

Krankenhauspolitik in NRW

Agendaliste der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW)

Düsseldorf, 31. August 2005

Inhalt

	Seite
I. Kernpunkte	3
II. Agendaliste	
1. Einleitung	5
2. Investitionsstau auflösen	6
3. Krankenhausplanung modernisieren	8
4. Kein Abbau von Ausbildungsplätzen	9
5. Gesundheitswesen entbürokratisieren	11
6. Auf Bundesebene durchzusetzen	13
6.1 Trennung der ambulanten und stationären Sektoren aufheben	13
6.2 Systemwidrigen steuerlichen Zugriff auf Krankenhäuser verhindern	15
6.3 Verlängerung der Übergangsregelung des § 25 Arbeitszeitgesetz (ArbZG)	17
6.4 Finanzierungsgrundlagen der GKV neu regeln	19

I. Kernpunkte

- Die hohen Wachstums- und Beschäftigungspotentiale des Krankenhausbereichs dürfen nicht ausgezehrt, die Budgetierung der Krankenhauseinnahmen muss abgeschafft werden.
- Der Investitionsstau von 13,1 Mrd. Euro in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern muss aufgelöst werden. Es darf nicht dazu kommen, dass in NRW die Investitionen des Landes für seine Krankenhäuser weiter zurückgeschraubt werden. Eine Förderung von Investitionen darf grundsätzlich nicht gefährdet oder gar ausgesetzt werden.
- Die KGNW befürwortet eine Novellierung des Krankenhausgesetzes NRW. Eine Vielzahl von Regelungen insbesondere bei der Krankenhausplanung muss abgeschafft oder angepasst werden. Dabei sieht die KGNW die Letztverantwortung für eine flächendeckende stationäre Versorgung und den Sicherstellungsauftrag weiter beim Land Nordrhein-Westfalen.
- Die Krankenhausträger nehmen ihre Verantwortung für die Ausbildung wahr und räumen ihr einen hohen Stellenwert ein. Es darf keinesfalls zu einem Abbau von Ausbildungsplätzen – auch nicht im Einzelfall – kommen, soweit Krankenhäuser auf Basis der vereinbarten Feststellungen Ausbildungen anbieten und Ausbildungswillige zur Verfügung stehen. Eine volle Finanzierung der Ausbildungskosten muss gesichert werden.
- Ein radikaler Stopp und eine Umkehrung der bürokratischen Überregulierung ist dringend geboten. Zahlreiche bürokratische Regelungen beim Arbeitsschutz, Medizinproduktegesetz, dem Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen sowie zahlreiche Verwaltungsvorschriften müssen ersatzlos gestrichen werden. Zudem ist es dringend geboten, bei der anstehenden Umsetzung der onkologischen Qualitätssicherung nach dem Krebsregistergesetz endlich die vielfältigen Dokumentationsanforderungen in der Qualitätssicherung zu harmonisieren und in ein übergreifendes und einheitliches Landesgremium einzubinden.
- Durch eine verbindliche gesetzliche Regelung muss eine durchsetzbare Anspruchsgrundlage für die Krankenhäuser zum Abschluss zweiseitiger Verträge

geschaffen werden, damit die in § 116 b SGB V vorgegebene ambulante Öffnung der Krankenhäuser endlich in der Praxis umgesetzt wird.

- Die Finanzverwaltungen unterwerfen immer mehr Sektoren im Krankenhaus der Besteuerung – dies führt zu einer nicht mehr hinnehmbaren finanziellen Belastung der Krankenhäuser insbesondere in NRW. Diese zusätzlichen Belastungen sind im derzeitigen Krankenhausfinanzierungssystem nicht berücksichtigt. Die ausufernde steuerliche Belastung der Krankenhäuser muss gestoppt und die steuerlichen Vorgaben müssen an die grundlegend veränderte Krankenhausstruktur und die gesetzlichen Aufgaben der Selbstverwaltung systemgerecht angepasst werden.
- Die KGNW unterstützt weiterhin nachdrücklich die Absicht der Europäischen Kommission, im Zuge der anstehenden Novellierung der Europäischen Arbeitszeitrichtlinie (Richtlinie 2003/88/EG) für Bereitschaftsdienste eine eigene arbeitsrechtliche Differenzierung einzuführen. Dies ist der richtige Weg, um den Besonderheiten im Gesundheitswesen gerecht zu werden. Die EU-Arbeitszeitrichtlinie wird voraussichtlich erst 2006 verabschiedet, so dass eine Verlängerung der Übergangsregelung des § 25 ArbZG bis Ende 2006 notwendig ist – und sollte von NRW im Bundesrat nachdrücklich unterstützt werden.
- Die Finanzierung der sozialen Sicherung und damit auch des Gesundheitswesens ruht in Deutschland heute alleine auf dem Faktor Arbeit. Es muss dafür Sorge getragen werden, dass die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegend reformiert werden. Ziel einer solchen Reform muss eine vom individuellen Arbeitsverhältnis abgekoppelte Finanzierungsregelung bei gleichzeitiger Wahrung der solidarischen Elemente der GKV sein.

II. Agendaliste

1. Gesundheitswesen und Krankenhäuser in NRW: Ein Wachstums- und Beschäftigungsmotor

Das Gesundheitswesen in NRW hat sich zu einer Branche mit erheblichem Wachstums- und Innovationspotential entwickelt. In Nordrhein-Westfalen arbeiten nach neuesten Berechnungen über eine Million Menschen in der Gesundheitswirtschaft - das sind mehr als in den meisten anderen Branchen!

Der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in NRW ist der Krankenhaussektor mit 459 Krankenhäusern und knapp 240.000 Beschäftigten. Mit einem Jahresumsatz von über 12 Milliarden Euro landesweit sind die Krankenhäuser ein bedeutender Wirtschaftsfaktor und als leistungsstarker Beschäftigungsanbieter in vielen Städten der größte Arbeitgeber mit vielfältigen Ausbildungsplätzen. Die Krankenhäuser in NRW beschäftigen z. B. jeweils mehr Menschen als das Versicherungsgewerbe und die Autobranche.

Die hohen Wachstums- und Beschäftigungspotentiale des Krankenhausbereichs werden aber durch die Budgetierung der Krankenhauseinnahmen zunehmend ausgezehrt. Die über zehnjährige Festschreibung der Krankenhausausgaben an die Steigerungsrate der Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen (z. B. 2003 +0,556 %, 2004 +0,020 %) hat zu real sinkenden Budgets geführt.

Die 1994 eingeführte Budgetierung hat dazu geführt, dass in den Krankenhäusern in NRW nach offiziellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes immer mehr Patienten (über 600.000) von immer weniger Personal (-8.700) bei fast stagnierenden Einnahmen behandelt werden müssen (siehe **Anlage 1**). Diese Entwicklung in den vergangenen Jahren zeigt deutlich, dass in den Krankenhäusern keine Wirtschaftlichkeitsreserven mehr vorhanden sind: Eine Umfrage im Rahmen der Ermittlung des Landesbasisfallwertes hat ergeben, dass ca. 80 % der Krankenhäuser im von der GKV finanzierten Budget „rote Zahlen“ schreiben und bereits ca. 25 % gezwungen sind ihren Mitarbeitern das Weihnachtsgeld zu streichen.

Vor diesem Hintergrund hat die KGNW als Vertretung der Krankenhäuser in NRW folgende Agendaliste aufgestellt, um die Rahmenbedingungen der Krankenhäuser als einen der wichtigsten Wachstums- und Beschäftigungssektoren in NRW mit der neuen Landesregierung positiv mitzugestalten.

Dabei verkennen wir keineswegs die haushaltspolitische Lage und die daraus erwachsenden Zwänge. Gleichwohl sieht auch die Landesregierung trotz Rekordverschuldung die Notwendigkeit einer differenzierten Reaktion – z. B. für den Schulbereich. Diese differenzierte Antwort muss auch für den Krankenhausbereich gefunden werden. Dabei bieten wir ausdrücklich unsere konstruktive Mitarbeit an – zumal durch Vereinfachung und radikale Entbürokratisierung heute noch vielfach völlig unnötig verursachte Kosten eingespart werden können.

2. Investitionsstau auflösen

Die Krankenhäuser in NRW starten im Vergleich zu den Krankenhäusern in den anderen Bundesländern mit einem gewaltigen Handicap in das neue DRG-Zeitalter. So geht Dr. Ernst Bruckenberger (Hannover) in seiner neuesten Veröffentlichung (Zeitschrift Arzt und Krankenhaus 7/2005, S. 207 – 212) von einem investiven „Nachholbedarf“ oder „Investitionsstau“ von 13,1 Milliarden Euro für die Krankenhäuser in NRW aus (vgl. **Anlage 2**).

Die CDU selbst beziffert den Investitionsstau in ihrem Zukunftsprogramm vom 5. März 2005 auf 11 Mrd. Euro und deshalb darf es nicht dazu kommen, dass in Nordrhein-Westfalen die Investitionen des Landes für ihre Krankenhäuser weiter zurückgeschraubt werden oder dass eine Förderung von dringenden Investitionsvorhaben in den nächsten Jahren substanziell gefährdet oder gar ausgesetzt wird. Im Gegenteil – eine deutliche, möglicherweise befristete Ausweitung der Finanzierung wäre notwendig, um den Kliniken in NRW bis zum Ende der Umstellungsphase auf das Fallpauschalensystem im Jahr 2009 überhaupt die Chance zur notwendigen Umstrukturierung zu geben.

Die fortlaufend erforderliche Instandhaltung und Modernisierung der Krankenhäuser und zudem die Umsetzung des neuen Fallpauschalensystems verbunden mit dem erstmals festgelegten Landesbasisfallwert für NRW (**Anlage 3**), erfordert von vielen Krankenhäusern große Anstrengungen. Die Krankenhäuser müssen durch Investitionsmaßnahmen Betriebsabläufe optimieren und Synergien erzielen, um Betriebskostenverbesserungen zu erreichen:

Durch die Benachteiligung der Krankenhäuser in NRW bei der Finanzierung ihrer Investitionen seit 1974 ist die Insolvenzwahrscheinlichkeit und der Kreditbedarf der Krankenhäuser in NRW überproportional hoch (Quelle: Gutachten „Insolvenzrisiken von Krankenhäusern – Bewertung und Transparenz unter Basel II“ des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI)/der Unternehmensberatung ADMED). Vor diesem Hintergrund würde ein Stopp oder eine Reduzierung der Krankenhausinvestitionsförderung bis 2007 die Benachteiligung der Krankenhäuser in NRW nochmals verschärfen.

Die Krankenhäuser haben nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz einen Rechtsanspruch auf die Bereitstellung von Investitionsmitteln durch das Land Nordrhein-Westfalen, so dass ein Stopp der Investitionsförderung durch die Landesregierung im dualistischen Finanzierungssystem einen Eingriff in die Eigentumsgarantie des Artikel 14 GG darstellt.

Ein Bewilligungsstopp der Landesregierung für neue Investitionsmaßnahmen (**Anlage 4**) würde diese dringend notwendigen Modernisierungen in den Krankenhäusern um ca. zwei Jahre verschieben und die Krankenhäuser in NRW damit nochmals im Vergleich zu anderen Krankenhäusern in Deutschland in nicht hinnehmbarer Weise benachteiligen, denn NRW hat im Durchschnitt der letzten Jahre nur 26 Euro pro Kopf der Bevölkerung für die Krankenhausförderung ausgegeben – in den übrigen Bundesländern waren es im Durchschnitt mit 46 Euro fast doppelt soviel.

Die Krankenhausgesellschaft erklärt sich ausdrücklich bereit, an der bereits von der Koalition angekündigten Straffung der Verfahren bei der Investitionsfinanzierung für die Krankenhäuser durch die Landesregierung mitzuwirken.

So müssen die hohen Hürden sowie der Verwaltungsaufwand bei der Prüfung der Anträge und bei der Prüfung der Verwendungsnachweise erheblich reduziert werden, damit so auch zu einer notwendigen Beschleunigung des Verfahrens beigetragen wird. Wenn eine kurzfristige Finanzierung durch das Land nicht möglich ist, muss auch die Zwischenfinanzierung mit Fremdmitteln ermöglicht werden, um eine notwendige zeitnahe Realisierung der Maßnahmen zu ermöglichen.

Notwendig ist auch eine Finanzierung die sich an wirtschaftlichen Lösungen im Bauablauf orientiert. Die bisherige Förderpraxis in über Jahre gestreckte Bauabschnitte ist aus Sicht der KGNW zu hinterfragen. Auch muss das Thema der „Sicherung eventueller Rückzahlungsansprüche“ auf den Prüfstand. Die Verwaltungsvorschriften zur dinglichen Sicherung ermögli-

chen es schon jetzt vielen Krankenhäusern nicht mehr, im erforderlichen Umfang Darlehen von den Banken zu erhalten und erhöhen das Insolvenzrisiko der Krankenhäuser. Diese Vorschriften müssen ersatzlos entfallen.

Es müssen auch alternative Finanzierungsformen wie z. B. Fördermöglichkeiten für Zins- und Tilgungsleistungen (Darlehnfinanzierung und Modelle von „Public-Private-Partnerships“), die dann auch mit Fördermitteln kombiniert werden können, möglich gemacht werden, um Investitionen leichter realisieren zu können.

Überarbeitungsbedarf besteht nicht nur bei den Regelungen zur Einzelförderung, sondern auch bei den Vorschriften für die pauschalen Fördermittel. Derzeit werden im Rahmen der Pauschalförderung durch feste jährliche Beträge kurzfristige Anlagegüter und sonstige förderfähige Maßnahmen unterstützt, wenn die veranschlagten Kosten für das einzelne Vorhaben im KHG NW festgelegte Höchstwerte nicht überschreiten.

Auch hält die KGNW die derzeitige Gewichtung der Punktwerte für einzelne Fachabteilungen zur Ermittlung der Anforderungsstufen für die Pauschalmittel für nicht zielführend und nach den heutigen Erkenntnissen auch nicht mehr für zeitgemäß. Die veralteten Richtwerte müssen angepasst werden.

Um absehbare zukünftige Entwicklungen zu berücksichtigen, sollte das weitere Verfahren zur Investitionsförderung auch künftige Versorgungsformen mit berücksichtigen.

3. Krankenhausplanung modernisieren

Die Landesregierung will die Krankenhausplanung in NRW unter Beteiligung der Selbstverwaltungspartner vereinfachen und im Umfang reduzieren. Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen hält eine Novellierung des Krankenhausgesetzes NRW (KHG NRW) für notwendig. Das KHG NRW enthält hinsichtlich der Krankenhausplanung eine Vielzahl von Regelungen und Überregulierungen, die abgeschafft oder angepasst werden müssen. **Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen erklärt sich ausdrücklich bereit, aktiv an einer Novellierung des Krankenhausgesetzes NRW mitzuwirken. Es sollte in diesem Zusammenhang auch geprüft werden, ob andere Kriterien nach der Einführung des neuen Fallpauschalensystems im Rahmen der Krankenhausplanung angemessener sind.**

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen sieht die Letztverantwortung für eine flächendeckende stationäre Versorgung und den Sicherstellungsauftrag weiterhin beim Land Nordrhein-Westfalen. Die sozialstaatliche Verpflichtung zur Daseinsvorsorge verbietet es, die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung allein dem freien Spiel des Wettbewerbs zu überlassen.

Mit der Einführung eines neuen Vergütungssystems auf der Basis von Fallpauschalen (Diagnosis-Related-Groups) wird den Krankenhäusern bis zum Ende der Umstellungsphase 2009 eine enorme administrative Belastung zugemutet. Es geht hier um eine komplette Umstellung der betriebswirtschaftlichen Grundlagen und diese erfolgt bei laufendem Versorgungsbetrieb. Es gibt kaum eine Branche, die etwas Vergleichbares zu schultern hatte.

Deshalb muss die Modernisierung des KHG NRW wegen der Auswirkungen der Umstellung der Finanzierungsgrundlagen auf die Krankenhausplanung mit Augenmaß erfolgen. Die Erkenntnisse über die tatsächliche Wirkung des DRG-System müssen bei der konkreten Ausgestaltung sowie der Aufgabenfestlegung bei der zukünftigen Krankenhausplanung in NRW berücksichtigt werden.

Weiterhin müssen die regelmäßige und zeitgerechte Fortschreibung des Krankenhausplans sowie die Entbürokratisierung des Planungsverfahrens zukünftig stärker bei der Umsetzung der Krankenhausplanung berücksichtigt und bei einer Novellierung des Krankenhausgesetzes NRW beachtet werden.

4. Kein Abbau von Ausbildungsplätzen

Die Krankenhausträger nehmen ihre Verantwortung für die Ausbildung wahr und räumen ihr einen hohen Stellwert ein. Die Zahl der Auszubildenden in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern lag im Jahr 2003 über 26.000.

So werden in den von den Krankenhäusern betriebenen Schulen u.a. Gesundheits- und Krankenpfleger, Krankenpflegehelfer, Hebammen, Entbindungshelfer, Ergotherapeuten, Diätassistenten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Logopäden, medizin-technische Laboratoriums- und Radiologieassistenten sowie Operationstechnische Assistenten ausgebildet. Die Krankenhäuser haben ihre teilweise kleinen Schulen in weiten Teilen aufgegeben

und verstärkt große Verbundschulen gegründet, um so eine qualitativ hochwertigere und wirtschaftlichere Ausbildung anbieten zu können. Bei der momentan stattfindenden Ausbildungsplatz-Planungsrunde ist es aus Sicht der KGNW dringend geboten, besetzte Ausbildungsplätze nicht abzubauen. Die Landesverbände der Krankenkassen im Landesteil Nordrhein haben aber genau dies vorgeschlagen. Das Ministerium ist hier gefordert, dem entgegenzuwirken.

Es darf keinesfalls zu einem Abbau von Ausbildungsplätzen – auch nicht im Einzelfall – kommen, soweit Krankenhäuser auf Basis der vereinbarten Feststellungen Ausbildungen anbieten und Ausbildungswillige zur Verfügung stehen. Die von der neuen Landesregierung NRW hervorgehobene Aussage, jedem ausbildungsfähigen und ausbildungsbereiten Jugendlichen einen Ausbildungsplatz zur Verfügung zu stellen, wird von der KGNW im Gesundheitsbereich ausdrücklich begrüßt.

In der Ausbildung im Gesundheitswesen sind zukünftig Rahmenbedingungen erforderlich, die den Trägern der Ausbildungsstätten eine qualitätsgesicherte Ausbildung ermöglichen. Solange die Ausbildungskosten allein aus den Einnahmen der Krankenhäuser finanziert werden, müssen die Träger verstärkt den eigenen mittelfristig benötigten Bedarf an Personal in den Blick nehmen. Es ist daher notwendig, die entsprechenden politischen Rahmenbedingungen zu ändern. Eine volle Finanzierung der Ausbildungskosten muss gesichert werden.

Hier bedarf es zudem einer rückhaltlosen Überprüfung der bisher sehr detailliert beschriebenen Vorschriften zur Einrichtung sowie Unterhaltung von Ausbildungsplätzen und hiermit verbunden die strenge Überwachung von Kennziffern wie z. B. die Schüler-Lehrer-Relation und das Verfahren zur Anerkennung von Schulleitungen. Auch kann es in Zeiten knapper Ausbildungsplätze keinen Sinn machen, die Klassengröße strikt auf 25 Schüler zu begrenzen.

Weiterhin müssen die praktische Ausbildung erhöht, die theoretische Ausbildung demgegenüber verringert und bestehende Fachabteilungen z.B. HNO, Urologie, Intensivmedizin wieder als Ausbildungs- und Einsatzort vorgesehen werden. Dazu muss die Ausbildungsordnung angepasst werden.

Auch sollte die Kinderkrankenpflege als integrierte Ausbildung, die sich erst im letzten Ausbildungsjahr von der allgemeinen Krankenpflegeausbildung unterscheidet, durchgeführt werden. Unbedingt erforderlich ist eine ortsnahe Ausbildung in der Nähe von Kinderkliniken

mit neonatologischer Versorgung, die auch außerhalb der Ballungsräume in Nordrhein-Westfalen im sog. ländlichen Raum erfolgt. Auf diese Weise können z.B. auch in der Praxis bereits gegründete klinikenübergreifende, große Krankenpflegeschulen auch die Kinderkrankenpflege zu wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen gewährleisten.

Die KGNW bietet der neuen Landesregierung an, die Tradition des Dialogs über die Situation der Pflege und der Ausbildung im Gesundheitswesen konstruktiv fortzuführen und sich engagiert an der Umsetzung von Problemlösungen zu beteiligen.

5. Gesundheitswesen entbürokratisieren

Unser Gesundheitswesen und damit auch unsere Krankenhäuser leiden immer mehr unter einer bürokratischen Überregulierung. Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI e.V.) hat in einer Studie festgestellt, dass jeder Krankenhausarzt heute pro Arbeitstag ca. drei Stunden mit administrativen Tätigkeiten befasst ist – mit ständig steigender Tendenz. Nach einer Studie des BMGS beklagen 86 % aller Ärzte zu Recht, dass sie täglich zuviel Zeit mit Verwaltungsarbeit verbringen müssen.

Damit werden kostbare Ressourcen der direkten Gesundheitsversorgung und Patientenbehandlung entzogen und durch eine vielfach sinnlose Überbürokratisierung verbraucht. Hier sind ein radikaler Stopp und eine Umkehrung dieser Entwicklung dringend geboten.

a) Qualitätssicherung

Ein aktuelles Beispiel hierfür ist die dringende Notwendigkeit eines Stopps und eine notwendigen Umkehr der derzeit zur Umsetzung anstehenden onkologischen Qualitätssicherung nach dem Krebsregistergesetz:

Die Krankenhäuser in NRW müssen sich bereits heute im Bereich der Krebsbehandlung mit folgenden bereits nebeneinander bestehenden vier obligatorischen und zwei fakultativen Qualitätssicherungsverfahren befassen:

Externe vergleichende Qualitätssicherung gem. § 137 SGB V

- Qualitätssicherung „Disease Management Programm (DMP) Brustkrebs“
- Zertifizierungsverfahren für Brustzentren nach Landesrecht

- Epidemiologisches Krebsregister NRW/onkologische Qualitätssicherung
- Dokumentation des Westdeutschen Brustcentrums (fakultativ)
- Zertifizierungsverfahren der Deutschen Krebsgesellschaft/
Deutschen Gesellschaft für Senologie (OnkoZert) (fakultativ).

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen plädiert deshalb nachdrücklich dafür, dass vor der Einführung von weiteren Modulen der onkologischen Qualitätssicherung grundsätzlich eine Harmonisierung mit den bereits bestehenden vertraglich vereinbarten und gesetzlich geforderten Dokumentationsanforderungen unter möglichst großer Nutzung der in anderen Qualitätssicherungsverfahren erhobenen Daten erreicht sein muss (externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V, DMP Brustkrebs, Qualitätssicherung im Rahmen der Brustzentren). Die Onkologische Qualitätssicherung muss deshalb in ein übergreifendes und einheitliches Landesgremium zur Qualitätssicherung eingebunden werden. Immer neue Parallelstrukturen und eine damit verbundene inflationäre Ausweitung von Gremien, Ausschüssen und Arbeitsgruppen (siehe Anlage 5) müssen auch hier als sinnlose und kostenträchtige Überbürokratisierung verhindert werden. Wir fordern die Landesregierung auf, dieses Anliegen nachdrücklich zu unterstützen.

b) Arbeitsschutz und Medizinproduktegesetz

Dies gilt ebenso für zahlreiche weitere bürokratische Regelungen wie beispielsweise bei der Überprüfung und Überwachung gesetzlicher Vorschriften des Medizinproduktegesetzes sowie zum Arbeits- und Strahlenschutz. Diese Regelungen müssen wegen des damit verbundenen Aus- und Übermaßes an Detailregulierung überprüft werden.

c) KHG NRW

Auch gehören die bürokratischen Auswirkungen gesetzlicher Regelungen des KHG NRW auf den Prüfstand und können teilweise vollständig entfallen, wie z. B.

- § 2 Abs. 2 KHG NRW, der ein Verbot von Privatstationen enthält und die betriebliche Handlungsfähigkeit der Krankenhäuser einschränkt,
- §§ 13 ff. KHG NRW, die Regelungen hinsichtlich der Bekanntgabe eines Feststellungsbescheides an ein Krankenhaus enthalten und dabei die durch den Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 14. Januar 2004 aufgezeigten Rechte konkurrierender Krankenhäuser nicht abschließend berücksichtigen,

- § 33 KHG NRW die Handlungsfähigkeit des Krankenhausträgers einschränkt, in dem er ein Verbot in der Doppelvorhaltung von medizinischen Abteilungen normiert,
- § 35 KHG NRW zur Leitung und Organisation ist überflüssig, da die Organisation und Bestimmung seiner Leitungsebene in die Eigenverantwortung eines Krankenhauses fallen muss sowie
- § 36 KHG NRW, der als sehr restriktive Vorschrift die Behandlung von Patienten durch Ärzte verhindert, die nicht an einem Krankenhaus hauptamtlich angestellt sind. Hierdurch werden in der Praxis vielfach wirtschaftlich notwendige Kooperationen zugelassener Vertragsärzte mit Krankenhäusern, insbesondere im Bereich des ambulanten Operierens entgegen der Vorgabe des Bundesgesetzgebers, verhindert.

d) Verwaltungsvorschriften zum Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen

Die Verwaltungsvorschriften zum KHG NRW enthalten zahlreiche bürokratische Regelungen (z. B. die dingliche Sicherung, vgl. hierzu unter „1. Investitionsstau auflösen“) sowie kostenintensive Elemente der Einrichtungs- und Bauverwaltung. Die gesamten Regelungen müssen aufgrund des damit verbundenen Aufwandes dringend überprüft sowie schnellstmöglich überarbeitet werden und können teilweise vollständig entfallen.

6. Auf Bundesebene durchzusetzen

6.1 Trennung der ambulanten und stationären Sektoren aufheben

Eine der wichtigsten Herausforderung für die Krankenhäuser stellt die Aufhebung der strikten Trennung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor dar. Die Abschottung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verhindert die Optimierung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung! Durch die Aufhebung der Sektorengrenzen muss auch eine größere Kontinuität der Versorgungsketten erreicht werden. Die Krankenhäuser sollten sich zu „Integrierten Dienstleistungszentren“ weiterentwickeln können, die eine Gesamtversorgung aus einer Hand anbieten – diese garantiert auch mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität.

Das GKV-Modernisierungsgesetz beinhaltet hier eine Reihe von Regelungen, die größere Chancen einer sektorübergreifenden Versorgung und eine stärkere wettbewerbliche Orientierung des Vertragsrechts beinhalten. Mit diesem Gesetz wurden für Krankenhäuser Mög-

lichkeiten geschaffen, stärker in der ambulanten Versorgung der Patienten tätig werden zu können.

So weisen eine Reihe von chronischen Erkrankungen Merkmale auf, die sie im Prozess der Verbesserung von Qualität und Wirtschaft der Versorgung dazu prädestinieren, im Krankenhaus ambulant behandelt zu werden, z.B. Tumorerkrankungen, Chronische Schmerzen. Eine interdisziplinäre Behandlungsnotwendigkeit oder der Einsatz von Behandlungsteams sind charakteristische Merkmale, die Krankenhäuser zu einer ambulanten Behandlung qualifizieren. Darüber hinaus ist die Vorhaltung aufwändiger Apparate, die für eine auf hohem medizinischen Niveau liegende auch ambulante Patientenbehandlung notwendig sind, und die Umsetzung interdisziplinärer Behandlungsmöglichkeiten meist nur am Krankenhaus möglich.

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz sollte den Krankenhäusern die Öffnung für ambulante Leistungen (Integrierte Versorgung § 140 a – d SGB V; Hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Behandlungsverlauf §116 b Abs. 2 SGB V; bei regionaler Unterversorgung/befristet 116 a SGB V) ermöglicht werden. Die KGNW muss mehr als ein Jahr nach Inkrafttreten des GMG allerdings feststellen, dass die Öffnungstatbestände

- in Teilen praktisch nicht umsetzbar sind,
- von den Krankenkassen nicht genutzt werden sowie
- an der Blockadehaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen scheitern.

Es gibt praktisch keine Verträge über ambulante Versorgung durch Krankenhäuser nach dem Katalog für bestimmte Diagnosen und Behandlungen. Dies ist nicht mehr mit Anlaufschwierigkeiten zu begründen.

Die Krankenhäuser haben den politischen Willen akzeptiert und stellen sich dem Wettbewerb.

Die Landesregierung ist deshalb aufgefordert, sich über den Bundesrat dafür einzusetzen, dass mittels einer verbindlichen gesetzlichen Regelung eine durchsetzbare Anspruchsgrundlage für die Krankenhäuser zum Abschluss zweiseitiger Verträge geschaffen wird, damit die in § 116 b SGB V vorgegebene ambulante Öffnung der Krankenhäuser endlich in der Praxis umgesetzt wird.

6.2 Systemwidrigen steuerlichen Zugriff auf Krankenhäuser verhindern

Die zahlreichen Gesetzesänderungen (Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992, GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999, GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 sowie Fallpauschalengesetz vom 23.04.2002, Fallpauschalenänderungsgesetz vom 17.07.2003 und 2. Fallpauschalenänderungsgesetz vom 15.12.2004) haben durch die damit beginnenden Öffnungen der traditionellen sektoralen Grenzen im Bereich der Leistungserbringung, das sozialrechtlich festgesetzte Rechtskonstrukt „Krankenhaus“ in den letzten 13 Jahren entschieden verändert, ohne dass dabei gleichzeitig die steuerrechtlichen Vorgaben an diese Veränderung (sukzessiv) angepasst wurden. Diese grundsätzlichen Veränderungen im Krankenhaussystem werden erst seit ca. 3 Jahren von den Finanzverwaltungen intensiver geprüft.

Bei der **krankenhausindividuellen Besteuerung** ergeben sich jedoch bereits heute sowohl ertragssteuerliche als auch umsatzsteuerrechtliche Fragestellungen, die durch die restriktive Rechtsauslegung einiger Finanzverwaltungen insbesondere in NRW auf Basis der „veralteten steuerrechtlichen Vorgaben“ zu einer steuerlichen Überlastung der Krankenhäuser führen und gleichzeitig die gesundheitspolitischen Ziele von Bund und Ländern konterkarieren. Diese Suche nach neuen Steuerquellen wird vehement vorangetrieben. Die nunmehr im Rahmen der Betriebsprüfungen rückwirkend betrachteten Sachverhalte werden – ohne, dass es in der Vergangenheit rechtliche oder gesetzliche Anhaltspunkte gab – durch die Finanzverwaltungen mit erheblichen finanziellen Auswirkungen zum Nachteil der Krankenhäuser ausgelegt. Die sich ausweitende steuerliche Überprüfung der Krankenhäuser führt mangels deutlicher Klarstellungen und der notwendigen Anpassung des Steuersystems an das hoch komplexe Krankenhausfinanzierungssystem durch die obersten Finanzbehörden oder den Gesetzgeber derzeit im Bereich der Besteuerung zu einer unkalkulierbaren Situation.

Kernproblem ist die sezierende Sichtweise der Finanzverwaltung in Verbindung mit der fehlenden Anpassung des Steuerrechts u.a. an die neuen Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Der Krankenhausbetrieb wird nunmehr in seinen Einzelteilen begutachtet, wobei nur noch die klassische stationäre Behandlung die Voraussetzung sowohl für die Umsatzsteuerbefreiung als auch für die Behandlung als gemeinnützige Tätigkeit erfüllen soll.

Mehrere bislang nicht ansatzweise betroffenen Leistungsbereiche, insbesondere die gesetzlich verankerten „Belegleistungen“, § 18 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder Leistungen der „Wahlleistung Unterkunft“, § 17 KHEntgG – die finanzierungstechnisch im GKV-

System eingebunden sind – stehen in der Diskussion der Umsatz- und Ertragssteuer unterworfen zu werden. Dies führt gerade im Bereich der Wahlleistung Unterkunft – in dem durch Kostenabzüge aus dem Krankenhausbudget (§ 7 Abs. 2 Nr. 7 BPfIV) eine enge Verknüpfung mit der Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen besteht – zu einer systemwidrigen steuerlichen Zuordnung von Krankenhausleistungen.

Neben diesen Leistungsbereichen werden von Finanzverwaltungen auch andere Ansatzpunkte zu neuen Steuereinnahmen gesucht. So wurde seitens einer Finanzverwaltung die Auffassung vertreten, dass die Organentnahme beim Spender umsatzsteuerpflichtig sein soll, da hier – im Gegensatz zum Einsetzen des Organs beim Spender – keine Heilbehandlung vorläge.

In nahezu allen Bereichen der einzelnen Krankenhäuser werden evident die grundlegenden Vorgaben des über Jahrzehnte gewachsenen Krankenhausfinanzierungssystems verkannt. Eine Besteuerung hat in diesem hoch komplexen System wegen der vielen Verknüpfungen unweigerlich Auswirkungen auf das Finanzierungssystem und wird regelmäßig wegen einer notwendigen Anpassung auch die Solidargemeinschaft (GKV-System) zusätzlich belasten.

Neben den steuerrechtlichen Problemstellungen in der krankenhaushausindividuellen Besteuerung ergeben sich vermehrt auch finanzielle Belastungen **im Bereich der durch die Selbstverwaltung wahrgenommenen hoheitlichen Aufgaben**. Im Bereich der Selbstverwaltung wird derzeit die Besteuerung der „gesetzlich vorgegebenen“ Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung und der Entgeltentwicklung (DRG) gerichtlich geprüft.

Die dadurch aufgeworfenen steuerrechtlichen Fragen bei der Besteuerung von Selbstverwaltungsaufgaben führen derzeit dazu, dass die für die Landeskrankenhausgesellschaften in § 17 a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vorgegebene Aufgabe der Verwaltung des Ausbildungsfonds aufgrund der unkalkulierbaren steuerlichen Risiken derzeit nicht ausführbar ist. In Nordrhein-Westfalen bemisst sich die Höhe des Ausbildungsfonds im dreistelligen Millionenbereich, so dass eine nachträgliche Umsatzsteuerforderung gegenüber der Landeskrankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (Fondsverwalter) zunächst zu einer sofortigen Zahlungsunfähigkeit des Verbandes führen würde.

Darüber hinaus ist bisher noch nicht geklärt, ob eine entsprechende Besteuerung dieses von der GKV finanzierten Fonds als zusätzlich aufzubringender Betrag zu Lasten der GKV zu Buche schlägt und damit die finanziellen Mittel der GKV zusätzlich belasten würde. Alternativ

könnte eine Besteuerung sich zu Lasten des Fonds selbst auswirken, was im Ergebnis zur Folge hätte, dass die für die Ausbildung in Nordrhein-Westfalen zur Verfügung stehenden Mittel um den für die Steuer abzuführenden Betrag gemindert würden. Dies ginge zwangsläufig zu Lasten der eigentlich notwendigen Ausbildungsmöglichkeiten der von den Krankenhäusern auszubildenden Berufe.

Eine solche offensichtliche Abzweigung von Mitteln aus dem Sozialbudget in die allgemeinen Steuertöpfe des Bundes ist nicht sachgerecht und politisch nicht vertretbar.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat in ihrem Grundsatzpapier (**Anlage 6**) im Einzelnen erläutert, welche Gesetzesänderungen bzw. Änderungen der Umsatzsteuerrichtlinien 2005 sowie Klarstellungen seitens des Bundesministeriums für Finanzen notwendig sind, um den politischen Widerspruch zwischen Gesundheits- und Steuerpolitik sowohl für den individuellen Bereich des Krankenhauses als auch für die Selbstverwaltung aufzulösen.

Diese offensichtliche Diskrepanz zwischen Steuer- und Sozialrecht im Krankenhausbereich schafft aktuell eine erhebliche Unsicherheit. Gleichzeitig stellt der laufenden Systemwechsel auf eine Finanzierung mit Fallpauschalen (DRG-System) und die Anpassung an die neuen Arbeitszeitrichtlinien höchste Anforderungen an die Organisations- und Finanzplanung der Betriebe. Insoweit müssen die notwendigen systemgerechten Änderungen sofort vorgenommen werden, um sicherzustellen, dass diese Umstellungen ohne negative Auswirkungen auf die gesundheitliche Versorgung bewältigt werden können.

Die Landesregierung in Nordrhein-Westfalen ist deshalb dringend gefordert, die aufernde steuerliche Belastung der Krankenhäuser zu stoppen und auf eine systemgerechte Anpassung der steuerlichen Vorgaben an die grundlegend veränderte Krankenhausstruktur und die gesetzlichen Aufgaben der Selbstverwaltung gerade im Hinblick auf die sich immer weiter verschlechternde Finanzsituation der Krankenhäuser hinzuwirken.

6.3 Verlängerung der Übergangsregelung des § 25 Arbeitszeitgesetz (ArbZG)

Der Personalbereich im Krankenhaus steht vor enormen Herausforderungen. Immer kürzere Verweildauern verbunden mit der Einführung des DRG-Systems gehen mit einer erheblichen Leistungsverdichtung für das Krankenhauspersonal einher. In dieser Situation

ist die seit 2004 geltende Festlegung des ArbZG, wonach Bereitschaftsdienste im Krankenhaus zu 100% als Arbeitszeit zu werten ist, kontraproduktiv und verschärft die personalwirtschaftliche Situation zusätzlich.

Eine undifferenzierte Wertung von Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit stellt die Krankenhäuser nicht nur vor das Problem, auf dem engen Arbeitsmarkt für Ärzte tausende neuer Mitarbeiter für eine Tätigkeit im Krankenhaus gewinnen zu müssen, sondern schafft darüber hinaus auch einen zusätzlichen erheblichen Finanzierungsbedarf, dessen Refinanzierung verbindlich und dauerhaft geregelt werden müsste. Eine volle Anrechnung der Bereitschaftsdienste auf die Arbeitszeit muss daher in jedem Fall vermieden werden.

Vor diesem Hintergrund unterstützen die Krankenhäuser weiterhin nachdrücklich die Absicht der Europäischen Kommission, im Zuge der anstehenden Novellierung der Europäischen Arbeitszeitrichtlinie (Richtlinie 2003/88/EG) für Bereitschaftsdienste eine eigene arbeitsrechtliche Differenzierung einzuführen. Dies ist der richtige Weg, um den Besonderheiten im Gesundheitswesen gerecht zu werden.

Die EU-Arbeitszeitrichtlinie wird voraussichtlich erst 2006 verabschiedet, so dass eine Verlängerung der Übergangsregelung des § 25 ArbZG notwendig ist. Anderenfalls müssten die Krankenhäuser in kurzer Zeit voraussichtlich zwei Neuregelungen umsetzen. Dieses „Hin und Her“ würde den Krankenhausbereich unnötig belasten und zudem Kosten für die doppelte Umstellung verursachen – ein bürokratischer Aufwand, der völlig überflüssig ist und mit Hilfe der Landesregierung verhindert werden muss.

Hintergrund ist, dass gemäß § 25 ArbZG Abweichungen von den Vorgaben des ArbZG auf der Grundlage derzeit nachwirkender Tarifverträge bis Ende 2005 zulässig sind. Diese Regelung ist in das Gesetz eingefügt worden, um den Tarifvertragsparteien Zeit zu geben, die vom ArbZG eröffneten Spielräume auszunutzen. Eine Umsetzung der Vorgaben des derzeitigen ArbZG hat bislang nur im Bereich der Kommunen und des Bundes (neuer „Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst“) stattgefunden. Im Bereich der Länder und der Kirchen sind bislang von den Tarifparteien noch keine Regelungen geschaffen worden. Aufgrund des Ablaufs der Übergangsregelung zum Jahresende müsste also auf Länderebene und in den kirchlichen Häusern – die in Nordrhein-Westfalen einen Anteil von etwa 70 % der Kliniken ausmachen – bis zum Jahresende eine provisorische Regelung gefunden werden. Sollte die anstehende EU-Richtlinie im nächsten Jahr verabschiedet werden und die Umsetzung in das nationale ArbZG erfolgen, wäre im nächsten Jahr dementsprechend eine Neuverhandlung

der entsprechenden tariflichen Bestimmungen aufgrund der dann novellierten europäischen Vorgaben notwendig.

Im Hinblick auf die aktuellen Verhandlungen über die Europäische Arbeitszeitrichtlinie ist daher eine Verlängerung der Übergangsregelung des § 25 ArbZG bis Ende 2006 notwendig – und sollte von NRW im Bundesrat nachdrücklich unterstützt werden.

6.4 Finanzierungsgrundlagen der GKV neu regeln

Die Finanzierung der sozialen Sicherung und damit auch des Gesundheitswesens ruht in Deutschland heute alleine auf dem Faktor Arbeit. Dies hat dazu geführt, dass die Lohnzusatzkosten in keinem anderen Industriestaat so hoch sind wie in Deutschland. Damit gehen vor dem Hintergrund der Globalisierung täglich circa 1000 Arbeitsplätze in Deutschland verloren. Dies führt zu einer Erosion der Beitragseinnahmen und damit der Finanzierungsgrundlagen unseres Gesundheitswesens. Unser zentrales Problem im Gesundheitswesen ist nicht eine Kostenexplosion, sondern eine Einnahmeimplosion.

Deshalb ist die Landesregierung dringend aufgefordert über den Bundesrat mit dafür Sorge zu tragen, dass die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegend reformiert werden. Ziel einer solchen Reform muss eine vom individuellen Arbeitsverhältnis abgekoppelte Finanzierungsregelung bei gleichzeitiger Wahrung der solidarischen Elemente der GKV sein.