Berlin, 21.10.2011

Stellungnahme des

Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V.

zur Reform der Beihilfevorschriften für DAWI

an die Europäische Kommission

Inhalt **Seite**

I. Anforderungen an einen fairen Krankenhausmarkt 2

II. Änderungsbedarf 3

II. Änderungsvorschläge
1. Ergänzung von Artikel 3 (Betrauung) 5
2. Ergänzung von Artikel 7 (Meldungen) 6
3. Ergänzung der Erwägungsgründe nach Erwägungsgrund (8) 7

Anlage 1: Krankenhausmarkt in Deutschland
Anlage 2: Aktuelle Presseveröffentlichungen

I. Anforderungen an einen fairen Krankenhausmarkt im Europäischen Binnenmarkt

In Deutschland übernehmen Krankenhäuser – egal in welcher Trägerschaft - in vollem Umfang den Versorgungsauftrag, der sich aus dem, vom jeweiligen Bundesland erstellten, Krankenhausplan für die Region ergibt. Grundsätzlich werden alle Krankenhäuser dafür auch nach gleichen Prinzipien vergütet. (Vgl. **Anlage 1:** Krankenhausmarkt in Deutschland). Die Vergütung leitet sich aus einer objektiven, transparenten und gerechten öffentlichen Entgelt- und Fördersatzermittlung ab, die laufende Betriebskosten durch die fallbezogenen Krankenhausentgelte und die Investitionskosten durch eine gesetzlich geregelte Investitionsfinanzierung deckt.

Es ist von der nationalen Gesetzgebung der Bundesrepublik Deutschland gewollt, dass die Krankenhäuser miteinander im Wettbewerb stehen. Der Wettbewerb soll wirtschaftliche Effizienz der Krankenhäuser erhöhen und die Behandlungsqualität der Patienten verbessern. Zu diesem Zweck wurde von der Bundesregierung ein für alle Krankenhäuser einheitliches, fallbezogenes Entgeltsystem eingeführt und die Krankenhäuser zur Veröffentlichung ihrer Qualitätsdaten im Internet verpflichtet. Im Zusammenspiel mit dem faktischen Recht des Patienten auf die freie Krankenauswahl führt dies dazu, dass Krankenhäuser sowohl ihre Behandlungsqualität als auch die Effizienz ihrer Strukturen verbessern müssen. Krankenhäusern, die sich diesen Prozessen nicht oder nur unzureichend stellen, riskieren, dass ihnen Patienten fernbleiben und damit überlebenswichtige Umsatzerlöse fehlen. Es liegt im unternehmerischen Geschick des einzelnen Krankenhauses, die gestellten Versorgungsanforderungen im Rahmen der gegebenen finanziellen Möglichkeiten auszugestalten. Dieses System verträgt keine Bevorzugung einzelner Krankenhäuser durch staatliche Beihilfen, die Fehler in der Krankenhausführung ausgleichen und damit goutieren.

Wo nationale Gesundheitsleistungen – wie Krankenhausleistungen in der Bundesrepublik Deutschland – dem Markt geöffnet sind, wachsen sie mehr und mehr in einen europäischen Binnenmarkt hinein. Die Europäische Union hat dem jüngst durch eine Richtlinie über grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen Rechnung getragen.

Die aktuelle Praxisrelevanz der Beihilfeproblematik möchten wir durch die beigefügten Presseveröffentlichungen über geplante oder geleistete Beihilfen für die Krankenhäuser in Offenbach, München und Wiesbaden belegen. Hier sollen Betriebskostendefizite in Höhe von jeweils zig Millionen Euro, vom kommunalen Träger des Krankenhauses, den Städten Offenbach, München und Wiesbaden aus Steuermitteln ausgeglichen werden. Es darf bezweifelt werden, dass solchen Verlustausgleichszahlungen „auf Zuruf“ eine Betrauungsentscheidung mit Orientierung an objektiven, betriebswirtschaftlich ermittelten Kosten zu Grunde liegt, wie sie schon das *geltende* europäische Recht verlangt (namentlich

Art. 106 AEUV, die Entscheidung K (2005) 2673 sowie die Transparenzrichtlinien). Im Hinblick auf die jeweiligen Betrauungs“akte“ ist weitgehend mangelnde Transparenz zu konstatieren. Teilweise werden Betrauungsakte als In-Sich-Geschäfte zwischen dem kommunalen Förderungsgeber und seinem eigenen Unternehmen ohne jede objektive Nachvollziehbarkeit und Prüfbarkeit in gänzlich ungeregelten Ad-hoc-Maßnahmen erlassen.

Die entsprechenden aktuellen Presseveröffentlichungen hierzu liegen als **Anlage 2** bei. Dabei ist unstreitig, dass sich diese großen Krankenhäuser in privilegierten Lagen, nämlich in Ballungsräumen befinden, und von ihrem Zuschnitt her auch bereits in jener Versorgungsebene sind, die Binnenmarktrelevanz aktuell hat oder jedenfalls rasch in sie hineinwächst. Der Versorgungsauftrag oder der Schweregrad der behandelten Patienten unterscheidet sich nicht von den umliegenden Krankenhäusern. Diese immensen staatlichen Beihilfen verzerren den Wettbewerb mit den umliegenden freigemeinnützigen oder privaten Krankenhäusern, die allein wegen Trägerschaft, nie die Chance bekämen, die Konsequenzen unternehmerischer Fehlleistungen durch staatliche Beihilfen ausgeglichen zu bekommen.

Eine derartige staatliche Subventionierung von Defiziten führt dazu, dass keine Motivation für die Beseitigung der ursächlichen Mängel in der Krankenhausbetriebsführung entsteht. Die Effizienz der Erbringung sozialer Dienstleistungen wird empfindlich beeinträchtigt. Die Notwendigkeit eine nicht nur medizinisch leistungsfähige, sondern auch ökonomisch effiziente Krankenhausversorgung zu schaffen, entfällt.

II. Änderungsbedarf

Die mittelfristig zu erwartende Zunahme des politisch gewollten Wettbewerbs zwischen den verschiedenen Leistungserbringern auf dem deutschen und dem europäischen Krankenhausmarkt erfordert faire Rahmenbedingungen, die sich auch in fairen Bedingungen für staatliche Beihilfen für Krankenhäuser widerspiegeln müssen.

Staatliche Beihilfen dürfen nicht generell und automatisch für „Krankenhausleistungen“ gezahlt werden, wenn und soweit Krankenhausleistungen nach der jeweiligen mitgliedstaatlichen Ordnung unter Marktbedingungen erbracht werden. Wenn Leistungen echte Wettbewerbsleistungen nach der jeweiligen nationalen Rahmenordnung sind, müssen die *geförderten* Leistungen einen Zusatzgehalt haben, um Daseinsvorsorgeleistungen sein zu können. Es ist anerkannt, dass Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse (DAWI) nur solche Leistungen sind, die aus einer besonderen Gemeinwohlverpflichtung erwachsen. Ordnet der jeweilige Mitgliedsstaat bestimmte Leistungen, an denen ein allgemeines Interesse besteht, der wettbewerblichen Erbringung zu, so muss diese mitgliedsstaatliche Entscheidung auch insoweit respektiert

werden, als dann nicht willkürlich derselbe wettbewerbliche Daseinsvorsorgeauftrag noch selektiv als DAWI erbracht werden kann.
(Ergänzung von Artikel 3 oder klarstellende Aufnahme eines Erwägungsgrundes)

Des Weiteren muss bei staatlichen Beihilfen an Krankenhäuser ein Mindestmaß an Transparenz gewährleistet sein. Aus diesem Grunde halten wir eine Klarstellung in Art. 4 I erforderlich, dass eine Veröffentlichung des Betrauungsaktes nach den jeweiligen mitgliedsstaatlichen Vorschriften zu erfolgen hat. Das dient auch der Rechtssicherheit, denn an eine Veröffentlichung können dann auch Rechtsbehelfsfristen geknüpft werden. (Ergänzung von Artikel 3)

Zusätzlich schlagen wir eine nationalstaatliche Verpflichtung für ein Transparenzregister für staatliche Beihilfen an Krankenhäuser vor. Darin werden neben dem Betrauungsakt alle für den Bericht nach Art. 7 notwendigen Informationen vom Beihilfengeber eingestellt. Die Verpflichtung der Nationalstaaten zur Abgabe eines aussagekräftigen Berichtes wird damit erheblich vereinfacht.
(Ergänzung von Artikel 7)

Zur Gewährleistung einer effektiven Kontrolle staatlicher Beihilfen an Krankenhäuser regen wir darüber hinaus ein nationales Verbandsklagerecht für diesen Bereich an.

Änderungsvorschläge

1. Ergänzung von Artikel 3 (Betrauung) des „Beschluss der Kommission über die Anwendung von Artikel 106 Absatz 2 des AEUV auf staatliche Beihilfen in Form von Ausgleichsleistungen zugunsten bestimmter Unternehmen, die mit der Erbringung von DAWI betraut sind“ (Beschluss)

„Damit dieser Beschluss zur Anwendung kommen kann, ist die Zuständigkeit für die Erbringung der Dienstleistung von allgemeinem öffentlichem Interesse dem/den Unternehmen im Wege eines oder mehrerer Hoheitsakte zu übertragen, deren Form und Bekanntmachung von den einzelnen Mitgliedstaaten bestimmt werden kann. In dem Akt/den Akten muss insbesondere Folgendes festgelegt sein:
a) Besondere Aufgabe zur Erfüllung des Gemeinwohlinteresses, die nach der jeweiligen Gesetzgebung nicht schon unter Marktbedingungen erbracht wird;
b) Begründung der Notwendigkeit, für die besondere Aufgabe Ausgleichsleistungen zu zahlen;
c) Dauer der Verpflichtung zur Erbringung dieser Dienstleistungen;
d) das Unternehmen und gegebenenfalls das betreffende Gebiet;
e) Art etwaiger dem Unternehmen durch die Bewilligungsbehörde gewährter ausschließlicher oder besonderer Rechte;
f) Parameter für die Berechnung, Überwachung und Änderung der Ausgleichsleistungen, und welche Auswirkungen diese Parameter auf den Gesamtausgleichsbetrag haben;
g) Maßnahmen zur Vermeidung und Rückforderung von Überkompensationszahlungen und
h) einen Verweis auf diesen Beschluss.“

Begründung
Grundsätzlich sind staatliche Beihilfen, die durch die Begünstigung bestimmter Unternehmen den Wettbewerb verfälschen oder zu verfälschen drohen, mit dem Binnenmarkt unvereinbar. Dies gilt auch für Beihilfen an Unternehmen, die mit DAWI betraut sind, es sei denn die Erfüllung der ihnen übertragenen besonderen Aufgabe wird dadurch verhindert (Art. 106 Abs. 2 AEUV). Die Kommission beabsichtigt, die Vereinbarkeit von Beihilfen für „Krankenhausbehandlungen“ mit dem Binnenmarkt im Beschluss zu regeln.

Um Wettbewerbsverfälschungen zu verhindern und der dem „Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union“ (AEUV) zugrundeliegenden Regel-Ausnahme-Struktur gerecht zu werden, sollte der Beschluss unter Respektierung der Einschätzungs- und Gestaltungsspielräume der Mitgliedsstaaten klarer zum Ausdruck bringen, dass bei einer Zuordnung von Leistungen im jeweiligen Mitgliedsstaat zu einem offenen Markt eine zusätzliche selektive Förderung einzelner Teilnehmern nur unter bestimmten Voraussetzungen erfolgen darf: erstens, müssen diese Teilnehmer gegenüber den anderen

Marktteilnehmern zusätzliche besondere Gemeinwohlaufgaben erbringen, und zweitens muss dafür die Zahlung von Ausgleichsleistungen erforderlich sein. Erforderlich ist die Feststellung, dass DAWI nur solche Leistungen sein können, die unter Marktbedingungen nicht erbracht werden. Wünschenswert wäre es darüber hinaus, dass DAWI nur solche Leistungen sind, die unter Marktbedingungen nicht erbringbar sind. DAWI kann daher insbesondere nur eine besondere Gemeinwohlverpflichtung betreffen,

- die ohne die Ausgleichszahlung nicht erfüllt werden kann bzw.
- die andere Marktteilnehmer ohne Ausgleichszahlung nicht erbringen.

Diese Auffassung hat die Kommission bereits in den Randziffern 42 und 43 der „Mitteilung der Kommission über die Anwendung der Beihilfevorschriften der EU auf Ausgleichsleistungen für die Erbringung von DAWI“ dargelegt.

2. <u>Ergänzung von Artikel 7 (Meldungen) des Beschlusses</u>

„1. Die Berichte über die Umsetzung dieses Beschlusses sind der Kommission von jedem Mitgliedstaat alle zwei Jahre zu übermitteln. Die Berichte enthalten eine detaillierte Übersicht über die Anwendung dieses Beschlusses auf die in Artikel 1 Absatz 1 aufgeführten verschiedenen Kategorien von Dienstleistungen.

Diese Übersicht enthält
a) den Gesamtbetrag der nach diesem Beschluss gewährten Beihilfen;
a) eine Aufschlüsselung des Gesamtbetrags der nach diesem Beschluss gewährten Beihilfen nach Wirtschaftszweig;
d) Angaben dazu, ob für eine bestimmte Art von Dienstleistung die Anwendung dieses Beschlusses Schwierigkeiten verursacht oder zu Beschwerden Dritter geführt hat;
d) Angaben dazu, in welchem Umfang der Beschluss auf unternehmensinterne Tätigkeiten angewandt wurde;
e) andere von der Kommission erbetenen Informationen über die Anwendung dieses Beschlusses, die rechtzeitig vor der Abgabefrist für den Bericht näher ausgeführt werden.

Der erste Bericht ist spätestens am [30. November 2013] vorzulegen.

2. Die Mitgliedsstaaten veröffentlichen eine detaillierte Übersicht über die Anwendung dieses Beschlusses auf die in Artikel 1 Absatz 1b aufgeführten, verschiedenen Kategorien von Dienstleistungen.

Diese Übersicht enthält Angaben zum

- *Beihilfegeber*
- *Beihilfeempfänger*
- *Datum/ Fundstelle des Betrauungsakts*
- *Umfang der geleisteten Beihilfe*
- *Gegenstand und Dauer der Erbringung der Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse.“*

3. Ergänzung der Erwägungsgründe nach Erwägungsgrund (8)

„(9) Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse werden in den Mitgliedstaaten nach sehr unterschiedlichen Systemen erbracht. Teilweise werden sie von der nationalen Gesetzgebung als Wettbewerbsleistungen mit gesetzlich geregelter Leistungsfinanzierung oder Entgeltgestaltung erbracht. Eine zusätzliche Förderung gegenüber dem allgemein geregelten Leistungsentgelten selektiv für einzelne Unternehmen ist in solchen Fällen allenfalls zulässig, wenn diese neben den allgemeinen entgeltfinanzierten sozialen Dienstleistungen zusätzlich Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse erbringen und für deren Erbringung Ausgleichsleistungen erforderlich sind.“

Begründung

Die Befreiung von der Anmeldung der Ausgleichszahlung und damit der fehlenden unmittelbaren Kontrolle durch die Kommission schafft einen sensiblen Bereich, in dem Missbrauch der aufgestellten Regeln zumindest vorstellbar ist. Die vorgeschlagene Ergänzung konkretisiert die interne Berichtspflicht der Mitgliedsstaaten. Sie stellt die notwendige Transparenz her und ermöglicht so den in vielfältiger Weise von den Ausgleichszahlungen Betroffenen (z. B. Steuerzahler, Aufsichtsbehörden, Mitbewerber) ihre Kontroll- und Beschwerderechte wahrzunehmen.

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit 60 Jahren die Interessen der 1.000 Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Er ist damit maßgeblicher Spitzenverband der privatwirtschaftlich tätigen Leistungserbringer und flankiert die zunehmende Privatisierung im deutschen Gesundheitsmarkt. Der BDPK steht für Qualität, Innovation und Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung.

Nähere Informationen: http://www.bdpk.de

Anlage 1: Krankenhausmarkt in Deutschland

1. Transparente Krankenhausplanung

Die Versorgung der bundesdeutschen Bevölkerung mit Krankenhausleistungen wird aktuell von 2.060 Krankenhäusern übernommen. Diese 2.060 Krankenhäuser befinden sich jeweils zu einem Drittel in öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Trägerschaft. Alle Krankenhäuser – egal in welcher Trägerschaft – übernehmen dabei in vollem Umfang den Versorgungsauftrag, der sich aus dem, vom jeweils zuständigen Bundesland erstellten, Krankenhausplan für das Krankenhaus in dieser Region ergibt. Dies gilt für eine umfassende 24stündige Notfallversorgung an 365 Tagen im Jahr genauso, wie für die Verpflichtung, im Rahmen der Sicherstellung der Versorgung Patienten aller Schweregrade entsprechend der zugewiesenen Versorgungsstufe und die Beteiligung an der Versorgung der Bevölkerung bei eventuellen Schadensereignissen. Alle Krankenhäuser müssen dabei die sich aus dem Krankenhausbedarfsplänen ergebenden Fachabteilungen in der gebotenen qualifizierten personellen Besetzung für die Versorgung der Bevölkerung vorhalten.

In der Praxis führt dies dazu, dass der Versorgungsauftrag nach transparenten Kriterien gleichermaßen von allen Krankenhäusern wahrgenommen wird. Ein identischer Versorgungsauftrag führt deshalb dazu, dass es auch Universitätskliniken oder Krankenhäuser auf wenig bewohnten Inseln (Helgoland, Rügen etc.) in den unterschiedlichen Krankenhausträgergruppen gibt. Auch aktuell bei der Behandlung der EHEC- Epidemie haben alle Krankenhäuser unabhängig von Ihrer Trägerstruktur gemäß dem ihnen zugewiesenen Versorgungsauftrag Patienten behandelt und so zur Bekämpfung der Epidemie beigetragen.

2. Transparente Krankenhausfinanzierung

Die Finanzierung der Krankenhausleistungen erfolgt nach einem dualen Prinzip. Für die Vorhaltung der von den Bundesländern in den jeweiligen Regionen gewünschten Versorgungsstrukturen erhalten alle Krankenhäuser eine von den Bundesländern getragene Investitionskostenfinanzierung. Auch wenn diese Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer nicht immer dem notwendigen Investitionsbedarf entspricht, erfolgt die Zuteilung der Investitionsmittel nach den sich aus dem Krankenhausbedarfsplan ergebenden Versorgungsverpflichtungen. Über alle unterschiedlichen Krankenhausträgerarten hinweg werden diese Investitionsmittel nach einheitlichen Prinzipien ausgeschüttet.

Die Betriebskosten eines Krankenhauses für die Versorgung eines Patienten werden von der jeweils zuständigen Krankenkasse des Patienten getragen. Die Höhe der von den Krankenkassen zu erstattenden Betriebskosten ergibt sich aus einem einheitlichen Leistungsbewertungssystem, den German Diagnosis Related Groups (DRG). Dieses bundeseinheitliche Bewertungssystem bemisst den Leistungsaufwand eines Krankenhauses aus den Faktoren behandlungsbedürftige Diagnosen, Schweregrade und durchgeführten Leistungen. Die sich aus dem DRG-System ergebende Vergütung der Betriebskosten ist für alle Krankenhäuser bei vergleichbaren Leistungen einheitlich.

3. Entwicklung des Krankenhausmarktes

Für Deutschland ist festzustellen, dass das Krankenhausgesetz eine trägerplurale Krankenhauslandschaft wünscht, die dem Patienten entsprechend der eigenen Präferenzen Wahlmöglichkeiten gibt. Ein wesentlicher Schritt in eine solche von wettbewerblichen Prinzipien gesteuerte Krankenhauslandschaft ist die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems, des DRG-Systems, im Jahr 2003. Seitdem sind Krankenhäuser stärker als bisher darauf angewiesen, durch gute Leistungen das Vertrauen von Patienten und Krankenkassen zu gewinnen bzw. zu erhalten. Krankenhäuser die nur noch wenige Patienten behandeln, erleiden seit der Einführung des DRG-Systems erhebliche finanzielle Einbußen.

Zukünftig ist damit zu rechnen, dass der Wettbewerbsdruck im Krankenhausmarkt weiter steigen wird. Diese sowohl von der Politik als auch von den Krankenkassen gewollte Entwicklung wird sehr wahrscheinlich mittelfristig in ein Versorgungssystem münden, das einen Preiswettbewerb für sogenannte planbare Krankenhausleistungen mündet (Selektives Kontrahieren). Dieser Preiswettbewerb würde den Wettbewerb unter den Krankenhäusern erheblich verschärfen.

Hinsichtlich seiner Kapazität entwickelt sich der Krankenhausmarkt rückläufig. So nimmt neben der Zahl der Krankenhäuser auch die Zahl der vorgehaltenen Krankenhausbetten ab. Gleichzeitig steigt die Zahl der in den Krankenhäusern behandelten Patienten auf aktuell 18 Millionen Patienten jährlich und soll bis zum Jahr 2025 nach Prognosen des statistischen Bundesamtes auf 20,1 Millionen Patienten steigen. Diese Entwicklung geht einher mit einer massiven Verkürzung der Aufenthaltsdauer (Verweildauer) der Patienten in Krankenhäusern. Sie ist vom Jahr 1995 von 14 Tagen auf aktuell 7,8 Tage im Jahr 2010 gesunken.

Anlage 2: Presseveröffentlichungen

Süddeutsche Zeitung

Mittwoch, 21.09.2011

100 Millionen Euro für städtische Kliniken

Weil das Unternehmen in seiner Existenz gefährdet ist, hilft die Stadt mit einer Finanzspritze – Opposition attackiert OB Ude

Von Silke Lode

Die Stadt München will ihre Kliniken mit 100 Millionen Euro unterstützen, weil das Unternehmen angesichts der miserablen Finanzlage sonst in seiner Existenz gefährdet ist. Aufsichtsratschef Hep Monatzeder informierte Oberbürgermeister Christian Ude am Freitag gemeinsam mit Kämmerer Ernst Wolowicz darüber, dass auf das Stadtklinikum in diesem Jahr ein Defizit von bis zu 43 Millionen Euro zukommen wird. Nun hat Ude vorgeschlagen, dass die Stadt als Gesellschafter mit 100 Millionen Euro aushelfen soll. „Dafür muss es bei den Kliniken strukturelle Verbesserungen geben", sagte Ude. Von Klinikchefin Elizabeth Harrison habe er für die Reformen einen Zeitplan und eine Auflistung möglicher Ergebnisverbesserungen gefordert.

Kämmerer Wolowicz sagte, er sei über die Entwicklung nicht erfreut, weil die Stadt das Klinikum bereits zwei Mal mit hohen Millionenbeträgen unterstützt habe – zuletzt 2009 mit einem Investitionszuschuss von fast 130 Millionen Euro. „Aber wenn das für die Fortsetzung des Unternehmens nötig ist, sorgen wir für die Finanzierung", sagte er. Für solche Notfälle habe die Stadt Reserven. Dieser Sondertopf könnte angezapft werden, wenn der Stadtrat den Hilfen zustimmt.

Monatzeder erläuterte, dass eine Finanzspritze der Stadt in Form einer Eigenkapitalerhöhung oder einer Bürgschaft denkbar sei. Für eine Bürgschaft sei jedoch die Zustimmung der Regierung von Oberbayern notwendig, über eine Kapitalerhöhung kann die Stadt alleine entscheiden. Monatzeder betonte, dass die Hilfe nur als „Schutzschirm" gedacht sei: „Das Geld wird nur angetastet, wenn etwas beim Klinikum schiefgeht."

Die FDP erklärte am Dienstag, dass sie weitere Zuschüsse für den falschen Weg hält und wirft OB Ude eine „verheerende Staatswirtschaft" vor. „Der Oberbürgermeister will nun mit Steuergeldern die Probleme zudecken, damit er in Ruhe für die SPD kandidieren kann", sagte Fraktionschef Michael Mattar und verglich Udes Politik mit der Misswirtschaft der CSU bei der Landesbank.

CSU-Fraktionschef Josef Schmid kündigte an, eine Kapitalerhöhung mitzutragen, da seine Partei dies seit Gründung der Klinik-GmbH im Jahr 2005 gefordert habe. Die rot-grüne Koalition griff er jedoch heftig für ihr „Klinikversagen" an. Ude warf er „große Versäumnisse" vor, weil sich die fünf Kliniken seit der Fusion weiter Konkurrenz gemacht hätten anstatt Exzellenz-Zentren zu bilden und Synergieeffekte zu schaffen. „Bei den Kliniken herrscht seit fünf Jahren Chaos", kritisiert Schmid und weist die Schuld dafür Ude zu: „Für die alten Seilschaften, die ohne Sach- und Fachkenntnisse nach Parteibüchern an der Spitze des Klinikums installiert wurden, trägt er die volle Verantwortung."

> „Bei den Kliniken herrscht seit fünf Jahren Chaos", schimpft die CSU.

Ude räumte ein, dass es dem alten Management nicht gelungen sei, Strukturreformen umzusetzen – dies sei jedoch auch an „internen Widerständen" gescheitert. Für die aktuelle Finanzkrise sieht er jedoch sinkende Einnahmen im Nachgang des Hygiene-Skandals und steigende Personalkosten verantwortlich. Rote Zahlen schreibt das Klinikum schon seit der Fusion vor sechs Jahren. 2009, im Jahr vor dem Hygieneskandal, betrug der Verlust 2,65 Millionen Euro, 2010 lag das Defizit bei fast 24 Millionen Euro. Das Sanierungskonzept, das die Klinikchefin im Oktober vorlegen soll, wird deshalb auch einen Personalabbau beinhalten.

Anlage 2: Presseveröffentlichungen

FrankfurterRundschau

Offenbach - 12 | 7 | 2011

KLINIKUM OFFENBACH

Krankenhaus braucht frisches Geld

Das Klinikum Offenbach
Foto: Christoph Boeckheler

Das Klinikum braucht erneut eine kräftige Finanzspritze. Und das muss offenbar sehr schnell gehen. Die Kritik an der Geschäftsführung wächst.

Der Magistrat tagt am Mittwoch, im Anschluss daran will Michael Beseler (SPD) die Fraktionsspitzen informieren. Dass es dabei ums Klinikum und ums Geld geht, bestätigte der Kämmerer und Aufsichtsratsvorsitzende. Über die Höhe des Zuschusses, der notwendig ist, um das Krankenhaus über Wasser zu halten, wollte Beseler am Montag nichts sagen. Die Stadt hatte bereits Ende des vergangenen Jahres das Eigenkapital des Klinikums um 30 Millionen Euro aufgestockt, um die Zahlungsfähigkeit des Hauses zu gewährleisten.

Schon wenige Monate später wurde klar, dass die Schieflage längst nicht beseitigt ist. Mitte Juni hatte Beseler von einem „erheblichen Liquiditätsbedarf“ in Höhe von 75 bis 80 Millionen Euro bis 2015 gesprochen.

Die CDU glaubt, Beseler habe seinerzeit schon gewusst, dass das Krankenhaus viele eher Geld braucht. Fraktionschef Peter Freier vermutet, dass der „Riesendruck“ jetzt entsteht, weil die „Zwangsjacke“ GmbH-Gesetz einen Jahresabschluss bis spätestens 31. August fordere. Sollten die Wirtschaftsprüfer darin keine „positive Fortführungsprognose“ erkennen, sehe es düster aus.

Indes wird die Kritik am Management immer lauter. Nicht nur die Opposition fordert Veränderungen. Auch in den Reihen der SPD wird der Ruf laut, Geschäftsführer Hans-Ulrich Schmidt solle ein ärztlicher Manager zur Seite gestellt werden. Die FDP fordert zusätzlich einen Manager mit besonderer Finanzkompetenz. „Es geht um eine komplette Umstrukturierung der Klinikleitung“, sagt Fraktionsvorsitzender Oliver Stirböck. Er kündigt an, dass die Liberalen einer neuen Geldspritze zustimmen werden, weil sie „alternativlos“ sei. Eine Zusammenarbeit des Klinikums mit der Krankenhausgruppe Vivantes in Berlin lehnt die FDP ab, weil sie nicht in der Region vertreten sei und nicht die notwendige finanzielle Potenz besitze. (ohl)

Artikel URL: http://www.fr-online.de/offenbach/klinikum-offenbach-krankenhaus-braucht-frisches-geld,1472856,8659964.html

Copyright © 2010 Frankfurter Rundschau

Auszug aus dem Wiesbadener Kurier vom 24.02.2010

Ein Krankenhaus im Dauer-Stress

ANALYSE Die kommunalen Dr. Horst-Schmidt-Kliniken sind weiterhin defizitär, aber einen Hoffnungsschimmer gibt es

Von
Christoph Cuntz

Die HSK haben 2009 abermals ein Millionendefizit gemacht, so Dezernent und Aufsichtsratsvorsitzender Detlev Bendel. Dennoch fordert die Gewerkschaft für das Pflegepersonal mehr Gehalt, Ärztestellen sind unbesetzt. Fotos: Archiv

WIESBADEN. Noch liegen keine verlässlichen Zahlen über der Jahresabschluss der Dr. Horst-Schmidt -Kliniken (HSK) vor. Aber klar ist schon jetzt: Wiesbadens kommunales Krankenhaus hat 2009 abermals ein Defizit gemacht. Die HSK haben „strukturbedingt und auch durch individuelle Einflüsse das geplante Jahresergebnis nicht erreicht": So vorsichtig beschreibt die Geschäftsführung das, was für das seit Jahren defizitäre Haus ein wahres Desaster ist. Erneut muss das HSK-Management nach „der Unterstützung des Gesellschafters" rufen. Gemeint ist die Landeshauptstadt, deren Wirtschaftsdezernent Detlev Bendel (CDU) auch Vorsitzender des Aufsichtsrates bei den HSK ist. Mehrere Millionen Euro betrage der Verlust der HSK, sagt er. Die Stadt werde vermutlich für einen neuen Kredit bürgen müssen. Dies nicht zum ersten Mal: Im Beteiligungsbericht für 2008 ist nachzulesen, dass Wiesbaden bereits für Kredite in Höhe von 58,8 Millionen Euro bürgt, die die HSK aufgenommen haben.

> » Irgendwann ist die Zitrone ausgepresst. «
>
> DETLEV BENDEL,
> Wirtschaftsdezernent und Aufsichtsratsvorsitzender der HSK

Für die Dauer-Misere, unter der kommunale Häuser wie die HSK leiden, gibt es unterschiedliche Gründe. Ein Grund liegt im System der Krankenhausfinanzierung, das erfolgreiche Medizin und gute Pflege nicht belohnt. Die HSK etwa hatten 2009 im Vergleich zum Vorjahr zwölf Prozent mehr Patienten behandelt. Der Erfolg rechnet sich nicht: Behandlungsfälle, die das ausgehandelte Budget sprengen, werden den Kliniken nur zum Bruchteil entlohnt. Im Zwist, den die HSK deshalb mit den Krankenkassen haben, ist die Schiedsstelle angerufen.

Zu schaffen machen den HSK vor allem aber die gestiegenen Lohnkosten. Das Personal sei durch die Tarifabschlüsse für die Jahre 2008 und 2009 teurer geworden. Auf 13 Millionen Euro beziffert das Management die Mehrkosten. Aber nur die Hälfte hiervon werde über die Vergütung der Krankenhausleistungen refinanziert. Mithin blieben 6,6 Millionen Euro an den HSK hängen.

Das ist Geld, das die HSK an andere Stelle einsparen müssten – wenn sie nur könnten. „Irgendwann ist die Zitrone ausgepresst", sagt Aufsichtsratsvorsitzender Bendel.

Aber allen Klagen zum Trotz werden die Personalkosten weiter steigen. Die Dienstleistungsgewerkschaft Verdi fordert in der aktuellen Tarifauseinandersetzung eine ganze Reihe von Verbesserungen – angefangen bei Entlastungen für das Pflegepersonal bis hin zu einem Inflationsausgleich beim Gehalt. Unter dem Strich, sagt Andreas König von Verdi in Wiesbaden, „macht das alles zusammen fünf Prozent".

König ist Mitglied im Aufsichtsrat der HSK. Er kennt die prekäre Lage des kommunalen Krankenhauses. Und rechtfertigt dennoch die Gewerkschaftsforderung nach besseren Arbeitsbedingungen und höherem Lohn: „Die HSK müssen das leisten können, sonst kriegen sie kein Personal mehr und werden ganz abgehängt".

Tatsächlich räumt die Geschäftsführung ein, dass schon jetzt zehn Arztstellen unbesetzt sind. Und Aufsichtsratsvorsitzender Bendel erzählt, wegen Personalmangels müssten Pflegekräfte von Zeitarbeitsfirmen geliehen werden – sogar auf der Intensivstation.

Nicht nur in Wiesbaden, deutschlandweit fehlten Pflegekräfte und Ärzte, sagt Verdi-Funktionär Andreas König. „Wegen Personalmangels fallen heute schon Operationen aus". Der Markt sei vielfach leer gefegt, auch wegen der schlechten Arbeitsbedingungen an Krankenhäusern. Weshalb selbst private Klinikketten mittlerweile das gleiche Gehalt wie kommunale Träger zahlten. Und manchmal sogar etwas mehr.

So wird mit den Personalkosten auch das Defizit der HSK weiter steigen. Hinzu kommt ein immenser Investitionsstau: Vor fast 30 Jahren wurde das Krankenhaus gebaut. Nunmehr veranschlagt die Geschäftsführung den Investitionsbedarf auf 120 Millionen Euro. Immerhin habe das Land Hessen „in einigen Vorgesprächen deutlich gemacht, dass es einen wesentlichen Anteil dieser Kosten übernehmen wird, sofern eine differenzierte Bau- und Sanierungsplanung vorliegt".

> » Wegen Personalmangels fallen heute schon Operationen aus. «
>
> ANDREAS KÖNIG,
> Dienstleistungsgewerkschaft Verdi

„Die Lage ist ernst, aber nichts aussichtslos", sagt Detlev Bendel, der die HSK auf jeden Fall als kommunales Haus erhalten möchte. Doch damit alles beim Alten bleiben kann, muss sich Vieles ändern bei den HSK. Alleine wird das Krankenhaus nicht mehr bestehen können. Das weiß Verdi-Mann König, der einer Fusion mit den städtischen Kliniken Offenbach das Wort redet – vorausgesetzt, dass damit tatsächlich Doppelstrukturen abgebaut werden.

Ob Fusion oder Kooperation zwischen Wiesbaden und Offenbach: Das ist noch nicht abschließend geregelt. Aber der Magistrat der Landeshauptstadt hat das Zusammengehen mit Offenbach – in der einen oder anderen Form – gestern beschlossen. Auf dem Weg dorthin hat Wirtschaftsdezernent Detlev Bendel eine eindeutige Präferenz. Er befürwortet die Fusion, die Gründung einer gemeinsamen Firma. „Weil das die meisten Synergien bringt".

Das Zusammengehen mit Offenbach sei auf politischer Ebene unumstritten, sagt er. In Wiesbaden werde noch in diesem Jahr eine Entscheidung gefällt, deren Vollzug im nächsten Jahr ansteht – Kommunalwahl hin, Kommunalwahl her.