

**Uwe Alschner** ist Geschäftsführer des Interessenverbands Kommunalen Krankenhäuser (IVKK). Dieser hält die Klage für unbegründet.



FINANZIELLE ZUSCHÜSSE FÜR KOMMUNALE KLINIKEN

## „Fairer Wettbewerb ist das nicht“

Dürfen Kommunen oder Landkreise dauerhaft Defizite ihrer eigenen Krankenhäuser mit Steuergeldern ausgleichen? Nein, sagen private Träger und verklagten den Landkreis Calw. Seit drei Jahren beschäftigt der Streit die Gerichte, jüngst sogar den Bundesgerichtshof. kma lud die Kontrahenten zum Streitgespräch.

*Herr Bublitz, wie zufrieden sind Sie mit der jüngsten Entscheidung des Bundesgerichtshofs?*

**Bublitz:** Wir sind nur zum Teil zufrieden. Aus unserer Sicht sind die Beihilfen wettbewerbswidrig. Wir hätten uns gewünscht, dass der BGH dieser Einordnung folgt und die Zahlungen

des Landkreises an die kommunalen Kliniken als nicht zulässig einordnet. Es geht um die Frage, ob wir auch im Krankenhausbereich, in dem seit der Einführung der DRG Wettbewerb herrscht, faire Wettbewerbsbedingungen für alle Krankenhäuser vorfinden. Das ist nicht der Fall.

*Im Jahr 2013 gingen 870 Millionen Euro an die Krankenhäuser, im Jahr davor waren es rund 760 Millionen. Das geht aus der Auflistung der Beihilfen hervor, die der EU-Kommission gemeldet worden sind.*

**Bublitz:** Bisher haben diese Meldungen an die EU-Kommission keinerlei



**Thomas Bublitz** ist Hauptgeschäftsführer des Bundesverbands Deutscher Privatkliniken (BDPK). Sein Verband hatte im Frühjahr 2013 gegen den Landkreis Calw geklagt.

Fotos: Otto

Konsequenzen. Notwendig wäre es, dass sie prüft, ob es zulässig oder nicht zulässig ist, diese Beihilfen zu gewähren. Nach unserer Einschätzung darf man Beihilfen dann gewähren, wenn es sich um besondere Krankenhausaufgaben handelt, zum Beispiel eine Station für Schwerstbrandverletzte, die man vorsorglich vorhält und hofft, sie nie zu brauchen. Das sind Dinge, die im Markt nicht geregelt werden können.

*Würden Sie die Notaufnahme dazu zählen?*

**Bublitz:** Nein. Die Notaufnahme gehört zu den regulären Aufgaben eines Krankenhauses, die sich aus dem Krankenhausplan ergeben. Alles, was zum Kerngeschäft eines Krankenhauses zählt, nämlich kranke Menschen zu behandeln, sehen wir als Standardaufgabe. Die beiden beklagten Krankenhäuser sind ganz normale Kreiskrankenhäuser. Zudem stellte ein

Restrukturierungsgutachten, das vom Landkreis selbst in Auftrag gegeben wurde, fest, dass im Grunde die Patienten der Grund- und Regelversorgung fehlen. Die gehen in die benachbarten Krankenhäuser. Wir haben im Umkreis von 25 Kilometern um Calw 17 Krankenhäuser. Man kann also nicht davon sprechen, dass es sich um eine ansonsten nicht sichergestellte Versorgungsregion handeln würde.

*Herr Alschner, Sie argumentieren mit der Daseinsfürsorge. Hier haben wir aber einen Fall, wo es genug Krankenhäuser gibt ...*

**Alschner:** Uns geht es nicht um den Einzelfall Calw. Da können wir nichts dazu sagen, weil wir nicht Partei sind. Die legitime Frage, ob der Wettbewerb zwischen den Anbietern hier gewährleistet und fair ist, muss man diskutieren. Wir kritisieren jedoch, dass das Beihilferecht der Europäischen Union

bemüht wird, um einen Streitfall im deutschen Krankenhausbereich zu regeln. Nach geltender Vertragslage ist das Gesundheitswesen Sache der einzelnen Mitgliedstaaten. Wenn das Thema Gesundheit Sache der Nationalstaaten ist, dann kann es keine Legitimation für das europäische Recht geben.

**Bublitz:** Ich glaube, Sie machen es sich ein bisschen zu einfach, denn es gibt kein nationales Wettbewerbsrecht mehr. Das europäische Wettbewerbsrecht gilt unmittelbar. Es ist ein rein formaler Akt, dieses in nationales Recht umzusetzen. Würde Deutschland das nicht machen, bekämen wir sofort ein Strafverfahren der Europäischen Kommission.

**Alschner:** Einem Vertragsverletzungsverfahren könnten wir gelassen entgegensehen. Die Europäische Union hat

**Norbert Groß** ist Verbandsdirektor des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbands (DEKV). Für ihn sollten Beihilfen für Krankenhäuser trägerunabhängig gezahlt werden.



Foto: Otto

nur die Kompetenzen, die ihr nach dem Vertrag von Lissabon eingeräumt wurden. Das Bundesverfassungsgericht hat dazu festgestellt, dass die Kernbereiche des Grundgesetzes wie die Sozialstaatsgarantie – und darunter subsumieren wir den Sicherstellungsauftrag – nicht auf die EU-Ebene verlagert werden dürfen.

**Bublitz:** Unbestritten ist, dass es sich beim Krankenhauswesen um Leistungen der Daseinsvorsorge von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse (DAWI) handelt. Gleichwohl treten Krankenhäuser unterschiedlicher Trägerschaft auf einem Markt auf, der nicht nur eine nationale, sondern auch eine grenzüberschreitende Wirkung hat. Da ist es doch völlig klar, dass an dieser Stelle Beihilferegeln gelten müssen.

*Nun, ein Konzern wie Helios wird sicherlich irgendwann den europäischen*

„ Es wäre spannend zu sehen, wenn wirklich mal ein kirchlicher Träger Beihilfen beantragt – und dann die Kommune oder der Kreis diesen Antrag ablehnt. Dann würde ich gerne das Verfahren führen. *Norbert Groß, Verbandsdirektor des DEKV*

*Raum entdecken. Aber kommunale deutsche Kliniken?*

**Bublitz:** Der Gedanke des freien grenzüberschreitenden Waren- und Dienstleistungsverkehrs basiert darauf, dass Menschen in Europa grenzüberschreitend Leistungen in Anspruch nehmen können. Wir brauchen dafür einheitliche Regelungen. Diese Regelungen sehen wir, wenn Sie sich das Beispiel Calw oder viele andere öffentliche Krankenhäuser angucken, schlicht und ergreifend nicht gewährleistet. Helios, Rhön, Asklepios oder andere private Träger können bei Defiziten auch nicht einfach nach einem Dritten rufen.

**Groß:** Die entscheidende Frage ist zunächst einmal unabhängig davon, ob diese Frage juristisch europäisch oder national zu lösen ist. Hier geht es um die Frage, wie im deutschen Gesundheitswesen Krankenhäuser finanziert werden und unter welchen Umständen womöglich öffentliche Beihilfen gerechtfertigt sind. Es gibt Regionen in der Republik, da stellen kirchliche Träger mehr als zwei Drittel der Versorgung, etwa in Nordrhein-Westfalen oder Rheinland-Pfalz. Wir übernehmen da einen Auftrag, der eigentlich beim Staat liegt. Wenn das Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse sind, muss



man Beihilfen trägerunabhängig zur Verfügung stellen. Momentan stecken Lokal- und Kommunalpolitiker Geld in kommunale Häuser, während die Frage draußen vor bleibt, wie in solchen Häusern eigentlich gewirtschaftet worden ist.

**Alschner:** Wir sollten uns davor hüten, wirtschaftliche Unterdeckung mit Missmanagement gleichzusetzen. Grundsätzlich aber bleibt doch festzustellen, dass die Krankenhausfinanzierung nach eigenen Prinzipien zu regeln ist und nicht nach Wettbewerbsrecht für kommerzielle Unternehmen.

**Bublitz:** Das stimmt so nicht. Im Krankenhausgesetz steht klipp und klar drin, dass bei der Krankenhausplanung die Interessen der privaten und der freigemeinnützigen Träger zu berücksichtigen sind.

*Herr Alschner, könnten Sie denn damit leben, dass auch ein in wirtschaftlichen Schwierigkeiten steckendes Haus von Helios oder ein konfessionelles Klinikum mit Steuergeldern gestützt wird?*

**Alschner:** Nein. Es ist völlig abwegig, ein kommerziell eigenwirtschaftliches Interesse aus einem solidarisch finanzierten System zu alimentieren. Womit wir als Verband kein Problem hätten, wäre eine Unterstützung von privaten Trägern, die nicht kommerziell ausgerichtet sind, wie etwa Stiftungen. Sollte so ein Träger in Not geraten, dann muss das Gemeinwesen natürlich Wege finden zu finanzieren, was notwendig ist. Wir legitimieren aber nicht politisches und willkürliches Zuweisen von Mitteln.

**Bublitz:** Es gibt also nur dann für Krankenhäuser ein Recht auf Ausgleich von Defiziten, wenn diese Krankenhäuser nicht privatwirtschaftlich organisiert sind? Das macht doch keinen Sinn, was Sie da sagen.

## Die Klage gegen den Landkreis Calw

2013 verklagte der BDPK den Landkreis Calw, weil dieser seinen beiden Kliniken in Calw und Nagold über Jahre finanzielle Hilfen in Millionenhöhe gewährte. Der Streit ging seitdem durch mehrere Instanzen. Zuletzt entschied der Bundesgerichtshof im März, dass die finanzielle Bezuschussung angeschlagener Kliniken von Städten und Kreisen zwar grundsätzlich nicht zu beanstanden ist. Allerdings versahen die Karlsruher Richter diese Einschätzung mit einem kräftigen Aber. So habe in Calw der Kreis über mehrere Jahre nicht transparent gemacht, für welche Leistungen die Zuschüsse gezahlt wurden. Der BGH hob deshalb ein Urteil des Oberlandesgerichts Stuttgart teilweise auf und verwies es in diesem Punkt zur neuen Verhandlung an das OLG zurück (Az.: I ZR 263/14).

*Die formalistische Argumentation der BGH-Richter wirft die Frage auf, wer darüber eigentlich entscheidet, welche Leistungen zum DAWI-Bereich gehören. Ein privater Träger kann das nicht, eine Kommune oder Landkreis kann das offenbar. Ist das nicht eine Ungleichbehandlung?*

**Groß:** Jedes bedarfsnotwendige Krankenhaus erbringt DAWI-Leistungen. Nehmen wir einen kirchlichen Träger in einem Gebiet, wo andere Träger nicht zur Verfügung stehen. Wenn dieser absehen kann, dass er auch bei wirtschaftlicher Geschäftsführung in den nächsten drei Jahren keine schwarzen Zahlen schreiben wird, weil er dem Versorgungsauftrag nachkommen muss, was macht er dann? In diesem Fall müsste sich auch der kirchliche Träger an die Kommune oder den Landkreis wenden können. Es wäre spannend zu sehen, wenn wirklich mal ein kirchlicher Träger Beihilfen beantragt – und die für die Sicherstellung der Daseinsvorsorge zuständige Körperschaft diesen Antrag ablehnt. Dann würde ich gerne das Verfahren führen.

*Gesundheitsökonom Boris Augurky sagt, in sehr armen Kommunen*

*kommen die kommunalen Krankenhäuser irgendwie zurecht. Wo Kommunen jedoch reich seien, werde das Geld in vollen Zügen ausgegeben. Liegt er richtig?*

**Bublitz:** Dazu zwei Beispiele, die das Problem verdeutlichen: Wiesbaden und Stuttgart, beides Landeshauptstädte in Süddeutschland, aber als Kommunen unterschiedlich finanzstark. Die großen kommunalen Kliniken in beiden Städten machen oder machten seit Jahren Defizite. In Wiesbaden hat sich die Stadt letztlich von der Klinik getrennt und sie teilprivatisiert. Inzwischen wird dort saniert, und das Krankenhaus arbeitet wieder einigermaßen auskömmlich. In Stuttgart hingegen hat das Haus immer jede Menge Geld bekommen und arbeitet gut. Also gehen die beiden in unterschiedlicher Weise mit Steuergeld um. In beiden Landeshauptstädten gibt es aber freigemeinnützige Krankenhäuser, die sich sehr erfolgreich mühen, mit den zur Verfügung gestellten Geldern auszukommen. Damit bleibt die Frage: Warum wird aber Steuergeld in dieser oder jener Weise für große kommunale Kliniken zur Verfügung gestellt, die das nicht schaffen? Es ist nicht eine Frage der

Trägerschaft, ob eine Klinik erfolgreich arbeitet. Wir stellen Beihilfen nicht gänzlich in Frage, sondern sagen: Meldet sie doch bitteschön an bei der EU-Kommission und gebt der Kommission im Rahmen des dafür vorgesehenen Rechts die Möglichkeit zu entscheiden, ob das statthaft ist oder nicht. Ich finde, wenn man dieses Geld nehmen will, muss auch ein Mindestmaß an Offenheit gegeben sein.

**Alschner:** Noch mal – es ist unsere Aufgabe, das Krankenhauswesen in Deutschland fair zu finanzieren. Das geht die Kommission nicht an. Zunächst muss man aber schauen: Wo brauchen wir Krankenhäuser? Das ist Aufgabe der Länder, und der Bund muss den entsprechenden Rahmen setzen.

*Die Malaise beim Klinikum München ist nicht verursacht worden durch die böse Bundesregierung oder durch das Land Bayern, sondern durch die Kommune selbst und durch schlechtes Management ...*

**Alschner:** Das bestreitet niemand. Natürlich ist es denkbar und soll schon vorgekommen sein, dass politische Gremien auf lokaler Ebene Einfluss genommen haben auf den Betrieb ihrer kranken Häuser – um es mal abstrakt zu formulieren ...

**Bublitz:** Aber das wird doch nicht besser mit dem, was Sie sagen (lacht). Wir sollten jetzt hier aber keinen Streit zwischen Trägern heraufbeschwören – dazu kenne ich einige Vertreter von kommunalen Krankenhäusern, die dafür sorgen, dass ihre Krankenhäuser eben keine Defizite machen. Die Frage der Trägerschaft ist eher nachrangig. Die Politik hat die deutschen Krankenhäuser in diesen Wettbewerb gestellt. Das kann man beklagen, aber es ist wie es ist.



Foto: Orto

**Die Herren streiten, die Dame moderiert:** kma-Chefredakteurin Kirsten Gaede leitete das Streitgespräch in den Redaktionsräumen der kma, gemeinsam mit unserem Autor Robert Paquet (r.). Wenn die Diskussion in der Sache zwar zuweilen recht hitzig verlief, blieb die Atmosphäre unter den Kontrahenten jedoch immer entspannt und locker.

**Groß:** Wir haben das Problem, dass das Krankenhauswesen in Deutschland nicht auskömmlich finanziert ist. Wenn genügend Investitionsmittel in den letzten Jahren geflossen wären, dann könnten wir uns etliche Probleme sparen. Gleichwohl gibt es durchaus noch eine ganze Menge unwirtschaftlicher Strukturen. Der Punkt ist: Wie kann wirksam, fair und unbeschadet durch die Trägerschaft Einfluss genommen werden, damit in Krankenhäusern wirtschaftlich gearbeitet wird?

*Niedersachsen macht das ...*

**Groß:** Niedersachsen ist da relativ taff, auch wenn es uns manchmal weh tut. Einige unserer Standorte wurden geschlossen, manche existieren nicht mehr selbstständig, zum Teil wurden bisher selbstständige Standorte in größere Verbünde integriert. In Niedersachsen nötigte der Druck der Politik die Träger zudem, Zusammenschlüsse über Trägergrenzen hinweg zu realisieren, wie ganz aktuell das Beispiel Delmenhorst zeigt, wo das Städtische und das Katholische Klinikum nun

zusammengehen. In anderen Bundesländern fährt hingegen niemand offensichtlich den Landräten in die Parade, wenn diese nicht wirtschaftlich arbeitende oder nicht wirtschaftlich zu betreibende Kliniken alimentieren. Dabei gibt es in Deutschland Regionen, wo die Leute nur ein paar Kilometer mehr fahren müssen und auch gut versorgt werden.

**Bublitz:** Die Trägerstreitigkeiten interessieren Patienten ohnehin wenig, auch die Frage des wohnortnahen Krankenhauses ist in der Regel nicht so wichtig. Man ist bereit, auch Entfernungen zurückzulegen, wenn man das Gefühl hat, in dem Krankenhaus besser versorgt zu werden. Diese gewährten Beihilfen könnten dazu führen, dass möglicherweise Krankenhäuser mit geringer Nachfrage durch Patienten erhalten bleiben. Andere hingegen würden trotz guter Resonanz vom Markt gefegt. Das wäre schon bitter.

*Die Grundprobleme liegen in der mangelnden Investitionsfinanzierung.*

*Herr Alschner, Sie haben gesagt, der europarechtliche Rahmen führe auf Abwege. Wie kann man denn sonst gegen eine mangelnde Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser vorgehen?*

**Alschner:** Wir haben von Anfang an darauf hingewiesen, dass dieser Streitfall genau die Möglichkeit bietet, diese Frage zu klären. Für ihre Klärung ist das Bundesverfassungsgericht zuständig. Dass hingegen noch kein Krankenhaus bei dieser Frage ein Bundesland in Anspruch genommen hat, überrascht nicht. Das Krankenhaus, das sich diesen Schritt erlauben würde, käme sofort auf allen politischen Ebenen in schweres Wetter.

*Wäre es für Sie denn denkbar, dass ein Bundesland auf der Grundlage*

*der Daseinsfürsorge trotzdem einen defizitären Standort schließt?*

**Alschner:** Unser Verband hat sich an keiner Stelle zum Befürworter von nicht nachhaltigen Strukturen erklärt. Das ist ja auch ein Punkt, wo unser Verband mit den anderen Organisationen der kommunalen Selbstverwaltung unter Umständen auch mal im Dissens ist.

**Bublitz:** Warum klagen Sie denn nicht vor dem Bundesverfassungsgericht gegen den Rechtsrahmen?

**Alschner:** Weil wir das nicht können. Der IVKK ist nicht antragsberechtigt in Karlsruhe.

**Groß:** In Zukunft wird die Frage auftauchen, ob nicht möglicherweise der

Grundsatz auf Gleichbehandlung aus der Bedarfsnotwendigkeit und der Krankenhausplanung abgeleitet werden kann. Dass eben tatsächlich auch kirchlichen Krankenhäusern und privaten Krankenhäusern, wenn sie für die Patientenversorgung bedarfsnotwendig sind und im Krankenhausplan stehen, ein Defizit ausgleich zu zahlen wäre.

*Also entweder alle oder keiner?*

**Groß:** Ja, genau.

*Wenn Helios dann Steuergelder bekommt ...*

**Bublitz:** ... kriegt die Krankenhausplanung eine völlig neue Relevanz. ■

Interview: Kirsten Gaede, Robert Paquet, Guntram Doelfs



„Change is a constant process, stability is an illusion.“

STEVE DE SHAZER

