

hamburg

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

ersatzkassen

Feb. 2005

**Landesbasisfallwert****Teure Preise sollen nicht nur gefestigt, sondern noch weiter angehoben werden!**

Zum 1. Januar 2005 trat das 2. Fallpauschalenänderungsgesetz in Kraft. Es sieht unter anderem die Vereinbarung eines landeseinheitlichen Basisfallwertes vor. Ziel ist, gleiche Preise für gleiche Leistungen zunächst im jeweiligen Bundesland zu erreichen.

In einer Übergangszeit (Konvergenzphase) werden die Krankenhäuser sehr dezent an den landeseinheitlichen Basisfallwert herangeführt. Frühestens ab 2010 ist mit einem einheitlichen Basisfallwert zu rechnen. Die Ersatzkassen waren vehement gegen eine Verlängerung der Übergangszeit.

2005 geht es um den Einstieg in das neue System. Ausgangslage ist das zuletzt vereinbarte (fiktive) Landesbudget. Der Gesetzgeber hat eine Vielzahl von Öffnungsklauseln, Interpretationsmöglichkeiten etc. zugelassen, so dass bereits die Abstimmung der Datengrundlagen ein Problem darstellt.

Mitte Dezember 2004 wurden konkrete Verhandlungen zwischen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft (HKG) und den Hamburger Krankenkassen/-verbänden aufgenommen. Die ersten Gespräche zeigten, dass an diversen Stellen zum Teil erhebliche unterschiedliche Auffassungen über die Datengrundlagen und über deren Fortschreibung bestehen.

Nach nur drei Verhandlungs- und Abstimmungsgesprächen hat die HKG am 11. Januar 2005 das Scheitern der Verhandlungen einseitig festgestellt. Sie will die Schieds-

stelle anrufen, obgleich die Krankenkassen/-verbände der HKG mehrere Kompromisse angeboten und für die Fortsetzung der Verhandlungen plädiert hatten.

Die Forderung der HKG für den Landesbasisfallwert liegt bei über 3600 Euro und rund 20 Prozent (!) über den sich abzeichnenden Landesbasisfallwerten in anderen Bundesländern. Bei einer vergleichbaren Umrechnung auf das Jahr 2004 würde sich sogar eine Steigerung von zirka 30 Prozent (!) ergeben. Das bedeutet, die Hamburger Krankenkassen müssten im Jahr 2005 für die gleichen Leistungen wie im Jahr 2004 etwa 450 Millionen Euro mehr zahlen.

Ein Gegenantrag der Hamburger Kostenträger im Rahmen des Schiedsstellenverfahrens wird unter Berücksichtigung der gleichen Annahmen wie die der

HKG, allerdings mit anderen Vorzeichen, erheblich unter dem von der HKG geforderten Betrag liegen. Ziel der Kostenträger ist es nach wie vor, nicht nur das Preisniveau zwischen den Hamburger Krankenhäusern anzupassen, sondern sich dem Bundesdurchschnitt zu nähern. Die Vorbereitungen hierzu laufen auf Hochtouren.

Entscheidend wird sein, ob die Schiedsstelle die berechtigten Argumente der Hamburger Krankenkassen/-verbände bei ihrer Entscheidung berücksichtigt. Nicht ausgeschlossen werden kann, dass vorher das Bundesministerium für Gesundheit und Soziales die gesetzlich vorgesehene Ersatzvornahme beschließt – ein Szenario, vor dem der HKG graut, weil dann einer unberechtigten Hochpreispolitik ein Dämpfer verpasst werden könnte.

## Equip

# Warum finanzieren Kassen eigentlich externe Qualitätssicherung?

**Das Hamburger Projekt equip – externer Qualitätsvergleich in der Pflege (Dekubitusprophylaxe) ist einmalig. Mit ihm wurde eine umfangreiche Datenbank zum Thema Dekubitus aufgebaut. Aus den Kennzahlen der vergangenen Jahre ist ablesbar, dass die Dekubitusrate in Hamburg seit 2000 von 7,9 Prozent auf 4,95 Prozent, die Neuentstehungsrate von 2,1 Prozent auf 1,19 Prozent gesunken ist.**

Zurzeit nehmen etwa 200 Pflegebetriebe (jeweils 40 Prozent der ambulanten und stationären Einrichtungen) an dem Projekt teil. Sie melden quartalsweise anonymisiert einen Datensatz je Patient bzw. Bewohner. Erfasst wird mit jedem Datensatz, ob und wann ein Dekubitusrisiko bestand oder ein Dekubitus vorhanden war, wenn ja, welchen Grades dieser war. Zurück gemeldet erhalten die Einrichtungen ihre aggregierten Daten und die Vergleichsdaten der anderen Pflegebetriebe.

Das Projekt läuft seit Anfang 2000. Das Qualitätsbüro, über das die Auswertung erfolgt, wird seit Anfang 2002 zu einem Drittel von den Anbieterverbänden bzw. seit 2004 von den Betrieben direkt finanziert, je ein weiteres Drittel übernehmen die Behörde für Soziales und Familie und die Pflegekassenverbände einschließlich der privaten Pflegeversicherung.

Die positiven Ergebnisse sind allerdings kein Grund, sich auf dem Erreichten auszuruhen. Zur weiteren Verbesserung sind nach Auffassung der Pflegekassen insbesondere folgende Maßnahmen erforderlich:

- Mehr Transparenz

- Steigerung der teilnehmenden Einrichtungen und Pflegebedürftigen
- Analyse der Gründe von aus dem Projekt ausscheidenden Einrichtungen
- Dauerhaft schlechte Ergebnisse müssen öffentlich gemacht werden
- Dauerhaft schlechte Ergebnisse müssen vertragliche Konsequenzen haben.

Außerdem sollte eine verpflichtende Teilnahme aller Einrichtungen an dem Projekt geprüft werden (wie sie heute schon für Krankenhäuser besteht), damit sich keine Einrichtung durch Nicht-Teilnahme entziehen kann.

Die Notwendigkeit einer Teilnahmeverpflichtung wird auch durch Qualitätsprüfungen des MDK bestätigt: Danach haben Einrichtungen, die an dem Projekt teilnehmen, vergleichbare Probleme in der Anwendung von Risikoskalen und in ähnlich großem Umfang Mängel bei der Dekubitusprophylaxe und -behandlung wie Nicht-Teilnehmer. Ein einrichtungsbezogener Vergleich mit den Projektdaten findet heute nicht statt, weil den Projektteilnehmern weitgehend Anonymität zugesichert wird.

Will man den Nutzen des Projekts nicht in Frage stellen, heißt das aus Sicht der Kassenverbände, dass dieser Abgleich möglich sein muss. Hauptforderung der Pflegekassenverbände ist daher, dass Einrichtungen namentlich benannt werden müssen, die über mehrere Auswertungszeiträume schlechte Ergebnisse geliefert haben. Nur unter dieser Bedingung haben die Kassenverbände einer Fortsetzung der Beteiligung an der Finanzierung im Jahr 2005 zugestimmt.

## Parlamentarischer Abend Keine neuen Verschiebebahnhöfe!

Gegen neue Verschiebebahnhöfe und für die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze setzte sich Dr. Doris Pfeiffer, Vorsitzende des Vorstandes des VdAK/AEV Ende 2004 in Hamburg ein. Anlass war der Parlamentarische Abend der VdAK/AEV-Landesvertretung Hamburg im Ratsweinkeller der Hansestadt.

Pfeiffer betonte ferner, dass die finanzielle Lage der Kassen nicht so rosig ist, wie es das BMGS darstellt und Beitragssatzsenkungen deshalb nicht in dem geforderten Maße möglich seien. Weitere Themen ihres Referates waren die Bürgerversicherung, das Präventionsgesetz, der Risikostrukturausgleich, kassenübergreifende Fusionen, die integrierte Versorgung und die Reform der Pflegeversicherung.

Zuvor hatte Günter Ploß, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Hamburg, eine Einführung in das Thema aus Hamburger Sicht gegeben. Der Staatsrat der Behörde für Umwelt und Gesundheit, Dietrich Wersich, die Abgeordneten der Hamburger Bürgerschaft, die Ver-

treter der Mitgliedskassen und die Referatsleiter und -leiterinnen der Landesvertretung diskutierten über diese Themen bis in den späten Abend.



Gute Stimmung kennzeichnete den Parlamentarischen Abend. Unser Bild zeigt Frau Dr. Pfeiffer im Gespräch mit Staatsrat Dietrich Wersich (links), Günter Ploß, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Hamburg (Mitte rechts), Uwe Grund (SPD-Fraktion, rechts) und Katja Husen (gesundheitspolitische Sprecherin der GAL, mit dem Rücken zur Kamera).

Foto: Kahnert

## Strukturierte Behandlung für Diabetiker im Krankenhaus

Das Chronikerprogramm (DMP) für Zuckerkrankte, das seit einigen Monaten in Hamburg läuft, ist im Spätherbst durch die Einbeziehung von Krankenhäusern erweitert worden.

Disease-Management-Programme (DMP) stellen standardisierte und strukturierte Behandlungsgrundlagen dar, die zu einer Verbesserung der Krankenversorgung insgesamt führen. Der Schwerpunkt der Behandlung für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 liegt im hausärztlichen Bereich. In einer zweiten spezialisierten Versorgungsebene stehen Diabetes-Schwerpunktpraxen zur Verfügung. In der dritten Ebene werden Kliniken in die Behandlung der Patienten mit besonderen Problemen eingebunden.

Für Patienten, die sich in DMP einschreiben, bieten sich zwei entscheidende Vorteile: Einerseits werden Untersuchungs- und Behandlungsstandards garantiert, andererseits gewähren die Krankenkassen unterschiedliche, auch finanzielle, Vorteile wie die Befreiung von Zuzahlungen.

Diabetes mellitus Typ 2 ist die häufigste Stoffwechselerkrankung. In Deutschland sind sechs bis acht Millionen Menschen, in der Metropolregion Hamburg von den knapp zwei Millionen Einwohnern rund 150 000

Menschen betroffen. Die Häufigkeit des Diabetes nimmt weiter zu, es wird von einer Verdopplung der Zahl alle 15 Jahre ausgegangen.

Das erste Krankenhaus in der Hansestadt, das in DMP einbezogen wurde, ist das Diakonie-Klinikum Hamburg. Aus diesem Anlass gab es im November eine Pressekonferenz im Krankenhaus Elim.



Die Unterschriften unter den ersten Vertrag, der die Krankenhäuser einbezieht, wurden öffentlich geleistet. Foto: Schlemmer

## IGES-Gutachten

# Abkopplung der Krankenkassenbeiträge von den Arbeitgebern = Zunahme der Beschäftigung?

**Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Belastung der Arbeitgeber durch Gesundheitsausgaben und der Entwicklung der Beschäftigung – weder in Deutschland noch im internationalen Vergleich. Dies zeigt ein Gutachten, das das Berliner Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) gemeinsam mit dem Augsburger BASYS-Institut im Auftrag der TK erarbeitet hat.**

Von den insgesamt 283,3 Milliarden Euro, die in Deutschland im Jahr 2000 für gesundheitliche Belange ausgegeben werden, werden 116,8 Milliarden Euro von den Arbeitgebern aufgebracht. Das sind 41,2 Prozent. Dieser Anteil der Arbeitgeberbelastung war Untersuchungsgegenstand des IGES-Gutachtens.

**DER INTERNATIONALE VERGLEICH** zeigt: Beim Anteil der Arbeitgeber an den gesundheitsbedingten Kosten liegt Deutschland im Mittelfeld. Etwa zehn Prozent der Arbeitskosten gehen auf Gesundheitsausgaben zurück. Gemessen an den Gesamtkosten der Unternehmen, also dem Produktionswert, liegt der Anteil sogar nur bei rund drei Prozent. Das IGES-Institut hat festgestellt, dass zwischen 1995 und 2000 alle Kostengrößen stärker zugenommen haben als die gesundheitsbedingten Belastungen der Arbeitgeber. Damit hat das Gesundheitssystem den Anstieg der Arbeitskosten sogar abgebremst.

Betrachtet man die branchenspezifische Belastung der Arbeitgeber pro Beschäftigten, bewegt sich diese im Untersuchungsjahr 2000 je nach Branche zwischen 2749 Euro (Gesundheitswesen) und 4793 Euro (Chemische Industrie). Es zeigt sich, dass die einzelnen Branchen sehr unterschiedliche Beiträge zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung leisten, dies hat auch etwas mit dem unterschiedlichen Lohnniveau zu tun.

**GEMESSEN AN DEN GESAMTKOSTEN** eines Unternehmens, dem Produktionswert, variiert der durchschnittliche Anteil der Arbeitgeberbelastung in den vier Branchen allerdings wenig (zwischen 2,1 Prozent und 2,7 Prozent) und liegt nur im Gesundheitswesen deutlich höher (6,0 Prozent).

Betrachtet man nun im Untersuchungszeitraum 1995 bis 2000 die Beschäftigungsentwicklung in den vier Branchen, ist festzustellen, dass es keinen Zusammenhang mit der jeweiligen Arbeitgeberbelastung gibt: Branchen mit einem sehr ähnlichen Belastungsanteil an den Gesamtkosten (chemische Industrie, Fahrzeugbau, Textilindustrie, Finanzdienstleistungen) haben bei der Beschäftigung äußerst unterschiedliche Entwick-

lungen vollzogen, die zwischen 'sehr starker Abnahme' (Textilindustrie) und 'überdurchschnittlich hoher Zunahme' (Fahrzeugbau) variieren. Somit müssen andere Faktoren für die Beschäftigungsentwicklung bestimmend sein. Das besonders belastete Gesundheitswesen steht im Unterschied zu den übrigen Branchen kaum im internationalen Wettbewerb.

Auch die Effekte der Gesundheitsreform hat das Gutachten unter die Lupe genommen. In der Endstufe 2007 werden die Arbeitgeber (bezogen auf das Untersuchungsjahr 2000) um acht Milliarden Euro entlastet. Gäben die Unternehmen diese Einsparungen an die Käufer weiter, sanken die Kosten deutscher Produkte dadurch um etwa zwei Promille. Prof. Bertram Häussler, Direktor des IGES hat berechnet, was diese Senkung konkret für die Verbraucher bedeuten würde: Ein VW Golf würde um 28,88 Euro billiger, eine Versicherungspolice (200 Euro) um 37 Cent. Positive Impulse auf die Verbrauchernachfrage bzw. Beschäftigungsentwicklung sind bei Entlastungen in dieser Größenordnung nicht zu erwarten.

**EGAL WELCHE BEZUGSGRÖßE** zur Berechnung der Arbeitgeberbelastung herangezogen wird, die Studie hat eindrucksvoll ergeben, dass ein Zusammenhang zwischen der Unternehmensbelastung durch Gesundheitsausgaben und der Beschäftigungsentwicklung sich nicht zeigen lässt. Schon der geringe Anteil der Gesundheitsausgaben zeigt, wie wenig Erfolg versprechend es ist, durch Einschnitte in der gesetzlichen Krankenversicherung auf mehr Arbeitsplätze zu hoffen. Offenbar gibt es ein Bündel von anderen Faktoren, die eine positive Beschäftigungswirkung bewirken können.

Bei der Diskussion über Reformen im Gesundheitswesen steht das Ziel der Reduzierung der Arbeitgeberbelastung bzw. der Verbesserung der Standortbedingungen der deutschen Wirtschaft im Vordergrund. Deshalb verwundert es nicht, dass unter anderem die Arbeitgeber kritisieren, die Studie würde die Gesundheitskosten verniedlichen. Diese Kritik läuft fehl, da die Gutachter volkswirtschaftlich seriöse Rechengrößen verwendet haben.

Impressum  
Landesvertretung Hamburg des VdAK/AEV  
Mittelweg 144, 20148 Hamburg  
Telefon 040/41 32 98 20, Fax 41 32 98 22  
e-mail: LV\_Hamburg@VdAK-AEV.de  
Redaktion: Vera Kahnert  
Verantwortlich: Günter Ploß