

Herausgegeben von
Axel Frhr. von Campenhausen,
Christoph Link und Jörg Winter

Kyrill Makoski

Kirchliche Krankenhäuser und staatliche Finanzierung

Geschichte, Ausgestaltung,
verfassungsrechtliche
Anforderungen

PETER LANG

Internationaler Verlag der Wissenschaften

A. Einführung

Das Krankenhauswesen steht seit mehr als zwanzig Jahren unter großem Reformdruck, der in den letzten Jahren noch gewachsen ist. Die Politik hat erkannt, dass die Krankenhausaussgaben ein Drittel aller Kosten im Gesundheitswesen betragen, Anreize zur Kostensenkung bisher jedoch fehlten. Daher wurde seit 2004 eine komplette Systemumstellung vorgenommen: weg vom über tagesgleiche Pflegesätze im voraus kalkulierten Budget hin zur Pauschalvergütung mit erhöhtem Insolvenzrisiko für einzelne Krankenhäuser¹.

Diese Fragen betreffen alle Krankenhäuser, besonders jedoch die in der Trägerschaft der beiden großen christlichen Kirchen stehenden; dies sind über 30 % aller Krankenhäuser in Deutschland, betrieben von einzelnen Kirchengemeinden, kirchlichen Stiftungen, Eigengesellschaften, Orden oder den großen Hilfswerken Diakonie und Caritas². Die Feststellung von *L. Singer* für die USA ist in Deutschland ebenfalls anwendbar³:

„Katholische [aber auch protestantische] Krankenpflege ist am Scheideweg. Im Angesicht verstärkten Wettbewerbs in der Gesundheitswirtschaft muss die Kirche aktuelle Geschäftsanforderungen und staatliche Regulierung mit ihrer traditionellen Mission hochqualitativer religiös motivierter Pflege, besonders für die Armen, in Einklang bringen.“

Im Bereich des Krankenhauswesens treffen zwei Mächte aufeinander: der Staat, der zum Sozialstaat geworden ist, und die Kirche, die zuerst als Sozialkirche erkennbar ist⁴. Dabei will niemand mehr die freien Träger, d.h. die nichtstaatlichen Krankenhausträger, insgesamt aus dem Krankenhauswesen verdrängen. Jedoch sind ihre Gestaltungsmöglichkeiten immer stärker eingeschränkt⁵. Dies hängt auch mit einer immer stärkeren Monopolisierung der Geldströme der öffentlichen Hand (egal ob Bund, Länder oder sonstige Körperschaften oder Anstalten) zusammen, die es praktisch unmöglich macht, unabhängig von ihr ein Krankenhaus zu betreiben.

¹ Teilweise wird eine „Krankenhausfeindlichkeit“ konstatiert, vgl. *M. Arnold*, KH 1998, 252. Insolvenzen von Krankenhäusern gibt es häufiger, jedoch wird meist der Betrieb weitergeführt; das Evangelische Krankenhaus Rheda-Wiedenbrück musste hingegen (plötzlich) geschlossen werden, vgl. „Über den Krankenhäusern in NRW kreist der Pleitegeier“, *WESTDEUTSCHE ZEITUNG* v. 2.7.2005; *A. Paul*, „Kranke, raus!“, *DIE ZEIT* v. 7.7.2005, Nr. 28.

² Insgesamt zur Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege in Deutschland *F. Spiegelhalter*, *ZöGU* 23 (2000), 47.

³ 72 Tul. L. Rev. 159 (1997).

⁴ *W. Leisner*, *Essener Gespräche zum Thema Staat und Kirche*, Band 17 (1983), 9.

⁵ So schon 1985 *O. Depenheuer*, *Staatliche Finanzierung im Krankenhauswesen*, S. 21.

Die öffentliche Hand leidet seit Jahren – trotz zwischenzeitlich steigender Steuereinnahmen – an einer strukturellen Finanznot, die auch durch die erhebliche Staatsverschuldung bedingt ist⁶. Gleichzeitig steigen die Ansprüche der Bürger. Das Füllhorn, mit dem früher Finanzlöcher gestopft werden konnten, ist leer. Gesellschaftliche Ideale sind nicht mehr so einfach umzusetzen. Der Staat zieht sich immer mehr zurück. Krankenhäuser werden privatisiert oder in eigenständige Betriebe umgewandelt⁷. Damit steigen auch die Anforderungen an die freigemeinnützigen Krankenhäuser⁸ und ihr wirtschaftlicher Druck⁹. Alle Parteien, insbesondere Staat und Kirchen, werden immer stärker aufeinander angewiesen sein, um ihre jeweiligen Aufgaben im Bereich der Krankenfürsorge zu erfüllen¹⁰.

Wenn die Gelder knapper werden, ist zu fragen, welchen Status kirchliche Krankenhäuser in Deutschland haben, und insbesondere, inwieweit sie auf staatliche Hilfe und Unterstützung nicht nur faktisch bauen können, sondern auch rechtlich Anspruch haben. Dabei ist zu untersuchen, ob und in welcher Art und Weise sich Leistungsansprüche aus Grundrechten ergeben können.

Für die Kirchen sind die Krankenhäuser nicht einfach nur Einrichtungen, in denen freie Träger soziale Dienste erbringen und dadurch den Staat entlasten.

„Sie sollen über ihre säkulare Nützlichkeit hinaus Kirche sein: Zeichen des Glaubens und Bekundung der Nächstenliebe inmitten der nachchristlichen, pluralistischen Gesellschaft.“¹¹

Daher sehen es die kirchlichen Krankenhäuser auch als ihre besondere Mission an, sich um Patienten in Extremsituationen (z.B. Koma) zu kümmern¹².

Vorauszuschicken ist, dass im Rahmen dieser Arbeit vorwiegend die Finanzierung von Krankenhäusern durch die (gesetzlichen) Krankenkassen untersucht wird, während (private) Krankenversicherungen nur ansatzweise berücksichtigt werden. Dies ergibt sich zum einen daraus, dass in Deutschland ca. 90 % der Bürger über Krankenkassen (sei es eine Orts-, Ersatz-, Innungs- oder Betriebs-

⁶ Die Staatsverschuldung Deutschlands betrug Ende 2008 insgesamt ca. 1.655 Mrd. €, vgl. http://www.steuerzahler.de/files/19765/Verschuldung_19_1_2009.pdf (6.1.2010).

⁷ Zu den dabei entstehenden arbeitsrechtlichen Problemen *M. Wollenschläger/Ch. von Harbou*, NZA 2005, 1081.

⁸ Vgl. „Krankenhäuser am Tropf“, RHEINISCHE POST v. 14.09.2002.

⁹ *A. Bangard*, ZWeR 2007, 183 (184).

¹⁰ So schon 1983 *H. Pottmeyer*, Essener Gespräche zum Thema Staat und Kirche, Band 17 (1983), 62.

¹¹ *J. Isensee*, Festschrift Obermayer, 203 (204); zum Staatskirchenrecht im pluralistischen Staat *W. Rützner*, Festschrift Hollerbach, 691.

¹² Vgl. *B. Egelko*, „New Catholic mandate on comatose patients“, SAN FRANCISCO CHRONICLE, 3.1.2010.

krankenkasse) versichert sind, zum anderen können die Krankenkassen als erweiterter Teil der Staatsverwaltung betrachtet werden. Insofern befinden sie sich in einer ähnlichen Zwangslage wie andere staatliche Stellen. Private Krankenversicherungen hingegen treten gegenüber den Krankenhäusern als normale Marktteilnehmer auf und unterliegen kaum rechtlichen Bindungen (so gibt es z.B. keinen Kontrahierungszwang). Zudem ist der Kostenschuldner regelmäßig der Patient, dem ein Erstattungsanspruch gegen seine Krankenversicherung zusteht. Einen eigenen Anspruch gegen die Krankenversicherung hat das Krankenhaus jedoch nur im Ausnahmefall¹³.

Auch wenn oft gesagt wird, das Sozialwesen habe nur wenig gemeinsam mit der gewerblichen Wirtschaft, so wird diese These doch immer öfter angegriffen. Dabei werden die Gemeinsamkeiten herausgestellt. Krankenhausträger müssen auch wirtschaftlich denken. Geldverschwendung aus „Humanitätsduselei“ kann sich heutzutage keine Klinik mehr leisten. Insofern muss die Frage „Sozialrecht als Wirtschaftsrecht?“¹⁴ mit Ja beantwortet werden. Angesichts der großen Bedeutung des sozialen Sektors an der gesamten Volkswirtschaft¹⁵ ist er auch unter dem Gesichtspunkt des Wirtschaftsrechts zu betrachten. Die verstärkte Verlagerung auf den privaten Sektor zwingt dazu, die bisherige staatsbezogene Sichtweise zu ändern und die marktbezogenen Argumentationen des Wirtschaftsrechts einzubeziehen¹⁶. Selbst wenn bisher immer eine staatlich geplante Lösung bevorzugt wurde¹⁷, kann dies unter dem europäischen Konkurrenz- und Öffnungsdruck nicht so bleiben. Dabei ist zu beachten, dass es bisher schon einen Wettbewerb zwischen den Krankenhausträgern gab – allerdings um staatliche Förderung, nicht primär um Patienten¹⁸. Nunmehr wird der Wettstreit zwischen den Krankenhäusern um die Patienten stärker.

Besonders die europäische Entwicklung zwingt dazu. Der gemeinsame europäische Markt¹⁹ nimmt keine Rücksicht auf die bisherigen Grenzen und Einflussbereiche der einzelnen Sozialleistungsträger. Der *EuGH* erkennt zwar an, dass in einigen Punkten die Grundfreiheiten eingeschränkt werden können.

13 Siehe unten S. 154.

14 So der Titel der Antrittsvorlesung von A. Hänlein in Kassel, veröffentlicht in NZS 2003, 617.

15 Das Gesundheitswesen hat einen Anteil von 10,9 % am Bruttoinlandsprodukt, vgl. DKG, Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP 2004 in Prozent, verfügbar unter <http://www.dkgev.de/pdf/1401.pdf> (6.1.2010).

16 So A. Hänlein, NZS 2003, 617 (618). Vgl. zum Sport *EuGH*, Urt. v. 15.12.1995 – C 415/93, Slg. 1995, I-4921 (BOSMAN).

17 Krit. dazu J. Wiemeyer, Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung, S. 89 ff.

18 M. Linzbach, KuR 800, 7 (8).

19 Art. 4 Abs. 2 lit. a) AEUV.

Dennoch prüft er diese Einschränkungen umfassend. Daher ist das europäische Wirtschaftsrecht bei jeder Regelung des nationalen Sozialrechts zu berücksichtigen²⁰ – unabhängig von der fehlenden Kompetenz der Europäischen Union für das Sozialrecht²¹. Damit verstärkt sich auch der Druck auf die gesetzliche Krankenversicherung.

Gerade die wirtschaftliche Bedeutung der kirchlichen Sozialeinrichtungen und Krankenhäuser zwingt zu einer Betrachtung aus dem Blickwinkel des Europarechts²². Die Kommission hat schon durch ihr Handeln in den letzten Jahren deutlich gemacht, dass sie nicht gewillt ist, nationale Besonderheiten in einem Maß zu respektieren, das mit dem Binnenmarkt unvereinbar ist²³.

I. Aufbau der Arbeit

Zunächst wird das Untersuchungsobjekt, das kirchliche Krankenhaus, näher beschrieben und in die derzeitige Krankenhauslandschaft eingeordnet. Dazu wird die gesamte derzeitige Struktur dargestellt, um zu verdeutlichen, wie groß (oder klein) der Spielraum der kirchlichen Krankenhäuser und ihrer Träger ist.

Anschließend werden die Finanzquellen – auch in der historischen Entwicklung – dargestellt. Besonderer Wert wird dabei auf die Einzelheiten des Finanzierungssystems und die damit verbundenen Fragen, z.B. zum Krankenhausplan und zum Versorgungsvertrag sowie zur Gestaltung der Förderung, gelegt. Berücksichtigt werden auch die europarechtlichen Anforderungen, insbesondere des Beihilfe- und Vergaberechts²⁴. Denn das Ergebnis der jeweiligen Prüfungen auch beeinflusst die grundrechtlichen Überlegungen – wenn die Krankenhausförderung nur unter gewissen Bedingungen europarechtskonform ist, wäre ein anders ausgerichteter Vorschlag wegen Europarechtswidrigkeit unbrauchbar. Anschließend werden die Normen des Grundgesetzes und des einfachen Rechts untersucht, die auf kirchliche Krankenhäuser anwendbar sind.

Darauf aufbauend werden die Anforderungen an die Finanzierung analysiert, zunächst die grundsätzlichen Fragestellungen und dann spezielle Anforderun-

²⁰ A. Hänlein, NZS 2003, 617 (620); K.-A. Schwarz, EuR 2002, 192 (208); M. Wollenschläger/S. Grimm, ZIAS 18 (2004), 335; vgl. auch U. Becker, NZS 1998, 359; ders., NJW 2003, 2272; I. Ebsen, in: v. Bogdandy/Kadelbach (Hrsg.), Solidarität und Europäische Integration, 21 (27).

²¹ Vgl. H. Rebscher, Festschrift von Maydell, 549.

²² K.-A. Schwarz, EuR 2002, 192 (207); M. Linzbach, KuR 480, 1.

²³ Vgl. die Regelungen zum deutschen Sparkassenwesen; dazu E. Kruse, NVwZ 2000, 721; H.-J. Niemeyer/S. Hirsbrunner, EuZW 2000, 364.

²⁴ Siehe allgemein auch A. Lehmann, Krankenhaus und EG-Beihilferecht; K. Stürz, Staatliche Förderung der christlichen karitativen Kirchentätigkeit.

gen. In diesem Zusammenhang geht es auch um die Problematik, inwieweit sich aus Grundrechten Ansprüche ergeben können. Diese Frage wird unter Beachtung der bisherigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und der Verwaltungsgerichtsbarkeit sowie der Literatur erörtert.

An geeigneten Stellen werden Bezüge zur Situation in den Vereinigten Staaten von Amerika hergestellt. Zweck²⁵ ist dabei, die immer wieder in der Diskussion verwendeten Bezüge – gerade zur Situation in den USA – auf ihre sachliche Rechtfertigung zu untersuchen²⁶. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die USA zwar formell eine starke Trennung von Staat und Religion kennen, aufgrund der soziologischen Situation jedoch eine deutliche Verbindung vorhanden ist²⁷. Zudem ist das amerikanische Gesundheitswesen sehr teuer, aber dennoch bestehen erhebliche Ungleichheiten²⁸. Insofern unterscheidet sich die Ausgangslage von der in Deutschland²⁹. Ob daher die Vorschläge, die in anderen Ländern zur Lösung vergleichbarer Probleme – z.B. der Kostenexplosion im Gesundheitswesen – gemacht werden, auf Deutschland übertragen werden können, ist fraglich³⁰. In diesem Sinne ist die Rechtsvergleichung zwar ein „Lösungsfundus für Rechtsfortbildung und Rechtspolitik“³¹, aber kein Allheilmittel; sie kann jedoch dazu dienen, die Begründung der deutschen Regelungen zu hinterfragen.

25 Zum Zweck der Rechtsvergleichung im öffentlichen Recht *Ch. Starck*, JZ 1997, 1021.

26 Siehe *L. Heiny*, „Ein Herz für Amerika“, *FINANCIAL TIMES DEUTSCHLAND* v. 20.2.2009.

27 Vgl. „Endless culture wars“, *THE ECONOMIST* v. 2.10.2008.

28 DÄBl. 106 (2009), A 24.

29 Vgl. *W. Brugger*, AöR 132 (2007), 4; vgl. auch *M. Quaas*, VBilBW 2003, 217.

30 Vgl. zur Einführung der DRGs *D. Knüppel*, KH 2003, 387.

31 *M. Rheinstein*, JuS 1972, 65 (66).