



**VERBAND DER  
UNIVERSITÄTSKLINIKA  
DEUTSCHLANDS**

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0414(13)  
gel. VB zur öAnhörung am 13.05.  
13\_Beitragsschulden  
08.05.2013

## STELLUNGNAHME

**zum Änderungsantrag 1 der Fraktionen  
der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines  
Gesetzes zur Beseitigung sozialer Über-  
forderung bei Beitragsssschulden in der  
Krankenversicherung (DRS 17/13079)**  
**Ausschussdrucksache 17(14)0410**

**Mai 2013**

---

### **Kontakt**

Verband der Universitätsklinika  
Deutschlands e.V. (VUD)  
Ralf Heyder  
Alt-Moabit 96  
10559 Berlin  
info@uniklinika.de  
www.uniklinika.de  
Tel. +49 (0)30 3940517-0

---

**Forschen. Lehren. Heilen.**

## Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung .....	3
Bewertung des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands zu den Änderungsanträgen im Überblick .....	3
Zu den Regelungen im Einzelnen .....	6
Zu Artikel 5a (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) .....	6
Zu Nummer 1 (§ 4 Absatz 11 – neu – Krankenhausentgeltgesetz) und Nummer 6a (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 Krankenhausentgeltgesetz) .....	6
Zu Nummer 5 (§ 9 Absatz 1 KHEntgG) .....	9
Zu Nummer 6 (§ 10 KHEntgG) .....	10
b) anteilige Finanzierung der Tarifraten .....	10
c) Als Untergrenze des Veränderungswertes gilt mindestens die Grundlohnrate (Veränderungsrate) .....	11
f) Versorgungszuschlag .....	12

## Vorbemerkung<sup>1</sup>

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf erkennt die Regierungskoalition das Problem einer flächendeckenden Unterfinanzierung der Krankenhäuser an. Ausdrücklich zu unterstützen ist, dass nun zeitnah zusätzliches Geld für Universitätskliniken und nicht-universitäre Krankenhäuser zur Verfügung stehen soll.

Jedoch bleiben die Maßnahmen halbherzig. Das Hilfspaket ist nicht geeignet, um die wirtschaftliche Lage insbesondere der Universitätsklinika ausreichend zu stabilisieren. Die Zusatzfinanzierungen sind größtenteils auf die Jahre 2013 bis 2014 befristet. 2015 stehen die Kliniken dann wieder vor einem Finanzierungsloch. Die Probleme werden damit nur in die Zukunft verschoben. Ohne eine nachhaltige Stärkung der Basisfinanzierung wird sich die wirtschaftliche Lage der Universitätsklinika weiter zuspitzen.

Hauptursache dafür ist die Kosten-Erlös-Schere, die den Kliniken jedes Jahr Geld entzieht. Die Kosten für Personal, teure Medikamente, Energie und Haftpflichtprämien steigen permanent schneller als die von den Krankenkassen gezahlten Entgelte. Dieser Entwicklung wird mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht entschlossen genug begegnet.

## Bewertung des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands zu den Änderungsanträgen im Überblick

1. Der vorgesehene **Versorgungszuschlag muss nach Fallschwere differenziert werden.** Die derzeit geplante Ausgestaltung ist nicht sachgerecht. Der Zuschlag soll als Einheits-Euro-Pauschale pro Krankenhausfall gezahlt werden und berücksichtigt nicht den Behandlungsaufwand. Es ist also egal, ob es sich um ein frühgeborenes Baby han-

---

<sup>1</sup> Die Stellungnahme kommentiert den Gesetzentwurf aus Sicht der Universitätsklinika. Aus sprachlichen Gründen und für einen eindeutigen Bezug zum Gesetzentwurf wird stellenweise auch der Begriff „Krankenhäuser“ verwandt.

delt, das mit maximalem Aufwand versorgt wird, oder um eine Blindarmoperation. Dies benachteiligt gerade die Versorgung von schweren und komplizierten Fällen, die überwiegend von Krankenhäusern der Maximalversorgung und von Uniklinika sichergestellt wird. Zudem widerspricht diese Verteilung von GKV-Geldern mit der Gießkanne auch der Logik des Fallpauschalensystems, das nach der Schwere des Falls unterscheidet.

2. Es muss sichergestellt werden, dass das versprochene **Finanzvolumen des Hilfspaketes** von 1,1 Mrd. Euro auch tatsächlich in voller Höhe bei den Krankenhäusern ankommt. Die aktuellen Regelungen im Gesetzentwurf werden dazu führen, dass statt der 1,1 Mrd. Euro maximal 750-850 Mio. Euro zusätzlich bei den Krankenhäusern ankommen. Der Versorgungszuschlag wird 2014 geringer ausfallen, da die Krankenkassen bereits jetzt darauf hinweisen, dass sie im kommenden Jahr geringere Mehrleistungsabschläge verhandeln werden. Zudem wird die diesjährige Erhöhung der Tarifraten 2014 bei der Berechnung des Veränderungswertes gegengerechnet. Zur Gewährleistung der zugesagten Summen müssen daher der Versorgungszuschlag sowie die übrigen im Hilfspaket zugesagten Beträge festgeschrieben werden.
3. Mit dem Wegfall des Versorgungszuschlages wird sich 2015 erneut ein Finanzierungsloch bei den Krankenhäusern auftun. Es fehlt eine Antwort, wie dann die Finanzierungsbasis der Krankenhäuser dauerhaft gestärkt werden soll. Notwendig ist eine Anschlussregelung, um die Mittel aus dem Versorgungszuschlag 2015 in die Landesbasisfallwerte zu überführen.
4. Die im Gesetzentwurf vorgesehene zeitlich befristete **anteilige Berücksichtigung von Tarifsteigerungen in 2013** mildert das Problem der Kosten-Erlös-Schere nur geringfügig ab. Ein Viertel der tarifbeding-

ten Personalkostensteigerungen in Krankenhäusern wird weiterhin nicht finanziert. Für die Preissteigerungen bei Sachkosten (Energie, Haftpflichtversicherung etc.) fehlt eine Lösung.

5. Die **Erweiterung des Verhandlungskorridors bis zur vollen Höhe des Orientierungswertes für die Jahre 2014 und 2015** ist ein Fortschritt gegenüber der geltenden Regelung. Gleichwohl ist die Kostenentwicklung weiterhin unzureichend abgebildet, weil die Vollfinanzierung des Orientierungswertes in den Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen nicht erreichbar sein wird. Sachgerecht ist daher die verbindliche volle Geltung des Orientierungswertes.
6. Positiv ist, dass **personelle Maßnahmen und Weiterbildungen im Bereich der Krankenhaushygiene** finanziell gefördert werden sollen. Statt zeitlich befristeter Maßnahmen auf Basis von Einzelfallnachweisen wäre allerdings eine systematische und dauerhafte Finanzierungslösung der bessere Weg:
  - a. Die vorgesehene zeitliche Begrenzung dieses Förderprogramms ist nicht sachgerecht. Die Weiterbildung von Hygiene-Fachpersonal ist eine dauerhafte und systemrelevante Aufgabe. Sie muss daher kontinuierlich finanziert werden.
  - b. Die Stichtagsregelung (Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes am 04.08.2011) benachteiligt Krankenhäuser, die schon frühzeitig mit dem Ausbau ihres Hygienepersonals begonnen haben. Sachgerecht wäre eine Stellenförderung auch für diejenigen, die schon vor der gesetzlichen Regelung in ihre Hygienestandards investiert haben.
  - c. Nach Auslaufen des Programms sollen die Fördermittel für das neueingestellte und aufgestockte Hygienefachpersonal in die Landesbasisfallwerte überführt werden. Das wird die

gleichen Verwerfungen zur Folge haben, die bereits beim Pflegeförderprogramm aufgetreten sind. Sachgerechter wäre eine sofortige Erhöhung des Basisfallwertes um die Förderungssumme, damit die zugesagten Mittel allen Krankenhäusern dauerhaft und in vollem Umfang zur Verfügung stehen.

## **Zu den Regelungen im Einzelnen**

### **Zu Artikel 5a (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)**

#### **Zu Nummer 1 (§ 4 Absatz 11 – neu – Krankenhausentgeltgesetz) und Nummer 6a (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 Krankenhausentgeltgesetz)** Finanzielle Förderung von ärztlichem und pflegerischem Hygienefachpersonal nach Maßgabe des Infektionsschutzgesetzes

Mit der Regelung sollen die Personalkosten im Fall von Neueinstellung, Aufstockungen sowie Fort- und Weiterbildungen von ärztlichem und pflegerischem Hygienefachpersonal finanziell gefördert werden. Die Regelung schließt entsprechende Neueinstellungen, Aufstockungen sowie Fort- und Weiterbildungen seit dem 4. August 2011 (Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes) ein. Danach sollen die Krankenkassen die entsprechenden Personalkosten der Krankenhäuser ab Inkrafttreten des Gesetzes zumindest anteilig refinanzieren. Die Förderung der Personalkosten orientiert sich an den Empfehlungen der KRINKO „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“.

Nach Auslaufen des Förderprogramms sollen die Fördermittel in die Landesbasisfallwerte überführt werden.

## Bewertung VUD

Die Regelung zur Verbesserung der Krankenhaushygiene umfasst zwei Aspekte: nämlich die Förderung der Weiterbildung einerseits und die Neueinstellung und Personalaufstockung andererseits.

### a) Förderung der Weiterbildung:

Der VUD hält die gesonderte Finanzierung der (ärztlichen) Weiterbildung im Bereich der Krankenhaushygiene für richtig. An Universitätsklinikum werden 80 bis 90 Prozent aller Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin beziehungsweise Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie in Deutschland weitergebildet. Die Universitätsklinikum erbringen durch die Weiterbildung dieser Fachärzte für das gesamte Gesundheitswesen eine wichtige Leistung. Damit gehen zusätzliche Kosten in erheblichem Ausmaß einher, gleichzeitig wird die ärztliche Weiterbildung aber nicht finanziert. Daher haben die Universitätsklinikum, die sich in der Hygiene-Weiterbildung engagieren, einen wirtschaftlichen Nachteil. Die nun vorgesehene zusätzliche Förderung der Fort- und Weiterbildung zu ärztlichem und pflegerischen Hygienefachpersonal nach den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes erkennt diese zusätzliche finanzielle Belastung zumindest in Ansätzen an.

Jedoch halten wir die zeitliche Befristung der geplanten Hilfen für falsch. Die Weiterbildung von entsprechend qualifiziertem Personal ist eine dauerhafte Aufgabe, die auch nach 2016 gewährleistet werden muss. Demzufolge ist auch die finanzielle Förderung von Weiterbildungen, die nach 2016 beginnen, sicherzustellen.

### b) Förderung von Neueinstellungen und Personalaufstockungen:

Mit der geplanten Regelung werden diejenigen Krankenhäuser benachteiligt, die schon frühzeitig und vor den gesetzlichen Regelungen des Infektionsschutzgesetzes in den Ausbau ihrer Hygienestandards

investiert haben. Die hier vorgeschlagene Regelung verkennt die Vorreiterrolle und das besondere Engagement dieser Einrichtungen. Mit dieser Stichtagsregelung werden falsche Signale für die Krankenhäuser nach dem Motto „besser spät als früh“ gesetzt.

Nach Auslaufen des Förderprogramms für das Hygienefachpersonal sollen die Fördermittel in die Landesbasisfallwerte überführt werden. Wir halten diese Regelung in zweierlei Hinsicht für problematisch:

- a) Hinsichtlich der Förderung der Weiterbildung handelt es sich um eine fortwährende Aufgabe, die auch über das Jahr 2016 hinaus eine eigenständige strukturelle Finanzierung erfordert. Diese kann nicht pauschal über den Landesbasisfallwert erfolgen, sondern bedarf eines gezielten Finanzierungsinstruments für jene Einrichtungen, die die entsprechenden Weiterbildungen durchführen.
  
- b) Mit Blick auf die Neueinstellung und Aufstockung von Hygienefachpersonal zeigt die Erfahrung mit dem Pflegesonderprogramm, dass infolge der Überführung in die Landesbasisfallwerte die Einrichtungen, die neue Stellen gefördert bekommen haben, einen Teil dieser Fördermittel verlieren. Dieses Geld wird an jene Einrichtungen umverteilt, die kein zusätzliches Personal aufgebaut haben. In der Folge werden die Personalkosten von neuemgestelltem oder aufgestocktem Hygienefachpersonal dann nicht mehr ausreichend finanziert. Die betroffenen Einrichtungen werden dann vor der Frage stehen, ob sie sich das zusätzliche Personal weiter leisten können. Diese Aussicht könnte viele Häuser auch dazu veranlassen, erst gar nicht am Förderprogramm teilzunehmen. Dadurch droht das beabsichtigte Hygiene-Förderprogramm in Teilen ins Leere zu laufen.

Anstelle einer hausindividuellen Förderung für die Neueinstellung und für Personalaufstockungen von Hygienefachpersonal sollten die vorgesehenen Mittel daher von Anfang an über eine Erhöhung der Leistungsentgelte allen Krankenhäusern gleichermaßen zur Verfügung gestellt werden. Dieser Teil der Fördermittel sollte bereits ab 2013 in die Landesbasisfallwerte überführt werden. Damit könnten auch die Kliniken profitieren, die bereits vor dem Stichtag in den Auf- bzw. Ausbau ihres Hygienemanagements investiert haben.

Sollte dieser Anregung nicht gefolgt werden, so ist zumindest sicherzustellen, dass allen Einrichtungen mit entsprechend geeignetem Hygienefachpersonal die Personalkosten gleichermaßen von den Krankenkassen erstattet werden. Zu diesem Zweck ist Satz 2 wie folgt zu fassen: „Personalkosten werden im Rahmen von Satz 1 auch gefördert, wenn diese ab dem ... [Datum des Inkrafttretens des Gesetzes] für erforderliche Neueinstellungen, Aufstockungen oder Fort- und Weiterbildungen zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes entstehen, die nach dem 4. August 2011 vorgenommen wurden, **oder für bestehende Beschäftigungsverhältnisse entstehen, die bereits vor dem 4. August 2011 geschlossen wurden und die die gleichen Standards erfüllen, die auch das Infektionsschutzgesetz vorsieht.**“

#### **Zu Nummer 5 (§ 9 Absatz 1 KHEntgG)**

##### Verhandlungskorridor für den Veränderungswert bis zur vollen Höhe des Orientierungswertes

Die Regelung bietet für die Verhandlung über die Landesbasisfallwerte die Möglichkeit, in den Jahren 2014 und 2015 den Verhandlungskorridor bis zur vollen Höhe des Orientierungswertes zu erweitern. Das bedeutet, dass die Krankenhausvergütung dann prinzipiell bis zur vollen Höhe des Orientierungswertes angehoben werden kann. Der Orientierungswert stellt ein Maß

für die durchschnittliche Kostensteigerung der Krankenhäuser dar. Bislang galt: Wenn der Orientierungswert die Grundlohnrate übersteigt, dann können die Landesbasisfallwerte nicht um den vollen Orientierungswert erhöht werden. Folglich war die Entwicklung der Krankenhausvergütung von der Kostenentwicklung abgekoppelt. Dadurch sind inzwischen immer mehr Krankenhäuser - trotz Rationalisierungs- und Einsparmaßnahmen - in wirtschaftliche Schieflage geraten.

### Bewertung VUD

Der VUD hält die hier vorgeschlagene Änderung grundsätzlich für richtig. Allerdings muss man davon ausgehen, dass die volle Höhe des Orientierungswertes bei den Verhandlungen auf Landesebene wahrscheinlich nicht erreicht werden wird. Zur tatsächlichen Schließung der Scherenproblematik ist aber unbedingt die verbindliche volle Geltung des Orientierungswertes notwendig.

Dessen ungeachtet halten wir eine Weiterentwicklung des Ermittlungsverfahrens des Orientierungswertes für erforderlich, um eine Abbildung der tatsächlichen Kostenentwicklung der Krankenhäuser sicherzustellen. Der VUD verweist in diesem Zusammenhang auf die Ergebnisse des Gutachtens der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO AG „Bestandsaufnahme und kritische Bewertung des durch das Statistische Bundesamt ermittelten Orientierungswertes nach § 10 Abs. 6 KHEntgG“, in dem deutlich wird, dass es methodisch bedingte Ermittlungsfehler beim Orientierungswert gibt.

## **Zu Nummer 6 (§ 10 KHEntgG)**

### **b) anteilige Finanzierung der Tarifräte**

Ähnlich wie schon im vergangenen Jahr soll es in 2013 wieder eine gesonderte Regelung für die Finanzierung der Personalkostensteigerungen geben:

Die Krankenkassen sollen zusätzlich die Hälfte der tarifbedingten Personalkostensteigerungen finanzieren, welche die Veränderungsrate überschreiten.

#### Bewertung VUD:

Tarifsteigerungen, die nicht auf der Erlösseite gegenfinanziert werden, sind die maßgebliche Ursache für die strukturelle Unterfinanzierung der Kliniken. Mit der geplanten Maßnahme erkennt die Bundesregierung an, dass die geltenden Regelungen für eine ausreichende Kostenfinanzierung der Krankenhäuser - insbesondere bei den Personalkosten - ungeeignet sind. Vor diesem Hintergrund ist es nicht nachvollziehbar, warum nur 50 Prozent der nicht finanzierten Tarifsteigerungen ausgeglichen werden sollen. Im Ergebnis bleibt weiterhin rund ein Viertel der tarifbedingten Personalkostensteigerungen ungedeckt. Zum Abbau der strukturellen Unterfinanzierung der Krankenhäuser ist daher ein Ausgleich in Höhe der vollen Finanzierungslücke erforderlich.

#### **c) Als Untergrenze des Veränderungswertes gilt mindestens die Grundlohnrate (Veränderungsrate)**

Künftig sollen die Landesbasisfallwerte mindestens in Höhe der Grundlohnrate angepasst werden. Sollte der Orientierungswert die Grundlohnrate unterschreiten, würden die Krankenhausvergütungen wenigstens im Umfang der Grundlohnrate steigen.

#### Bewertung VUD

Wir halten diese Maßnahme für sinnvoll, insbesondere weil nach unserer Einschätzung die Methodik zur Berechnung des Orientierungswertes noch änderungsbedürftig ist. Perspektivisch sollte aber auf die volle Anwendung des Orientierungswertes abgezielt werden, wodurch die Bezugnahme auf die Grundlohnrate entfallen kann.

## f) Versorgungszuschlag

Mit der geplanten Regelung erhält jedes Krankenhaus in 2013 und 2014 pro DRG-Fall einen zusätzlichen Zuschlag. Der Versorgungszuschlag soll pauschaliert werden und je Behandlungsfall von den Krankenkassen gezahlt werden.

### Bewertung VUD:

Die finanzielle Unterstützung der Krankenhäuser mittels eines gesonderten Versorgungszuschlags ist anzuerkennen. Jedoch lehnen wir den Zuschlag in der vorgesehenen Ausgestaltung entschieden ab, da er gegen die Berücksichtigung der Fallschwere im DRG-System verstößt. So soll innerhalb eines Bundeslandes derselbe Zuschlag gezahlt werden unabhängig davon, ob ein Krankenhaus einen Patienten mit einer Blinddarmoperation während fünf Tagen behandelt oder ob es sechs Monate lang ein Frühgeborenes versorgt. Dieser Versorgungszuschlag benachteiligt daher vor allem Universitäts- und Maximalkrankenhäuser, die überwiegend die Versorgung von schwersterkranken Fällen und Fällen mit komplexen Erkrankungen übernehmen.

Stattdessen fordert der VUD, den Versorgungszuschlag entsprechend der Krankheitsschwere zu zahlen. Hierzu muss der Casemix (Addition der Relativgewichte aller behandelten Fälle) zugrunde gelegt werden. Dies würde die konkrete Umsetzung zudem erheblich vereinfachen:

Der schweregradorientierte Versorgungszuschlag ließe sich mit weniger Zeitverzögerung umsetzen. Denn bislang werden von den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene nur der Casemix jedoch keine Fallzahlen vereinbart. Die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene verfügen daher nicht über die erforderlichen Informationen, um einen fallzahlabhängigen Versorgungszuschlag unmittelbar vereinbaren zu können.

Nach dem im Gesetzentwurf vorgesehenen Modell müssten sich die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene erst einmal von den Verhandlungspartnern vor Ort die jeweiligen vereinbarten Fallzahlen melden lassen. Bis aber alle Budgetvereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen abgeschlossen und die Informationen den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene zur Verfügung gestellt werden, vergeht mitunter viel Zeit. Bisweilen werden Budgetvereinbarungen erst nach Jahresablauf getroffen, sodass damit zu rechnen wäre, dass der Versorgungszuschlag 2014 erst in 2015 ermittelt werden kann. Folglich können die dringend benötigten Finanzhilfen den Krankenhäusern gar nicht zeitnah bereitgestellt werden.