

Es gilt das gesprochene Wort!

KGNW-FORUM 2005

10. November 2005

Pressekonferenz

Der diesjährige nordrhein-westfälische Krankenhaustag findet in einer Zeit einschneidender politischer Veränderungen auf Bundes- und Landesebene statt. Die Koalitionsverhandlungen auf Bundesebene und die Positionen der neuen CDU/FDP-geführten Landesregierung bestimmen die gesundheitspolitischen Diskussionen.

Wir wollen uns mit diesem Kongress heute als größte Landeskrankenhausgesellschaft mit 459 Krankenhäuser und ihrer Träger sehr deutlich und sehr vernehmbar in den weiteren Diskussions- und Gestaltungsprozess einschalten und ein Forum für Diskussion und Dialog bieten.

„Die Zukunft der Krankenhäuser im Wettbewerb!“ und „G-DRGs und Versorgungskonsequenzen“ – so lauten die Themen unseres heutigen KGNW-FORUMS, hinter denen sich viel Konfliktpotential aber auch Perspektiven für alle an unserem Gesundheitswesen Beteiligten verbirgt. Im Mittelpunkt des diesjährigen nordrhein-westfälischen Krankenhaustages stehen damit zwangsläufig auch die volkswirtschaftlichen und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen auf die Gesundheitswirtschaft als Wachstumsbranche insgesamt und auf den Krankenhaussektor als deren bedeutendster Teil.

Grundsatzpositionen zur Krankenhauspolitik in NRW mit Forderungen an die Bundesebene

Die KGNW hat ihre politischen Forderungen auch im Hinblick auf die Bundesebene in ihrer Agendaliste zur Krankenhauspolitik in Nordrhein-Westfalen formuliert, um die Rahmenbedingungen der Krankenhäuser als einen der wichtigsten Wachstums- und Beschäftigungssektoren in NRW mit der neuen Landesregierung positiv mitzugestalten.

Neuregelung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung / Abkopplung der Beitragseinnahmen der Krankenkassen vom Faktor Arbeit

Eine zentrale Forderung der KGNW ist dabei die Neuregelung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Determinanten der Finanzierung der sozialen Sicherung und damit auch des Gesundheitswesens sind die demographische Entwicklung, der medizinisch-technische Fortschritt und die gesamtwirtschaftliche Entwicklung.

Die Bevölkerung in Deutschland immer älter und multimorbider. Durch den medizinisch-technischen Fortschritt ist es verstärkt möglich, Leben zu erhalten und zu verlängern. Dies erfordert mehr Geld. Der Nachfrage nach mehr Geld im System kann aber nicht ausreichend entsprochen werden. Die deutsche Volkswirtschaft stagniert seit Jahren. Da diese Stagnation von Massenarbeitslosigkeit begleitet wird, kann der Finanzierungsbedarf unserer sozialen Sicherung aufgrund der Koppelung der Beitragseinnahmen der Krankenkassen an den Faktor Arbeit nicht gedeckt werden.

Dies hat dazu geführt, dass die Lohnzusatzkosten in keinem anderen Industriestaat so hoch sind wie in Deutschland. Unser zentrales Problem im Gesundheitswesen ist nicht eine Kostenexplosion, sondern eine Einnahmeimplosion.

Wir fordern deshalb, dass die neue Bundesregierung die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegend reformiert. Ziel einer solchen Reform muss eine vom individuellen Arbeitsverhältnis abgekoppelte Finanzierungsregelung bei gleichzeitiger Wahrung der solidarischen Elemente der GKV sein.

Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor aufheben

Eine weitere Forderung an die politisch Verantwortlichen in Berlin ist, die im Ansatz stecken gebliebene Überwindung der strikten Trennung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor neu zu beleben. Durch die Aufhebung der Sektorengrenzen muss eine größere Kontinuität der Versorgungsketten erreicht werden. Die Krankenhäuser müssen 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 Möglichkeiten geschaffen, stärker in der ambulanten Versorgung der Patienten tätig werden zu können.

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.

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

Die KGNW fordert deshalb, 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. Dies gilt ebenso für die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags nach § 115 b SGB V. Hiernach sollen Krankenkassen, Krankenhäuser und Vertragsärzte gemeinsam einen Vertrag darüber zu schließen, welche ambulanten Operationen Krankenhäuser durchführen dürfen (§ 115 b SGB V). Bis heute ist es jedoch nicht gelungen, in diesem Vertrag faire Konditionen für die Krankenhäuser festzulegen. Das hindert die Krankenhäuser daran, in diesem Feld aktiv zu werden.

Grundsatzpositionen der KGNW zur Krankenhauspolitik in NRW

Neben unseren Erwartungen an die neue Landesregierung, ihr aktive Rolle in der Gestaltung der gesundheits- und krankenhauspolitischen Rahmenbedingungen auf Bundesebene wahr zu nehmen, haben wir der neuen Landesregierung in unseren Grundsatzpositionen ausdrücklich unsere konstruktive Mitarbeit bei der Gestaltung der Gesundheits- und Krankenhauspolitik hier im Lande angeboten.

Wir verkennen keineswegs die haushaltspolitische Lage und die daraus erwachsenen 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.

Investitionsfinanzierung und –stau / Es darf keinen Bewilligungsstopp geben

Eine differenzierte Betrachtung der politisch Verantwortlichen im Lande erwarten die Krankenhäuser insbesondere in der Frage der zukünftigen Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch die Landesregierung.

Hier darf es auf keinen Fall zu dem von Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann angekündigten Bewilligungsstopp für 2006 bei neuen Investitionen kommen. Die Ankündigungen seien unter betriebswirtschaftlichen und rechtlichen Gesichtspunkten für die Krankenhäuser unannehmbar und in der Sache nicht nachvollziehbar.

Nach Berechnungen von Dr. Ernst Bruckenberger, Hannover (Zeitschrift Arzt und Krankenhaus 7/2005, S. 207 – 212), beläuft sich der investive „Nachholbedarf“ oder „Investitionsstau“ auf 13,1 Milliarden Euro für die Krankenhäuser in NRW.

Dies trifft die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen besonders, weil Nordrhein-Westfalen bei der Krankenhausförderung von 1972 – 2002 mit 126 583,-- Euro pro Bett das Schlusslicht aller Bundesländer bildet.

Im Zeitraum 1992 bis 2001 hatte die SPD-/GRÜNEN-geführte Landesregierung das Haushaltsvolumen für Krankenhausinvestitionen im Bereich der Einzelförderung auf rund 316 Mio. Euro um mehr als die Hälfte reduziert. Für Einzel- und Pauschalförderung zusammen wurden nur noch rund 26 Euro pro Kopf der Bevölkerung aufgewandt.

NRW war damit im Vergleich der 16 Bundesländer Schlusslicht. Die anderen Bundesländer gaben im Mittel mehr als 46 Euro pro Kopf der Bevölkerung für Krankenhausinvestitionen aus.

Bei allem Verständnis für die finanziell schwierige Lage, in der sich das Land befindet, müssen Förderungen gleichwohl noch möglich sein, insbesondere dort wo eine existentielle Gefährdung droht und wo Verordnungen oder rechtliche Regelungen wie z. B das Medizinproduktegesetz umgesetzt werden müssen.

So ist es nicht nachvollziehbar und unerträglich, dass eine staatliche Ebene -nämlich die Bezirksregierung - z.B.

- ein Krankenhaus auffordert, seinen Radiologiebereich entsprechend dem Medizinproduktegesetz mit fünf Millionen Euro zu sanieren
- gleichzeitig auf die haftungsrechtlichen Folgen und Schadenersatzansprüche hinweist, sollte das Krankenhaus der Aufforderung nicht nachkommen und letztlich
- droht, die Radiologie und damit verbunden praktisch das Krankenhaus still zu legen.

Eine andere staatliche Ebene, die gesetzlich verpflichtet ist, notwendige Investitionen zu fördern, aber erklärt, es stünden keine Finanzmittel für neue Investitionsmaßnahmen bereit. Müssen sich die einen an Gesetze halten und die anderen dürfen sich dem entziehen?

Novellierung des Krankenhausgesetzes NRW / Letztverantwortung beim Land

Unsere konstruktive Mitarbeit haben wir der Landesregierung auch bei der von der Landesregierung geplanten Novellierung des Krankenhausgesetzes NRW angeboten, die auch wir für notwendig halten. Das KHG NRW enthält hinsichtlich der Krankenhausplanung eine Vielzahl von Regelungen und Überregulierungen, die abgeschafft oder angepasst werden müssen. Wir sehen 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.

Aus Sicht der KGNW muss aber 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.

Zentrenbildung im Krankenhausbereich

Aktuell wird in NRW in Zusammenhang mit krankenhauplanerischen Prozessen die sich abzeichnende Bildung von Schwerpunktzentren von der KGNW kritisch gesehen und begleitet.

Wir haben die Rahmenbedingungen zur Anerkennung von Brustzentren und damit verbunden auch die Bildung von kooperativen Brustzentren, die im Landesausschuss für Krankenhausplanung im Jahre 2002 beschlossen wurden, mitgetragen.

Aus unserer Sicht muss aber die Bildung von Schwerpunktzentren nach wissenschaftlich fundierten und evidenzbasierten Kriterien erfolgen. Es muss zusätzlich evaluiert werden, ob mit dieser Zentrenbildung überhaupt eine Qualitätsverbesserung in der der Behandlung verbunden ist.

Die ortsnahe Versorgung der Patienten darf durch weitere Zentrenbildung bei bestimmten Erkrankungen nicht gefährdet werden.

Und ehe wir über weitere Zentrenbildung nachdenken, sollten wir zunächst gemeinsam dafür sorgen, dass die schon bestehenden Brustzentren überhaupt weitergeführt werden. Ich sehe die ernste Gefahr, dass diesen Zentren von den Krankenkassen zurzeit die Grundlage entzogen wird. Ich sage das mit allem Nachdruck: Der 2002 im Landesausschuss für Krankenhausplanung erzielte Konsens ist hochgradig gefährdet.

Es war politischer Wille, die Behandlung von Brustkrebs auf bestimmte Krankenhäuser zu konzentrieren. Bei der vereinbarten landesweiten Budgetneutralität war jedem klar, dass dieses zu einer Umschichtung der Mittel führen muss. Und was erleben die für Brustzentren anerkannten Krankenhäuser derzeit in den Budgetverhandlungen? Aus der landesweiten Budgetneutralität wird eine hausindividuelle Budgetneutralität!

Da haben sich zahlreiche Krankenhäuser 2002 auf den Weg gemacht; haben die Voraussetzungen an Qualität und Fallzahlen erbracht; haben zwei Jahre lang Vorleistungen, zum Teil in Millionenhöhe, geleistet, weil die Landesregierung die Anerkennung so lange verzögerte und die Kassen vor der Anerkennung nicht zahlen wollten. Und nun erleben diese Krankenhäuser in den Budgetverhandlungen, dass die bisher geleisteten senologischen Fälle ja schon in den bisherigen Budgets enthalten gewesen sein und darüber hinausgehende Mehrfälle ab 2005 nicht zu 100% der Fallpauschalen, sondern nur zu 21% vergütet werden sollen.

Dabei rede ich noch nicht einmal über die Zusatzkosten, die die von der Landesregierung geforderten hohen Qualitätsstandards erzwingen. Von Sitzung zu Sitzung sind die Standards von den Beamten des Ministeriums hochgeschraubt worden. So etwas ist leicht, wenn man die Rechnung nicht bezahlen muss. Die Kassen wollen sie auch nicht bezahlen. Und wir, die Krankenhäuser, sollen die Leistung gleichwohl erbringen!?

Wenn es hier seitens der Krankenkassen keine Änderung gibt, werden wir über das Thema Brustzentren neu reden müssen.

Bei der Bildung von Schwerpunktzentren müssen in Zeiten knapper finanzieller Ressourcen auch die finanziellen Folgewirkungen berücksichtigt werden. Es ist

ökonomisch nicht nachvollziehbar, dass über Jahre hinweg mit Millionenaufwand in eine gesetzlich geforderte bedarfsgerechte, dezentrale wohnortnahe Krankenhausinfrastruktur investiert wurde und

dass diese auf qualitativ hohem Niveau und voll funktionsfähigen bestehenden Behandlungsstrukturen in Krankenhäusern auf Grund von Verlagerungen in Zentrumskrankenhäuser zukünftig nicht mehr genutzt werden.

Bei der Etablierung von medizinischen Zentren im Krankenhausbereich scheint aus unserer Sicht eine Umdenken erforderlich und ist zu prüfen, ob hier nicht einerseits Millionenwerte in bestehenden Strukturen ohne zwingende Notwendigkeit vernichtet werden und dann andererseits bei Umstrukturierung auf Zentren neue Kapazitäten mit Millionenaufwand trotz allseits leerer Kassen geschaffen werden.

Bürokratische Überregulierung

In einem anderen Bereich – nämlich der bürokratischen Überregulierung – ist ein radikaler Stopp und eine Umkehrung der Entwicklung dringend geboten. Zahlreiche bürokratische Regelungen beim Arbeitsschutz, Medizinproduktegesetz, dem Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen sowie zahlreiche Verwaltungsvorschriften müssen ersatzlos gestrichen werden.

Zudem ist es dringend erforderlich, 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 analog der Kommission zum Thema „Haushaltskonsolidierung“ einzubinden.

Verhandlungen zur Ausbildungsfinanzierung geplatzt

Ein weiteres drängendes Thema ist die notwendige Finanzierung der Ausbildungsplatzkosten. Die DRG-Fallpauschalen - wir werden ja heute Nachmittag noch über Erfahrungen und Konsequenzen der DRG-Einführung zu diskutieren haben - diese Fallpauschalen beinhalten nicht mehr die Ausbildungsfinanzierung. Deshalb ist eine gesonderte Finanzierungsregelung erforderlich. Die Verhandlungen dazu sind letzte Woche gescheitert. Die Krankenkassen haben es kategorisch abgelehnt, über detaillierte und nachvollziehbare Richtwert-Vorschläge der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Deutschen Pflegerates überhaupt zu verhandeln. Die Vorschläge der Kassenseite lassen dagegen wesentliche Kostenbestandteile der Ausbildungsstätten unberücksichtigt.

Ähnlich wie bei der Finanzierung der Brustzentren scheint es Strategie der Kassen zu sein, eine landesweite Regelung zu verhindern, um in den hausindividuellen Budgetverhandlungen die Krankenhäuser unter Druck setzen und niedrigere Werte erzwingen zu können. Auch hier sage ich mit allem Nachdruck: Wenn die Krankenkassen diese Strategie aufrecht erhalten, gefährden sie die Krankenpflege- und MTA-Schulen der Krankenhäuser. Sie riskieren den Pflegenotstand in den Kliniken.

DRG-Einführung / Qualität als maßgeblicher Wettbewerbsparameter – Entwicklung der Krankenhäuser zu „Integrierten Dienstleistungszentren“

Die Einführung des DRG-Vergütungssystem ist eine Jahrhundert-Aufgabe, die den Krankenhäusern in den kommenden Jahren weiterhin eine enorme Leistung abverlangt: Es geht hier um eine komplette Umstellung der betriebswirtschaftlichen Grundlagen. Dies erfolgt nicht nur bei laufendem Versorgungsbetrieb auf höchstem medizinischen Niveau, sondern auch ohne jedwede finanziellen Reserven nach einem Jahrzehnt einschneidender Budgetierung. Der Umstellungsprozess dieses lernenden Systems soll bis Ende der Umstellungsphase (Konvergenzphase) bis Ende 2009 abgeschlossen sein. Ich kenne keine Branche, die etwas Vergleichbares zu schultern hat.

Das neue stationäre Vergütungssystem ist ein zentraler Ausgangspunkt für eine stärkere wettbewerbliche Orientierung nicht nur des Krankenhausbereichs, sondern auch der übrigen Leistungsanbieter. Im Zuge der Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems (DRG):

- verstehen sich Krankenhäuser zunehmend als Unternehmen im Wettbewerb;
- wird der Leistungswettbewerb durch eine Neuordnung der Strukturen (Konzentration, Kooperation, Spezialisierung etc.) gefördert;
- ist die Qualität der medizinischen Leistungen ein maßgeblicher Wettbewerbsparameter.

Die Krankenhäuser stellen sich dem Wettbewerb und dieser muss offen, fair und transparent sein. Verträge wie sie z. B. bei der Integrierten Versorgung in einzelnen Bereichen nach Gutsherrenart von den Krankenkassen mit Krankenhäusern abgeschlossen werden, lehnen wir nachdrücklich ab.

Die Krankenhäuser wollen sich zu „Integrierten Dienstleistungszentren“ weiterentwickeln. Diese Zentren sind besonders geeignet, die Gesamtverantwortung für die Versorgung von Patienten und damit eine Versorgung aus einer Hand zu übernehmen. Die gesetzlichen Regelungen zukünftig aber müssen so ausgestaltet werden,

dass es sektorenübergreifend zu einem echten Wettbewerb um eine Patientenversorgung auf qualitativ hoch stehendem Niveau kommen kann.

Die anschließenden ordnungspolitischen Rahmenbedingungen nach Ende der Konvergenzphase müssen frühzeitig politisch entschieden werden. Verlässliche Grundlagen sind Voraussetzung für eine nachhaltige betriebswirtschaftliche Planung

Dramatische finanzielle Situation

Die finanzielle Situation vieler Krankenhäuser ist dramatisch. Nach über zehnjähriger Budgetierung verbunden mit einer chronischen Unterfinanzierung und den Aufbau immer neuer Wachstumsschranken können die Krankenhäuser ihr Potenzial nicht voll ausschöpfen.

Hinzu kommen fehlende Investitionen durch das Land sodass sich die Krankenhäuser wegen des Rückzugs der öffentlichen Hand zunehmend verschulden müssen.

Nach einer Umfrage im Rahmen der Ermittlung des Landesbasisfallwertes schreiben ca. 80 Prozent der Krankenhäuser im von der GKV finanzierten Budget „rote Zahlen“ schreiben und bereits ca. 25 Prozent gezwungen sind ihren Mitarbeitern das Weihnachtsgeld zu streichen.

Die Zahl der Krankenhäuser, die von Insolvenz bedroht sind, wird sich in den kommenden Jahren weiter erhöhen. Für die Kliniken in NRW liegt die durchschnittliche Insolvenzwahrscheinlichkeit bei 1,7 Prozent; für die Gesamtwirtschaft beträgt dieser Wert etwa ein Prozent. Bis 2008 wird sich dieser Wert voraussichtlich auf 2,2 Prozent erhöhen.

Systemwidrigen steuerlichen Zugriff auf Krankenhäuser verhindern

Durch systemwidrigen steuerlichen Zugriff auf Krankenhäuser ergeben sich weitere schwerwiegende finanzielle Belastungen. Hintergrund dieser Entwicklung sind die zahlreichen Gesetzesänderungen der vergangenen Jahre. Die damit verbundenen grundsätzlichen Veränderungen im Krankenhaussystem werden seit circa drei Jahren von den Finanzverwaltungen intensiver geprüft.

Die restriktive Rechtsauslegung einiger Finanzverwaltungen bei der Ertrags- und Umsatzsteuer insbesondere in NRW führen zu einer steuerlichen Überlastung der Krankenhäuser und konterkarieren gleichzeitig die gesundheitspolitischen Ziele von Bund und Ländern konterkarieren. Diese Suche nach neuen Steuerquellen wird vehement vorangetrieben

Kernproblem dabei ist die sezierende Sichtweise der Krankenhäuser - d.h. alle noch Überschuss erwirtschaftenden Krankenhausbereiche werden als eigenständige Wirtschaftsbereiche betrachtet und der Steuer unterworfen. Diese Suche nach neuen Steuerquellen wird vehement vorangetrieben.

Durch den systemwidrigen steuerlichen Zugriff der Finanzverwaltungen werden z.B. Krankenhäuser mit 250 Betten jährlich mit circa 200.000 Euro zusätzlich belastet.

Die 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.

Mehrere bislang nicht ansatzweise betroffene Leistungsbereiche, die finanzierungstechnisch im GKV-System eingebunden sind stehen in der Diskussion der Umsatz- und Ertragssteuer unterworfen zu werden. Z. B.

- die gesetzlich verankerten „Belegleistungen“,
- Leistungen der „Wahlleistung Unterkunft“,

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 krankenhausindividuellen Besteuerung ergeben sich vermehrt auch finanzielle Belastungen im Bereich der durch die Selbstverwaltung wahrgenommenen hoheitlichen Aufgaben.

- Die Besteuerung der „gesetzlich vorgegebenen“ Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung und der Entgeltentwicklung (DRG) wird derzeit gerichtlich geprüft.
- Die vorgegebene gesetzliche Aufgabe der Verwaltung eines Ausbildungsfonds ist derzeit aufgrund der unkalkulierbaren steuerlichen Risiken nicht ausführbar.
 - 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.

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 gerade im Hinblick auf die sich immer weiter verschlechternde Finanzsituation der Krankenhäuser angepasst werden.

Verlängerung der Übergangsregelung des § 25 Arbeitszeitgesetz (ArbZG)

Nach der europäischen Arbeitszeitrichtlinie ist Bereitschaftsdienst in vollem Umfang als Arbeitszeit zu werten. Das zum 1. Januar 2004 geänderte deutsche Arbeitszeitgesetz hat bisher eine zweijährige Übergangsregelung für bestehende Tarifverträge vorgesehen, um die massiven Auswirkungen auf die stationäre Versorgung abzumildern. Diese Regelung läuft zum 31. Dezember 2005 aus. Wir sehen mit großer Besorgnis, dass das Arbeitszeitgesetz faktisch nicht umsetzbar ist. Weder das Problem des personellen noch des finanziellen Mehraufwands kann von den Kliniken gelöst werden.

Durch verschiedene Studien wurden übereinstimmend massive personelle Mehrbelastungen im ärztlichen Dienst von bis zu 18.700 Stellen und 10.900 Vollkräfte im nicht ärztlichen Dienst aufgezeigt. Nach der Erhebung der DKG ergibt sich gar ein zusätzlicher Bedarf von 27.000 Ärzten.

Dieser Personalmehrbedarf ist so hoch, dass weder kurzfristig noch mittelfristig das bestehende Arbeitskräfteangebot diesen Bedarf abdeckt. Der Arbeitsmarkt gibt diesen Personellenmehrbedarf schlicht nicht her. Zudem haben die Krankenhäuser bereits heute erhebliche Schwierigkeiten, ärztliches Personal zu rekrutieren.

Neben diesen massiven Problemen auch hinsichtlich der innerbetrieblichen Organisationsstrukturen müssen sich die Krankenhäuser dem immensen Problem der Mehrkosten stellen.

Dies trifft die Krankenhäuser in einer äußerst angespannten Lage, in der ohnehin 15 Prozent der Personalkosten durch die Gesamteinnahmen nicht gedeckt sind. Die Höhe der zu erwartenden Mehrkosten wurde ebenfalls in mehreren Studien auf jährliche Zusatzkosten von 536,4 Millionen Euro bis zu 1,7 Milliarden Euro taxiert. Unzweifelhaft sind die jetzigen Regelungen hinsichtlich der Refinanzierung des Mehraufwands nicht ausreichend. Der Gesetzgeber hat einen zusätzlichen Refinanzierungsbetrag von rund 100 Millionen Euro jährlich bzw. 700 Millionen Euro kumulativ bis zum Jahr 2009 eröffnet. Die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes wird jedoch bereits zum 1. Januar 2006 in vollem Umfang finanziell zu Buche schlagen. Und die Kostenbelastungen sind insgesamt höher als die zur Verfügung stehenden Refinanzierungsbeträge.

Wir fordern die künftige Koalitionsregierung auf, umgehend zu handeln, um eine zwangsläufige Verschlechterung in der stationären Versorgung zu verhindern. Wir fordern eine Verlängerung der Übergangsfrist um zwei weitere Jahre, da das Arbeitszeitgesetz zum 1. Januar 2006 praktisch nicht umsetzbar ist, sowie eine verbesserte Refinanzierung des Mehraufwands. Das Vorziehen der in Aussicht stehenden Finanzmittel ist dringend erforderlich. Erste Signale aus Berlin deuten an, dass die Übergangsregelung um ein Jahr verlängert werden soll.