

Von der Kunst, ein Loch zu stopfen – das „Monti-Paket“ und die öffentlichen Krankenhäuser

Von Karlheinz Kibele, Stuttgart

Nicht wenige kommunale Krankenhäuser schreiben rote Zahlen. Das ist mittlerweile nicht nur den Insidern bekannt. Und es werden laufend mehr. Was aber niemanden verwundern darf. Denn das derzeitige Finanzierungssystem funktioniert mehr schlecht als recht. Die Kliniken haben nicht nur ein Ausgaben-, sondern auch ein Einnahmeproblem. Sie sind chronisch unterfinanziert. Und die Gesundheitsreform des Jahres 2007 war dazu angetan, die Kommunalpolitiker vollends in den Wahnsinn zu treiben.

Das geltende Finanzierungssystem und seine Mängel

Seit mehr als 30 Jahren gilt für die Krankenhausfinanzierung das duale System. Das heißt, dass die Finanzierung der Investitionskosten Sache der Länder ist. Demgegenüber werden die laufenden Betriebskosten von den Krankenkassen bestritten. Beide Säulen sind brüchig. Warum?

Nach dem Gesetzeswortlaut müssen die Länder für die Krankenhausinvestitionen aufkommen. Im Gesetz heißt es wörtlich, dass die „Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden.“ Es handelt sich also um eine 100 %-Finanzierung. Eigentlich. Aber das steht nur auf dem Papier. Die Realität ist eine andere. In Wirklichkeit gibt es nur noch eine Anteilsfinanzierung. Das heißt: Bei jeder Investition tut sich eine mehr oder weniger große Deckungslücke auf. Und es bleibt den Krankenhausträgern gar nichts anderes übrig, als den Ausfall von Fördermitteln zu kompensieren. Wer sonst soll das Loch stopfen?

Da überall investiert werden muss, hängen bei genauem Hinsehen alle kommunalen Kliniken am Tropf ihrer Träger. Das Finanzierungsgebäude steht also faktisch auf drei Säulen. Ohne den Stützpfeiler der Kommunen wäre es längst zusammengebrochen. Dieser Zustand hält schon seit Jahren an. Ein Gesetz, das vom Staat ignoriert wird? Unglaublich, aber das gibt's. In einem Rechtsstaat ist das mehr als ein Schönheitsfehler. Und deshalb muss es erlaubt sein, dass die Geplagten ab und zu auf diesen Missstand hinweisen. Bei dieser Sachlage ist es nur ein kleiner Trost, wenn das Land darauf verweisen kann, dass es die übrigen Bundesländer, Bayern vielleicht ausgenommen, noch schlimmer treiben, weil sie dem gesetzlichen Auftrag noch weniger nachkommen.

Damit aber nicht genug. Es bröseln nämlich auch die zweite Säule. Die Verantwortung für die unzureichende Finanzierung der Betriebskosten liegt beim Bund. Und mit jeder Gesundheitsreform geraten die Krankenhäuser mehr in die Bredouille, bis irgendwann der Kollaps droht. Aber das kann sich die Kommunalpolitik kaum leisten, und deshalb werden auch an dieser Stelle kommunale Mittel eingesetzt. Es bleibt den Land- und Stadtkreisen gar nichts anderes übrig, denn ihnen obliegt der sog. Sicherstellungsauftrag. Letztlich sind sie es, die für eine funktionierende Krankenhausversorgung geradestehen müssen. Die Gesundheitspolitiker im Bund kennen die Zusammenhänge sehr wohl, man hat es ihnen oft genug erklärt. Trotzdem lässt es sie kalt. In Berlin verfolgt man andere Ziele.

Damit sind wir beim Grundsatz der Beitragssatzstabilität, der heiligen Kuh des deutschen Gesundheitswesens. Ihm muss sich alles unterordnen. Aber: Was

hat das mit den effektiven Kosten unserer Krankenhäuser zu tun? Die massiven Kostensteigerungen der Krankenhäuser interessieren nicht. Die Fallpauschalen (DRGs) sind festgeschrieben. Im kommenden Jahr beträgt der Spielraum für höhere Erlöse sage und schreibe 0,64 %. So hat es das Bundesgesundheitsministerium soeben verkündet. Was heißt das? Die Veränderungsrate reicht gerade aus, um die Belastung durch den sog. Sanierungsbeitrag auszugleichen. Zur Erinnerung: Jede Krankenhausrechnung wird – zur Sanierung der Krankenkassen, die derzeit hohe Überschüsse einfahren – um 0,5 % gekürzt. Wo bleibt die Kompensation für die höhere Mehrwertsteuer? Was ist mit den erheblichen Personalkostensteigerungen vor allem im ärztlichen Sektor? Und, und, und ... Die zwangsläufige Folge: Das zu stopfende Loch wird Jahr für Jahr größer.

Warum Europa auch beim Krankenhaus mitspricht

Um die stationäre Krankenversorgung zu sichern, müssen Landkreise, Städte und Gemeinden Geld in die Hand nehmen. Aber wer gemeint hatte, dass der Fisch damit geputzt sei, sieht sich getäuscht. Brüssel besteht auf der Beachtung der europäischen Spielregeln. Man könnte von einer dritten Front sprechen.

Zwar gibt es seit jeher Vorschriften über die Gewährung von Beihilfen. Aber bis vor einiger Zeit war niemand auf die Idee gekommen, dass diese Paragraphen auch für kommunale Krankenhäuser und darüber hinaus für die gesamte öffentliche Daseinsvorsorge (!!) von Bedeutung sind. Auch die EU-Kommission hat diesen Bereich zunächst unbehelligt gelassen. Das hat sich grundlegend geändert, seit die

Finanztransfers an öffentliche Krankenhäuser Gegenstand mehrerer Beschwerdeverfahren sind. An vorderster Stelle kämpft der private Asklepios-Krankenhauskonzern gegen die Kommunen. Das zieht sich inzwischen über mehr als vier Jahre hin. Aber der Fall ist noch keineswegs ausgestanden.

Bekanntermaßen ist das Europarecht überaus kompliziert und sperrig. Auch der Spezialist tut sich damit schwer. Klar ist jedoch: Beihilfen sind nach dem EG-Vertrag grundsätzlich verboten. Lassen wir einmal die Fülle von Details weg, dann stellt sich für die kommunalen Krankenhausbetreiber zunächst folgende Frage: Handelt es sich überhaupt um eine Beihilfe, wenn ein Landkreis seinem Krankenhaus finanziell unter die Arme greift? Bejaht man diese Vorfrage, muss man sich mit der weiteren Frage auseinandersetzen, wie wir mit dem Beihilfeverbot klarkommen.

Das europarechtliche Beihilfeverbot

Wie gesagt: Beihilfen sind verboten. Was also versteht Brüssel unter „Beihilfen“? Diese Frage ist schnell abgehakt, weil der europäische Beihilfenbegriff weit gespannt ist. Demgemäß geht es hier nicht nur um Zuschüsse oder Zinsvergünstigungen, sondern um – direkte oder indirekte – Vorteile aller Art. Die derzeitige Diskussion kreist um den Ausgleich eines allgemeinen Betriebsdefizits. Aber was gilt, wenn der Landkreis einen Investitionszuschuss leistet, z. B. weil eine Erweiterung oder ein Umbau ansteht? Auch dieser Investitionszuschuss wird erfasst, weil es aus der hier entscheidenden Sicht des Wettbewerbs keinen Unterschied macht, ob die Finanzierungslücke auf die unzureichende Förderung des Landes oder auf sonstige Umstände zurückzuführen ist. Unter die Beihilfevorschriften fällt somit jeglicher Transfer von öffentlichen Mitteln. Was aber heißt das für den Kreistag, der über eine Finanzspritze für das Krankenhaus zu entscheiden hat?

An dieser Stelle kommt nun das „Monti-Paket“ ins Spiel. Es hält gewisse Erleichterungen bereit. Mit seiner Hilfe kann es gelingen, die Hürde des Beihilfenverbots zu überspringen. Gelingt dies, dann dürfen, unter Beachtung der dort geregelten Voraussetzungen, weiterhin Zahlungen an das Krankenhaus geleistet werden. Und deswegen ist das „Monti-Paket“ für die Rechtmäßigkeit solcher Zahlungen von herausragender Bedeutung.

Das „Monti-Paket“, was ist das eigentlich?

Zunächst: Was haben wir unter „Monti-Paket“ zu verstehen? Mit dem „Monti-Paket“ hat die Kommission die Konsequenzen aus der jüngsten Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs zur Anwendung des Beihilfenrechts auf Unternehmen gezogen, die mit Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse betraut sind. Leitentscheidung ist das Urteil in Sachen Altmark Trans vom 24. Juli 2003. Dort ging es um ein Unternehmen des ÖPNV. Seither ist alles noch etwas komplizierter. Und wieder einmal haben wir es mit dem Gegenteil von Entbürokratisierung zu tun.

Das „Monti-Paket“ enthält dreierlei:

- die sogenannte Freistellungsentscheidung,
- den sogenannten Gemeinschaftsrahmen und schließlich
- die Änderung der Transparenzrichtlinie.

Um die Frage vorwegzunehmen: Das alles ist längst geltendes Recht. Gerade die Freistellungsentscheidung, für die öffentlichen Kliniken von zentraler Bedeutung, ist im Kern bereits am 19. Dezember 2005 in Kraft getreten, einige wenige Bestimmungen dann am 29. November 2006. Wir sind also keinesfalls zu früh dran. Es führt kein Weg daran vorbei: Die Krankenhausträger müssen das jetzt regeln. Weitere Verzögerungen können wir uns nicht leisten. Das gilt schon mit Blick auf die bei der EU-Kommission

anhängigen Beschwerdeverfahren und auch wegen der Berichtspflicht. Die Mitgliedstaaten müssen nämlich alle drei Jahre detailliert nach Brüssel berichten. Der erste Bericht dieser Art ist bis zum 19. Dezember 2008 vorzulegen. Es ist deshalb davon auszugehen, dass der Bund in Kürze auf die Länder zugehen wird. Und das in Baden-Württemberg zuständige Ministerium für Arbeit und Soziales wird die öffentlichen Krankenhausträger dann wohl schon im Sommer 2008 um Stellungnahme bitten.

Wer jetzt immer noch meint, er könne sich die Auseinandersetzung mit dem „Monti-Paket“ ersparen, der sei an eine ganze Reihe von Vertragsverletzungsverfahren erinnert, in denen uns der Europäische Gerichtshof mit schöner Regelmäßigkeit auf die Finger geklopft hat. Welche Gründe sollte es geben, diese Erfahrung noch einmal zu machen? Wir sind also gewarnt. Es ist keine Erfolg versprechende Strategie, nach Schlupflöchern zu suchen. In Brüssel hat man dafür herzlich wenig Verständnis. Da kennen die keinen Spaß. Und das sollte man – im ureigensten Interesse – zur Kenntnis nehmen und die Konsequenzen daraus ziehen.

Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse

Das „Monti-Paket“ findet nur Anwendung, wenn die beiden folgenden Voraussetzungen vorliegen:

- Der Begünstigte muss ein Unternehmen sein, das Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse erbringt.
- Außerdem müssen die spezifischen Voraussetzungen der Freistellungsentscheidung vorliegen, die aus dem Altmark-Trans-Urteil des Europäischen Gerichtshofs abgeleitet worden sind.

Zunächst einmal ist die Art der Dienstleistung zu prüfen. Die Freistellungsent-

scheidung greift nur bei Unternehmen, die Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse erbringen. Das ergibt sich schon aus dem EG-Vertrag, steht aber auch in der Freistellungsentscheidung. Nach Auffassung der Kommission sind dies solche Tätigkeiten, die im Interesse der Allgemeinheit erbracht werden und dazu mit besonderen Gemeinwohlverpflichtungen verbunden sind, denen ein Unternehmen aus eigenem wirtschaftlichem Interesse nicht nachkommen würde.

Es obliegt den Mitgliedstaaten, Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse zu definieren. Dabei haben sie einen großen Ermessensspielraum. Nach Überzeugung der kommunalen Landesverbände gehört die Erbringung von Krankenhausleistungen dazu. Jedenfalls im Kern. Und deshalb haben wir im Rahmen der laufenden Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes um eine Klarstellung im Gesetz – mehr ist es ja nicht – gebeten. Die Landesregierung hat dieser Bitte entsprochen und es gibt Signale, dass unser Anliegen im Landtag ebenfalls mit Zustimmung rechnen kann.

Erbringt nun eine Klinik – was immer häufiger vorkommt – verschiedenartige Dienstleistungen, so sind die so genannten Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse abzugrenzen von den sonstigen Dienstleistungen. Das ist zwingend, weil für sonstige Dienstleistungen kein Ausgleich gewährt werden darf.

In diesem Zusammenhang einige Bemerkungen zu den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Nach Auffassung des Bundesgesundheitsministeriums nehmen MVZ, die in der Trägerschaft des Krankenhauses stehen, an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teil und stehen damit im Wettbewerb mit niedergelassenen Ärzten. Um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden, ist sicherzustellen, dass ein MVZ weder direkt noch indirekt Vorteile durch die Investitionsförderung des Krankenhauses oder

durch Defizitausgleiche von Kommunen erlangt.

Zwar ist diese Aussage im Grundsatz okay, kann aber so allgemein nicht stehen bleiben. Im Fall einer Unterversorgung muss anderes gelten. Wenn ein öffentliches Krankenhaus in die vertragsärztliche Versorgung einsteigt, weil die Kassenärztliche Vereinigung ihrem Sicherstellungsauftrag nicht nachkommt, dann liegt auch insofern eine Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse vor. Aber Vorsicht: Wir haben in Baden-Württemberg keine Verhältnisse wie im Osten, wo in ganzen Landstrichen die Ärzte knapp werden. Es kann sich daher immer nur um eine punktuelle Unterversorgung, beschränkt auf ein bestimmtes Fachgebiet, handeln. Vor diesem Hintergrund sind dem MVZ grundsätzlich auch die vom Krankenhaus bezogenen Leistungen (z. B. Laborleistungen, Personalgestellung) in Höhe sachgerechter Kosten auf Vollkostenbasis oder in marktüblicher Weise in Rechnung zu stellen. Das gilt auch für Bereitstellung von Räumen und Geräten, die öffentlich gefördert worden sind. Dem MVZ sind auch hierfür die Kosten in sachgerechter Höhe oder marktübliche Entgelte (z. B. Miete) einschließlich entsprechender Investitionskostenanteile in Rechnung zu stellen.

Die spezifischen Voraussetzungen einer Freistellung nach dem „Monti-Paket“

Im Übrigen hängt eine Freistellung von der grundsätzlich zu beachtenden Notifizierungspflicht davon ab, ob die in der Freistellungsentscheidung aufgeführten spezifischen Voraussetzungen vorliegen. Wenn das der Fall ist, ist die Beihilfe mit dem Gemeinsamen Markt vereinbar und es hat damit sein Bewenden. Drei Kriterien müssen erfüllt sein:

Erstens: Wir brauchen einen öffentlichen Auftrag, den sog. Betrauungsakt. Dieser muss an ein bestimmtes Unternehmen, in unserem Fall also an das Krankenhaus,

gerichtet und rechtlich verbindlich sein. Die Form des Betrauungsaktes kann frei gewählt werden. Je nach Fallgestaltung kann die Betrauung durch Verwaltungsakt oder öffentlich-rechtlichen Vertrag erfolgen. Besitzt das Unternehmen keine eigene Rechtspersönlichkeit, z. B. wenn das Krankenhaus als Eigenbetrieb oder als Regiebetrieb organisiert ist, erfolgt die Betrauung durch internen Organisationsakt.

Das zweite Kriterium beschäftigt sich mit der Berechnung der Ausgleichszahlung. Diese muss nachvollziehbar berechnet werden, und – was von großer Wichtigkeit ist – die Festlegungen müssen jeweils im Vorhinein getroffen werden, d. h. bevor die Dienstleistung, die die Ausgleichszahlung auslöst, erbracht wird. Das geschieht eben durch den Betrauungsakt in Verbindung mit dem Wirtschaftsplan. Es funktioniert also nicht, sich erst dann Gedanken zu machen, wenn sich während des Jahres ein Loch auftut. Die EU-Kommission verlangt, dass dies schon vor Beginn des Wirtschaftsjahres geregelt wird. Sonst fehlt es an der notwendigen Transparenz, auf die Brüssel größten Wert legt. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass eine höhere als die im Jahres-Wirtschaftsplan ausgewiesene Ausgleichszahlung nur dann bewirkt werden darf, wenn die dafür verantwortlichen Ursachen zum Zeitpunkt der Aufstellung des Wirtschaftsplans vor Beginn des Geschäftsjahres noch nicht erkennbar waren.

Drittes Kriterium: Vermeidung von Überkompensierungen durch Kontrolle. Die Kommission will sicherstellen – und das ist nachvollziehbar – dass unter dem Deckmantel von Ausgleichszahlungen keine Überkompensation erfolgt. Deshalb schreibt sie Kontrollen vor. Das Krankenhaus muss nachweisen, dass es nicht gegen das Verbot der Überkompensation verstößt. Um diesen Anforderungen zu genügen, ist es verpflichtet, einen Nachweis über die Verwendung der Mittel zu führen. Hierfür ist die Jahresrechnung das geeignete Instrument.

Das Muster des Landkreistags Baden-Württemberg

Erstaunlicherweise stehen die Bemühungen um die Umsetzung des „Monti-Pakets“ noch ziemlich am Anfang. Die Bedeutung des europäischen Beihilfenrechts im Allgemeinen und des „Monti-Pakets“ im Besonderen wird weithin unterschätzt. Das gilt sowohl für die Bundes- als auch für die Landesebene. Aber der Landkreistag Baden-Württemberg lässt seine Mitglieder nicht im Stich. In Abstimmung mit dem Ministerium für Arbeit und Soziales und dem Innenministerium hat die Geschäftsstelle ein Muster für einen Betrauungsakt samt den dazu gehörigen Erläuterungen erarbeitet und den Landkreisen noch vor der Sommerpause zur Verfügung gestellt. Dieses Muster ist zwischenzeitlich vom Gesundheitsausschuss des Deutschen

Landkreistags bundesweit zur Anwendung empfohlen worden.

Behandlung in den Gremien

Bei der Betrauung handelt es sich nicht um ein Geschäft der laufenden Verwaltung. Daher ist die Zuständigkeit des Landrats zu verneinen. Da der Erlass der Haushaltssatzung und der Nachtragsatzungen, die Feststellung der Jahresrechnung und der Wirtschaftspläne nicht auf beschließende Ausschüsse übertragen werden kann und der Betrauungsakt dazu in engem Zusammenhang steht, ist grundsätzlich der Kreistag das für die Betrauung zuständige Organ. Und wegen des erforderlichen Vorlaufs ist jetzt auch die richtige Zeit.

Ein abschließender Hinweis:

Das Muster eines Betrauungsakts verweist auf den jeweiligen Wirtschafts-

plan. Es genügt also eine einmalige Betrauung, sofern sich nichts Wesentliches ändert. Allerdings ist der Betrauungsakt alljährlich durch den Wirtschaftsplan zu konkretisieren. Nur so wird dem europarechtlichen Transparenzgebot Rechnung getragen. Wichtig ist auch: Dem Einnahmeposten im Wirtschaftsplan des Krankenhauses entspricht der Ausgabeposten im Haushaltsplan. Das ist zwingend, denn das sind die beiden Seiten ein und derselben Medaille! Wer hier nicht aufpasst, der hat später unweigerlich ein Problem, weil finanzielle Transfers nur in diesem Rahmen freigestellt sind.

Karlheinz Kibele ist Stellvertretender Hauptgeschäftsführer des Landkreistags Baden-Württemberg