

PRESSEMITTEILUNG

Sperrfrist: 26.09.2007, 11.00 Uhr

Kliniken in Rheinland-Pfalz wehren sich gegen Rechnungskürzungen durch die Krankenkassen in Millionenhöhe

- Landesweit werden über 200 Klagen eingereicht

Mainz, 26.09.2007

Die Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz klagen vor den Sozialgerichten Mainz, Speyer, Koblenz und Trier gegen Rechnungskürzungen durch die Krankenkassen.

Die Kliniken folgen damit flächendeckend einer Empfehlung der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz, gegen die vom Gesetzgeber im Zuge der Gesundheitsreform 2006 (Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung - GKV-WSG) eingeführte pauschale Kürzung des Rechnungsbetrages in Höhe von 0,5 % zur Sanierung der gesetzlichen Krankenkassen („Sanierungsbeitrag“) gerichtlich vorzugehen.

Landesweit geht es um einen **Betrag von ca. 20 Mio. Euro**, um den die Rechnungen für die Krankenhausbehandlung in den Jahren 2007 und 2008 gekürzt werden.

In einer konzertierten Aktion hat die Krankenhausgesellschaft die von ihren Mitgliedern erstellten Klageschriften gesammelt und heute die ersten 64 Klagen beim Sozialgericht Mainz abgegeben. Die Einreichung der weiteren 140 Klagen bei den übrigen Sozialgerichten des Landes wird in den nächsten Tagen erfolgen.

Die Krankenhäuser stützen Ihre Klagen auf ein Gutachten des renommierten Berliner Universitätsprofessors Helge Sodan, in dem erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken gegen den vom Gesetzgeber als Zwangsabgabe der Krankenhäuser eingeführten „Sanierungsbeitrag“ festgestellt werden.

(Die Zusammenfassung des Gutachtens ist dieser Pressemitteilung als Anlage beigefügt)

In dem Gutachten wird der „Sanierungsbeitrag“, den die Krankenhäuser - **übrigens als einzige Leistungserbringer im Gesundheitswesen** - zur Verbesserung der Finanzsituation der gesetzlichen Krankenkassen leisten müssen, als **verfassungswidrige Sonderabgabe** bezeichnet, für die es an der Gesetzgebungskompetenz des Bundesgesetzgebers fehlt. Weiterhin verletze der „Sanierungsbeitrag“ die in Artikel 12 Grundgesetz verankerte **Berufsfreiheit** privater Krankenhausträger und verstoße gegen den **allgemeinen Gleichheitssatz** des Artikel 3 Grundgesetz.

Schließlich wird die Klage der Krankenhäuser damit begründet, dass in der Gesetzesbegründung des GKV-WSG angesprochene **Sanierungsbedarf der gesetzlichen Krankenversicherung nicht bestehe**. Nach der Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 03.09.2007 zur „Aktuellen Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 03.09.2007 hatten die Krankenkassen das **Jahr 2006** mit einem **Überschuss von 1,64 Milliarden Euro** abgeschlossen. Im **ersten Halbjahr 2007** erzielten die Kassen einem **Einnahmenüberschuss von rund 307 Millionen Euro**.

„Die gesetzlichen Krankenkassen sitzen auf ihren Überschüssen während bereits heute mehr als ein Drittel der Budgets der Krankenhäuser unterfinanziert sind. Die vom Gesetzgeber ursprünglich verfolgte Intention einer Sanierung der Krankenkassen war von Anfang an ungerechtfertigt,“ so der Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz, Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr.

Zudem profitierten die gesetzlichen Krankenkassen – anders als die Kliniken – im Besonderen von dem rapiden Anstieg an sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten. Bereits im ersten Quartal 2007 habe die GKV über 600.000 neue Mitglieder verzeichnen können. **Drei Viertel aller Kassen seien ohnehin bereits Ende 2006 schuldenfrei gewesen.** Beziehe man die restlichen Schulden von einem Viertel der Kassen mit ein, verfügen die **Krankenkassen** zur Zeit über ein **Vermögen von über 1,3 Milliarden Euro.**

„Sanierungsbedürftige Unternehmen sehen anders aus. Unverständlich ist, dass finanziell kranke Krankenhäuser gesunde Krankenkassen durch eine Zwangsabgabe von jährlich bundesweit 380 Millionen Euro „sanieren“ sollen,“ so Geschäftsführer Mohr.

Die **mageren Steigerungsraten** für die Krankenhausbudgets von **0,28 % für 2007 und 0,64 % für 2008** werden durch die Rechnerkürzungen um 0,5 Prozent im Rahmen der Sanierungsabgabe bereits aufgebraucht. Angesichts **massiver nicht finanzierter Kostensteigerungen** droht das Jahr 2008 für die Krankenhäuser zum **wirtschaftlichen Katastrophenjahr** zu werden. Allein im Personalkostenbereich ist beispielsweise angesichts der ersten Äußerungen des Marburger Bundes in der anstehenden Tarifrunde mit einer Forderung nach einer erheblichen Gehaltssteigerung der Ärzte zu rechnen.

Nähere Informationen zu den Aufgaben der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz können Sie unserer Internet-Seite unter www.kgrp.de entnehmen.

Ansprechpartner:

Andreas Wermter, Referent der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V.

Tel.: 06131/28695-35 oder 0173/9532401

- Auszug -

**Der „Sanierungsbeitrag“ der Krankenhäuser
nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
als Verfassungsproblem**

Rechtsgutachten

erstattet im Auftrag der
Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V.

von

Universitätsprofessor Dr. iur. habil. Helge Sodan

Inhaber des Lehrstuhls für Staats- und Verwaltungsrecht,
Öffentliches Wirtschaftsrecht und Sozialrecht
an der Freien Universität Berlin;

Direktor des Deutschen Instituts für Gesundheitsrecht (DIGR)

Berlin, im Juni 2007

Dritter Teil

Zusammenfassung in Leitsätzen

Wesentliche Ergebnisse der gesamten Untersuchung lassen sich in Leitsätzen wie folgt zusammenfassen:

1. Bei der Neuregelung zum Mindererlösausgleich handelt es sich um einen Modus der Vergütung von Leistungen der Krankenhausträger zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherung. Den Krankenhäusern kann aufgrund dieser Vergütungsregelung sowohl ein Nachteil (partieller Mindererlösausgleich nach § 4 Abs. 9 S. 2 KHEntgG n. F.) als auch ein finanzieller Vorteil (partieller Mehrerlösausgleich gemäß § 4 Abs. 9 S. 4 KHEntgG) entstehen. Das Grundgesetz räumt daher dem Bund nach Art. 72 Abs. 1 und 2, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG die Gesetzgebungskompetenz zur Absenkung des Mindererlösausgleichs ein.

2. Die Rechnungsabschläge nach § 140d Abs. 1 S. 1 SGB V und gemäß § 8 Abs. 9 S. 1 KHEntgG sind angesichts der Verteilung der Gesetzgebungskompetenzen durch das Grundgesetz jedenfalls *wie* Abgaben zu behandeln. Dass den Krankenhausträgern keine *Geldleistungspflichten* auferlegt werden, ist insoweit unerheblich. Denn die Rechnungsabschläge wirken sich im Ergebnis wie Abgaben in entsprechender Höhe aus. Die Krankenkassen werden durch die praktisch bestehende, gesetzliche Aufrechnung gegenseitiger Ansprüche sogar bevorteilt. Den Krankenhäusern deshalb den Schutz durch die besonderen Zulässigkeitsvoraussetzungen der Sonderabgaben vorzuenthalten, wäre unbillig.

3. § 140d Abs. 1 S. 8 SGB V n. F. und § 8 Abs. 9 S. 1 KHEntgG erfüllen jedoch nicht die vom Bundesverfassungsgericht aufgestellten Anforderungen an die Zulässigkeit von Sonderabgaben. Es fehlt den Krankenhausträgern bereits an der spezifischen Sachnähe zum gesetzgeberischen Ziel der Sicherstellung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung. Ferner trifft die Krankenhäuser keine besondere Gruppenverantwortung. Sie ziehen keinen Gruppensondervorteil aus der Sicherung der Finanzierungsbasis der öffentlichen Gesundheitsversorgung. Ebenso wenig verursacht die stationäre Versorgung im besonderen Maße die Ausgabensteigerung der gesetzlichen Krankenversicherung. Denn in den letzten Jahren blieb der Anteil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die stationäre Versorgung der Versicherten an den Gesamtausgaben stabil. Es besteht auch keine historisch gewachsene oder sozialetisch bedingte Gruppenverantwortung für die finanzielle Ausstattung der gesetzlichen Kranken-

versicherung. Schließlich werden die einbehaltenen Mittel nicht gruppennützig verwendet.

4. Dagegen besteht zwar hinsichtlich der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung eine Gruppenverantwortlichkeit der Krankenhäuser als potentieller Teilnehmer an dieser Versorgungsform. Die gruppennützige Verwendung der nach § 140d Abs. 1 S. 1 SGB V einbehaltenen Mittel wird jedoch durch § 140d Abs. 1 S. 8 SGB V n. F. gerade aufgehoben. Denn der Gesetzgeber spekuliert auf eine *Nicht*verwendung der Mittel für die Anschubfinanzierung. Er beraubt sich daher durch den Erlass des § 140d Abs. 1 S. 8 SGB V n. F. selbst der Gesetzgebungskompetenz für § 140d Abs. 1 S. 1 SGB V. Der Bundesgesetzgeber kann daher den Erlass von § 140d Abs. 1 S. 8 SGB V n. F. und § 8 Abs. 9 S. 1 KHEntgG nicht auf seine Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG („Sozialversicherung“) stützen.

5. Sämtliche Elemente des „Sanierungsbeitrags“ der Krankenhäuser greifen in die durch Art. 12 Abs. 1 GG (i. V. m. Art. 19 Abs. 3 GG) gewährleistete Berufsfreiheit privater Krankenhausträger ein. Die Berufsfreiheit schützt hierbei sowohl natürliche Personen als auch inländische juristische Personen des Privatrechts. Bei gemischt-wirtschaftlichen Unternehmen gilt dies nur insoweit, als der Staat innerhalb dieser Unternehmen keinen beherrschenden Einfluss auszuüben vermag. Grundrechtsberechtigt sind mit dieser Maßgabe beispielsweise nicht nur Aktiengesellschaften oder Gesellschaften mit beschränkter Haftung, sondern auch frei-gemeinnützige Krankenhausträger; dazu gehören Krankenhäuser, die sich in kirchlicher Trägerschaft befinden oder etwa im Deutschen Roten Kreuz oder im Paritätischen Wohlfahrtsverband organisiert sind. Das Grundrecht der Berufsfreiheit garantiert unter anderem das Recht auf eine angemessene Vergütung für erbrachte Leistungen. § 8 Abs. 9 S. 1 KHEntgG stellt einen „klassischen Eingriff“ in das Grundrecht der Berufsfreiheit privater Krankenhausträger dar. Die Absenkung des Mindererlösausgleichs und die Aufhebung der Rückzahlungspflicht nicht verwendeter Mittel für die Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung weisen in subjektiver Hinsicht eine berufsregelnde Tendenz auf und sind daher ebenfalls an Art. 12 Abs. 1 GG zu messen.

6. Alle drei in Frage stehenden Maßnahmen sind im Rahmen der Drei-Stufen-Theorie als Berufsausübungsregelungen einzuordnen. Zwar dienen sie einem vom Bundesverfassungsgericht anerkannten, legitimen Zweck, nämlich der Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung. Jedoch bestehen bereits Zweifel, ob die teilweise Aufhebung der Rückzahlungspflicht gegenüber nicht verwendeten Mitteln zur Anschubfinanzierung der inte-

grierten Versorgung zur Erfüllung dieses Zwecks geeignet ist. Denn die integrierte Versorgung dient ihrerseits letztlich nicht nur der verbesserten Versorgung der Versicherten, sondern auch der finanziellen Entlastung der Krankenkassen. Da der Gesetzgeber jedoch gerade auf die Nichtverwendung der Mittel für die Anschubfinanzierung setzt, wird insoweit dieser Zielsetzung entgegengewirkt. Ferner erzielten die gesetzlichen Krankenkassen seit 2004 ununterbrochen Einnahmenüberschüsse. Es besteht daher kein Sanierungsbedarf. Die Erhebung des Sanierungsbeitrags erweist sich demnach als nicht erforderlich. Jedenfalls scheitern die Neuregelungen am Zumutbarkeitskriterium. Denn einerseits ist in der insoweit vorzunehmenden Abwägung das Gewicht der gesetzgeberischen Motivation aufgrund des mangelnden Sanierungsbedarfs als sehr niedrig einzustufen. Andererseits belastet der „Sanierungsbeitrag“ die Leistungserbringer erheblich und gefährdet mittelbar die qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten. Dabei ist zu beachten, dass den Staat eine Schutzpflicht gegenüber Leben und körperlicher Unversehrtheit seiner Bürger aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG trifft. Schließlich meint finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung letztlich nichts anderes als Beitragssatzstabilität. Diese genießt jedoch keinen Vorrang gegenüber dem durch Art. 12 Abs. 1 GG geschützten Recht auf angemessene Vergütung für erbrachte Leistungen.

7. Die drei Elemente des „Sanierungsbeitrags“ verletzen den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG. Private Krankenhausträger werden gegenüber anderen Teilnehmern am so genannten System der gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere gegenüber den Versicherten, ohne sachliche Rechtfertigung in besonderer Weise belastet. Der Mangel einer hinreichenden Rechtfertigung ergibt sich aus dem Fehlen einer Gruppenverantwortung der Krankenhäuser für die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der mangelnden gruppennützigen Verwendung der einbehaltenen Mittel.

8. Als Rechtsschutz kommen Verfassungsbeschwerden betroffener privater Krankenhausträger in Betracht. Ob diese Verfassungsbeschwerden in zulässiger Weise unmittelbar gegen die fraglichen gesetzgeberischen Maßnahmen gerichtet werden können, lässt sich der bisherigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, in der eine einheitliche Linie zum Grundsatz der Subsidiarität der Verfassungsbeschwerde im Hinblick auf so genannte Rechtssatzverfassungsbeschwerden fehlt, nicht mit der wünschenswerten Klarheit entnehmen. Das Bundesverfassungsgericht ließ jedoch bereits Rechtssatzverfassungsbeschwerden trotz denkbarer Beschreitung des fachgerichtlichen Rechtswegs dann zu, wenn die Verletzung von Vorschriften über die Gesetzgebungskompetenzen beim Erlass des angegriffenen förmlichen Gesetzes gerügt wurde. Damit dürfte der

Grundsatz der Subsidiarität jedenfalls nicht der Erhebung einer Verfassungsbeschwerde insoweit entgegenstehen, als hinsichtlich des Erlasses von § 8 Abs. 9 S. 1 KHEntgG sowie § 140d Abs. 1 S. 8 SGB V n. F. das Fehlen der erforderlichen Gesetzgebungskompetenz des Bundes und damit einer verfassungsrechtlichen Rechtfertigung für die Eingriffe in das Grundrecht der Berufsfreiheit gerügt werden sollte.

9. Sollte das Bundesverfassungsgericht entsprechende Verfassungsbeschwerden für unzulässig halten, so wären die Neuregelungen im Rahmen von Leistungsklagen im Rahmen der Sozialgerichtsbarkeit unter inzidenter Prüfung der Verfassungsmäßigkeit der Normen anzugreifen. Sollte dann ein Sozialgericht von der Verfassungswidrigkeit der einschlägigen Vorschriften überzeugt sein und würde sich die Frage der Verfassungsmäßigkeit im konkreten Rechtsstreit als entscheidungserheblich erweisen, so müsste es die Normen nach Art. 100 Abs. 1 GG dem Bundesverfassungsgericht zur Überprüfung vorlegen. Schließlich könnte gegen das letztinstanzliche Urteil der Sozialgerichtsbarkeit Verfassungsbeschwerde zum Bundesverfassungsgericht erhoben werden.

Berlin, am 28. Juni 2007

(Universitätsprofessor Dr. Helge Sodan)