanziert werden, ohne dass die Investitionskraft gestärkt wird.

⁴ Deutscher Bundestag (2008), Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG), Drucksache 16/10807, 07.11.2008

⁵ Rürup, B., Albrecht, M., Igel, C., Häussler, B. (2008), Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin.

⁶ Deutscher Bundestag (2008), Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG), Drucksache 16/10807, 07.11.2008

Über die Einführung der teilmonistischen Finanzierung könnte man auch die Investitionsmittel erhöhen, ohne das System stärker steuerfinanziert zu gestalten. Die Krankenhäuser erhalten ein Stück Investitionsautonomie – bei gleichzeitigem Abbau der Innovationsbremsen.

6. Überblick über die volkswirtschaftliche Effekte

Durch die Einführung eines über alle Sektoren gleichen MwSt.-Satzes innerhalb des Gesundheitswesens wäre ein weiterer Schritt von der Sozialversicherung hin zur Gesundheitswirtschaft getan. Eine Reihe von Vorteilen ergeben sich daraus:

Durch die Einführung einer reduzierten Mehrwertsteuerpflicht für Gesundheitsdienstleistungen kommt es zu mehr Wirtschaftlichkeit, da sich die Leistungserbringer auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren.

Somit nimmt die ökonomisch effiziente Arbeitsteilung auch im Gesundheitswesen zu. Dies wird sich vor allem in einem zunehmenden Outsourcing von Bereichen, die nicht zur Kernkompetenz gehören, äußern. Das begünstigt vor allem vielen Klein- und Mittelständischen Unternehmen (KMUs), die im Gesundheitswesen tätig sind. Diese KMUs leiden derzeit unter einer ihrer höheren Mehrwertsteuerbelastung gegenüber den Organgesellschaften der Krankenhäuser. Dies kann durch den Vorschlag neutralisiert werden⁷.

Durch die verstärkte Einbindung externer Spezialisten wird das Innovationstempo beschleunigt und zugleich ein positives Investitions- und Innovationsklima erzeugt. Es zeigt sich, dass die spezialisierten Dienstleister eine signifikant höhere Investitionsquote als andere Leistungserbringer haben, was sich somit wiederum positiv auf den Abbau des Investitionsstaus auswirkt.

⁷ siehe auch: Lohmann, H. (2008), Strategische Partnerschaften: Innovationsbremsen lösen, in: f&w, 7. Nationales DRG-Forum plus - Herausforderungen, Nr.2, 25. Jahrgang, März/April 2008, Seite 151

Wichtig ist auch festzuhalten, dass es die Einführung der Teilmonistik zu einer verstärkten Harmonisierung der Investitionsfinanzierung im Gesundheitswesen führt. Damit bekommt auch die Integrierte Versorgung Auftrieb.

International betrachtet kommt es durch die Reduktion des MwSt.-Satzes auf Medikamente um 12 Prozentpunkte zu einer deutlichen Harmonisierung der europäischen Medikamentenbesteuerung (MwStSystRL 550, Art.132 & Art. 133).

Zugleich werden die Steuervorteile des ausländischen Versandhandels gegenüber inländischen Apotheken merklich abgebaut, wenn auch nicht gänzlich beseitigt.

Ein weiterer wichtiger Punkt, bezogen auf die Gewährung des Rechtes zum Vorsteuerabzug ist die zukünftige Neutralisierung der Gesundheitsdienstleister für zukünftige Mehrwertsteuererhöhungen sowie inflationäre Preissteigerungen.

7. Ausblick: Reduzierte Mehrwertsteuer auf Gesundheitsleistungen vor dem Hintergrund des KHRG

Der Entwurf zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) [Stand Dezember 2008] weist eine Reihe von Veränderungen auf, wenngleich der Gesetzesentwurf keinen neuen Rahmen für die Krankenhausfinanzierung in Deutschland vorgibt. Ein wichtiger Punkt in der aktuellen Finanzierungsnot ist die gezielte finanzielle Unterstützung der Krankenhäuser mit einzelnen Maßnahmen, wie die anteilige Finanzierung der Lohnerhöhung durch die Krankenkassen, die Schaffung von 21.000 neuen Pflegestellen (bei 30%iger Eigenbeteiligung der Krankenhäuser) als auch die Streichung des Sanierungsbeitrages für die Krankenkassen.

Insgesamt summieren sich die geplanten Finanzhilfen auf rund 3,5 Mrd. Euro. Alle Maßnahmen sind auf die laufenden Betriebskosten bzw. Erlöse gerichtet. Unser Vorschlag zur Einführung einer teilmonistischen Finanzierung und einer beinahe Verdoppelung der Fördermittel hingegen zielt auf eine mittelfristige Stärkung der Investitionsmittel.

Dies hilft zum einen den Krankenhäusern in ihrer Investitionsplanung und zum anderen werden dadurch die genannten Innovationsbremsen gelöst⁸. Die Finanzierungshilfen werden unserem Vorschlag zufolge nicht an einzelne Maßnahmen gebunden, sondern sind eine Rahmenvorgabe. Wie die Krankenhäuser das Geld am effizientesten (v.a. in Rationalisierungsinvestitionen) einsetzen, bleibt den einzelnen Krankenhausunternehmen überlassen.

Es wird ihre unternehmerische (Investitions-) Autonomie gestärkt. Darüber hinaus führt unser Vorschlag nicht zu einer Erhöhung der Krankenkassenbeiträge, sondern wird über verminderte Mehrwertsteuereinnahmen des Staates (d.h. des Bundes und der Länder) finanziert. Dies führt zu einer schon seit Jahren von Experten geforderten stärkeren indirekten Steuerfinanzierung ohne staatliche Regulierungskonsequenzen und nimmt Druck vom Beitragssatz der GVK – und somit auch von den Lohnnebenkosten.

⁸ Lohmann, H. (2008), Strategische Partnerschaften: Innovationsbremsen lösen, in: f&w, 7. Nationales DRG-Forum plus - Herausforderungen, Nr.2, 25. Jahrgang, März/April 2008, Seite 151

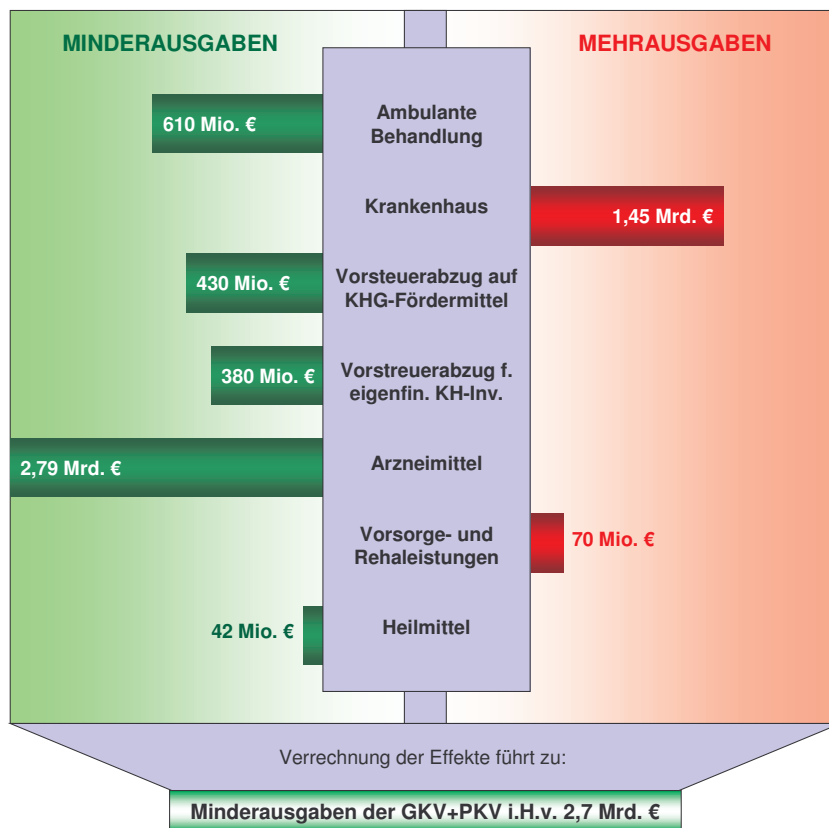
8. Anhang

Abbildung 1: Mehrwertsteuerbelastungen der einzelnen Bereiche des Gesundheitswesens

Krankenhaus	Vertrags(Zahn)-Ärzte	Rehabilitation (ambulant & stationär)	Arzneimittel	Heil- und Hilfsmittel
keine MWSt.-Pflicht kein Vorsteuerabzug	keine MWSt.-Pflicht kein Vorsteuerabzug	keine MWSt.-Pflicht kein Vorsteuerabzug	19%-ige MWSt.-Pflicht	0%-ige bis 19%-ige MWSt.-Pflicht
Leistungen, die nicht der medizinischen Betreuung durch diagnostizieren und behandeln von Krankheiten und Gesundheitsstörungen dienen wird eine Mehrwertsteuer von 19% erhoben				

Quelle: IfG (2008)

Abbildung 2: Netto-Effekte für die Kostenträger sowie für den Staat bei Einführung einer reduzierten MwSt.-Pflicht



Datenquelle: DKG, Zahlen, Daten, Fakten (2008); eigene Berechnungen