

10. Ausgaben und Finanzierung

10.1 Ausgewählte Schwerpunkte

...

10.1.2 Gesundheitsleistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz/ Sozialgesetzbuch XII, dem Bundesversorgungsgesetz-Kriegsopferfürsorge und dem Landespflegegeldgesetz

Krankenhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz / Hilfen zur Gesundheit nach dem SGB XII

Die Krankenbehandlung für nicht krankenversicherte Sozialhilfeempfängerinnen und Sozialhilfeempfänger sowie Anspruchsberechtigte nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz hat sich mit Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes zum 01.01.2004 grundsätzlich geändert. Seit diesem Zeitpunkt wird die Versorgung dieses Personenkreises gemäß § 264 Abs. 2 - 7 SGB V von den Krankenkassen wahrgenommen.

Einbindung der Krankenkassen in die Versorgung nicht krankenversicherter Sozialhilfeempfänger

Der Träger der Sozialhilfe erstattet den Krankenkassen die entstandenen Aufwendungen und zahlt Verwaltungskosten in Höhe von bis zu 5 v. H. der Gesamtaufwendungen. Von dieser Regelung sind lediglich diejenigen nicht krankenversicherten Sozialhilfeempfängerinnen und Sozialhilfeempfänger ausgenommen, die nicht mindestens vier Wochen Hilfe zum Lebensunterhalt oder eingeschränkte Hilfe beziehen.

Die vorgenommene Gesetzesänderung erfasst alle Hilfen, die nach dem Unterabschnitt 4 des Bundessozialhilfegesetzes bis zum 31.12.2004 und nach dem Fünften Kapitel des SGB XII ab dem 01.01.2005 zu erbringen sind. Durch die Einbindung der Krankenkassen in die Versorgung nicht krankenversicherter Sozialhilfeempfänger sollen alle Instrumentarien der gesetzlichen Krankenversicherung auch den Trägern der Sozialhilfe nutzen und Einsparungen auf dem Gebiet der Kranken- bzw. Gesundheitsversorgung erzielt werden.

Hilfe zur Pflege nach dem Bundesversorgungsgesetz-Kriegsopferfürsorge¹

Auf der Grundlage des Bundesversorgungsgesetzes wird *Hilfe zur Pflege* im Rahmen der Kriegsopferfürsorge (KOF) an Beschädigte, Hinterbliebene (Witwen und Waisen) und Eltern gewährt.

Durch die Pflegeversicherungsleistungen, die vorrangig gegenüber den Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Bundesversorgungsgesetz sind, wurden die auf den Träger der KOF entfallenden Kosten sowohl im stationären Bereich (Heime) als auch im ambulanten Bereich (häusliche Pflege) erheblich reduziert. Allerdings müssen in beiden Bereichen aufgrund der Kostenintensität der zu erbringenden Leistungen in der überwiegenden Zahl der Fälle aufstockende Leistungen durch den KOF-Träger erbracht werden, weil der Bedarf durch die Pflegeversicherungsleistungen nicht gedeckt wird.

Kostenintensität im Pflegebereich erfordert aufstockende finanzielle Leistungen durch den KOF-Träger

Die Zahl der zu betreuenden Versorgungsberechtigten hat sich im Bereich der häuslichen Pflege aufgrund der Altersstruktur der Leistungsberechtigten erhöht, während der Bereich der stationären Pflege leicht rückläufig ist.

¹ Einschließlich der entsprechenden Leistungen des übrigen sozialen Entschädigungsrechts.

Die gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung nachrangigen Leistungen der *Krankenhilfe* sind weiter rückläufig.

Insgesamt ist angesichts des hohen Lebensalters der Kriegsofferfürsorgeberechtigten in den kommenden Jahren mit einem stärkeren Rückgang der Fallzahlen zu rechnen. Die Entwicklung der Ausgaben für Krankenhilfe bzw. für Hilfe zur Pflege im Rahmen der KOF von 1994 bis 2004 ist Tabelle 10.2.6 zu entnehmen.

Gesundheitsleistungen nach dem Landespflegegeldgesetz

Das LPfGG trägt zum Ausgleich der aufgrund von Behinderung entstehenden Mehrkosten bei

Trotz Pflegeversicherung leisten die pauschalen Pflegegelder nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfGG) noch immer einen unverzichtbaren Beitrag zum Ausgleich der finanziellen Mehraufwendungen, die blinde, hochgradig sehbehinderte und gehörlose Menschen im täglichen Leben aufgrund ihrer Behinderung haben. Die Leistungen werden daher nach wie vor einkommens- und vermögensunabhängig gezahlt.

Die Pflegegelder nach dem Landesgesetz tragen vorrangig dazu bei, dass die Betroffenen trotz ihrer Behinderung in ihrer Häuslichkeit verbleiben können, und unterstützen diese bei einer selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung. Sie tragen damit in hohem Maße zur *Verwirklichung des Prinzips "ambulant vor stationär"* bei.

Im häuslichen Bereich werden dabei die umfassenderen Leistungen der Pflegeversicherung teilweise auf die Leistungsansprüche nach dem Landesgesetz angerechnet. Die Anrechnung erfolgt auf der Grundlage der Geldleistung nach § 37 SGB XI in Höhe eines bestimmten behinderungsspezifischen Anteils.

Die Anrechnung der Pflegeversicherungsleistungen und die Tatsache, dass der Personenkreis der sog. Hilfflosen nur noch im Rahmen einer Bestandsschutzregelung leistungsberechtigt ist, Neufälle somit ausgeschlossen sind, haben seit 1995 zu einer *ständig sinkenden Zahl leistungsberechtigter Personen* geführt.

Der Kreis der Berechtigten umfasste im Jahresdurchschnitt (ohne die bezirklichen Jugendämter) folgende Anzahl an Personen:

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
19.783	18.931	13.731	12.828	11.845	11.619	10.330	9.079	9.043	8.212

Aber auch die *Leistungsausgaben sind weiter rückläufig*. Mit dem Inkrafttreten des LPfGG zum 01.01.2004 waren vor dem Hintergrund der schwierigen Haushaltslage und des Bemühens des Landes Berlin um Sanierungsbeihilfen für den Landeshaushalt Leistungsabsenkungen und damit Anpassungen an das Leistungsniveau der anderen Länder unumgänglich. Somit sind die jährlichen Gesamtausgaben im Jahr 2004 auf insgesamt 27,3 Mio. EUR gesunken. Davon entfielen auf die Bestandsschutzleistungen 5,0 Mio. EUR. Blinde Leistungsempfängerinnen und -empfänger erhielten 16,2 Mio. EUR, hochgradig Sehbehinderte 2,9 Mio. EUR und Gehörlose 3,1 Mio. EUR. Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen wurden im Rahmen einer Auslaufregelung nochmals in Höhe von 0,1 Mio. EUR gezahlt. Die Entwicklung der Ausgabenkomponenten von 1991 bis 2004 zeigt Tabelle 10.2.7.

10.1.3 Krankenhausfinanzierung

Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser im Rahmen des dualen Finanzierungssystems bleibt unverändert das Ziel des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) des Bundes, nach dem die

Investitionskosten der Krankenhäuser über den Landeshaushalt öffentlich gefördert und die Kosten des laufenden Betriebs der Krankenhäuser von den Krankenkassen finanziert werden.

Der Bund hat für die *Finanzierung der laufenden Betriebskosten* der Krankenhäuser, die sich zuvor über tagesgleiche Pflegesätze abbildeten, ein Fallpauschalensystem (DRG = Diagnosis Related Groups) eingeführt, das sich über Leistungen und Preise definiert (ausgenommen Psychiatrie und Psychosomatik). Verbindlich ab 2005 rechnen die Krankenhäuser nahezu alle ihre Leistungen über Einnahmen aus verschiedenen Fallpauschalen ab und sollen dann schrittweise bis einschließlich 2009 ihr Betriebskostenbudget vollständig und über landesweit einheitlich festgesetzte Preise erwirtschaften. Das neue Krankenhausentgeltrecht wird die Krankenhausstruktur weiter maßgeblich verändern und in seiner Folge auch den Bedarf der für die Versorgung der Bevölkerung noch benötigten Betten neu definieren.

Künftig werden in jährlichen Qualitätsberichten das Leistungsprofil und die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser für alle Patienten transparent. Der Bericht ist erstmals im Jahr 2005 für 2004 erstellt worden. Die Berichte werden den Wettbewerb der Häuser untereinander verstärken. Es ist bereits jetzt absehbar, dass das System der Fallpauschalenvergütung die Kosten- und Leistungstransparenz verbessert, Anreize zur Erschließung wirtschaftlicher Reserven schafft und so die Effizienz der künftig einzusetzenden Mittel erhöht werden kann.

System der Fallpauschalenvergütung verbessert Kosten- und Leistungstransparenz von Krankenhäusern

Voraussetzung für die *Gewährung von Investitionszuschüssen des Landes Berlin* an die Krankenhäuser ist deren Aufnahme in den jeweiligen Krankenhausplan des Landes Berlin. Der Landeskrankenhausplan wird gegenwärtig mit einem Planungshorizont bis 2008 fortgeschrieben.

Das insbesondere die einzelnen *Förderungsarten regelnde Landeskrankenhausgesetz* (LKG) wird den neuen Entwicklungen angepasst.

Die 2003, 2004 und 2005 zum Stichtag 31.12. gewährten Zuschüsse nach KHG/LKG sind nach Trägerverbänden differenziert in den Tabellen 10.2.8 a bis 10.2.8 c dargestellt.

Der Ausweis des vom Land Berlin übernommenen Schuldendienstes betrifft die im Rahmen eines Darlehenprogramms den Krankenhäusern zur Verfügung gestellten *Kredite für Baumaßnahmen*. Der Schuldendienst wird bis 2015 geleistet und beträgt 2005 36,4 Mio. EUR.

Aufgrund von Art. 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes erhält das Land noch bis zum Jahr 2014 zur Angleichung des Niveaus der stationären Versorgung im Ostteil Berlins *von den Krankenkassen aufzubringende Investitionszuschläge*. Die Verwendung dieser zweckbestimmten Einnahmen in Höhe von jährlich rd. 10 Mio. EUR erfolgt im Einvernehmen mit der Berliner Krankenhausesellschaft und den Berliner Krankenkassen/-verbänden.

Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14.11.2003 führt derzeit neben der Implementierung der Fallpauschalenvergütung ebenfalls zu strukturellen Änderungen im Krankenhaussystem.

Die umfangreichen Reformen bewirken auch, dass sich neue Formen der Kooperation zwischen stationären und ambulanten Versorgungsangeboten bilden, die zu einer Neuorientierung der Krankenhäuser führen. Eine Weiterentwicklung des Krankenhausfinanzierungsrechts wird erwartet.