

10. Ausgaben und Finanzierung

10.1 Ausgewählte Schwerpunkte

10.1.1 Gesundheitsleistungen nach Sozialgesetzbuch XII, Bundesversorgungsgesetz-Kriegsopferfürsorge und Landespflegegeldgesetz

Neue Rechtsgrundlage für Gesundheits- und Pflegeleistungen nach Sozialgesetzbuch XII

Am 01.01.2005 vollzog sich die *Ablösung des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) durch das Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)* und somit änderte sich auch der Zuständigkeitsbereich für 270.585 Personen in Berlin, die dem Empfängerkreis des BSHG angehörten und mit der veränderten Sozialgesetzgebung mehrheitlich dem SGB II (Arbeitslosengeld II) zugeordnet wurden (vgl. Schwerpunkt 2.1.1). Den im SGB XII verbleibenden Empfängern und Empfängerinnen werden nach wie vor umfangreiche *Gesundheitsleistungen* gewährt.

Eine Darstellung der *Empfängerzahlen* kann an dieser Stelle nicht erfolgen, da die Datengrundlage seit Gesetzesänderung am 01.01.2005 bislang keine differenzierte Erfassung zulässt. Dies gilt insbesondere für die Hilfen zur Gesundheit bzw. Krankenhilfe für nicht krankenversicherte Sozialhilfeempfängerinnen und Sozialhilfeempfänger (einschließlich der Empfänger/innen von Grundsicherung gem. 4. Kapitel SGB XII) sowie Anspruchsberechtigte nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz. Mit Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) am 01.01.2004 änderte sich die Abrechnung für diesen Empfängerkreis (Erstattungen an Krankenkassen für Übernahme der Krankenhausbildung gemäß § 264 Abs. 2-7 SGB V, vgl. Basisbericht 2005, Schwerpunkt 10.1.2 (SenGesSozV 2006 a)); die Kosten werden seit 2005 in der neuen Struktur der Bundesstatistik separat ausgewiesen. Ausgenommen von dieser Regelung sind diejenigen nicht krankenversicherten Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger, die weniger als vier Wochen Hilfe zum Lebensunterhalt oder eingeschränkte Hilfe beziehen und daher Hilfen zur Gesundheit gem. 5. Kapitel SGB XII erhalten.

In diesem Zusammenhang veränderte sich auch die statistische Zuordnung und Darstellung der Ausgaben für Hilfen zur Gesundheit bzw. Krankenhilfe.

Infolge der veränderten Rechtsgrundlagen für die Ansprüche der Leistungsempfangenden, u. a. des oben erwähnten Wechsels eines Großteils der Empfänger und Empfängerinnen von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt nach BSHG ab dem 01.01.2005 in einen anderen Zuständigkeitsbereich, wurde der *Haushalt des Sozialhilfeträgers deutlich entlastet*. Die Sozialhilfeausgaben insgesamt gingen 2005 (SGB XII) gegenüber 2004 (BSHG) um 39,3 % (795 Mio. EUR) auf einen Stand von ca. 1,228 Milliarden EUR (31.12.2005) zurück. 2006 reduzierten sich die Ausgaben der Sozialhilfe nochmals um 5,3 Mio. EUR (-0,4 %) auf 1.223 Milliarden EUR.

Für im Rahmen der Sozialhilfe (BSHG) erbrachte Gesundheits- und Pflegeleistungen wurden im Jahr 2004 in Berlin 996,8 Mio. EUR aufgewandt. Wie bei den Sozialhilfeausgaben insgesamt war mit der neuen Sozialrechtsstruktur auch hier ein Rückgang zu verzeichnen, der jedoch in den Jahren 2005 und 2006 mit -9,8 % (97,4 Mio. EUR) und -0,5 % (4,3 Mio. EUR) wesentlich geringer ausfiel als bei den Sozialhilfeausgaben insgesamt, so dass diese Ausgaben 2006 ein Niveau von 895,0 Mio. EUR erreichten.

Ausgaben für Gesundheits- und Pflegeleistungen nach Sozialrechtsänderung um etwa 10 % gesunken

Diese unterschiedliche Entwicklung bewirkte eine deutliche Verschiebung der Relation von Gesundheits- und Pflegeausgaben zu Sozialhilfeausgaben insgesamt. Während die aufgeführten Gesundheits- und Pflegeleistungen im Jahr 2004 etwa die Hälfte (49,3 %) der Sozialhilfeausgaben ausmachten,

wurden in den Jahren 2005 und 2006 fast *drei Viertel (73,2 %)* des Gesamtvolumens für *Gesundheit und Pflege* aufgewandt. Hierbei sollte beachtet werden, das ab dem Jahr 2005 die Grundversicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in das SGB XII (4. Kapitel) eingegliedert wurde.

Lässt man die in den letzten Jahren wenig veränderten Ausgaben für Eingliederungshilfe für Behinderte und Hilfe zur Pflege außen vor und betrachtet nur die *von der Sozialrechtsänderung betroffenen Gesundheitsleistungen*, zeigen sich noch deutlich stärkere Auswirkungen der neuen Regelungen als bei den Sozialhilfeausgaben insgesamt: Mit 90,4 Mio. EUR gingen die Aufwendungen in diesem Bereich gegenüber 2004 um mehr als die Hälfte (-53,4 %) auf 78,8 Mio. im Jahr 2005 zurück. 2006 sanken die Kosten gegenüber dem Vorjahr um weitere 2,0 Mio. EUR (-2,6 %) (vgl. Abbildung 10.1).

Die Ausgabenentwicklung für Leistungen im Gesundheitsbereich 2006 lässt gegenüber 2005 eine rückläufige Tendenz erkennen:

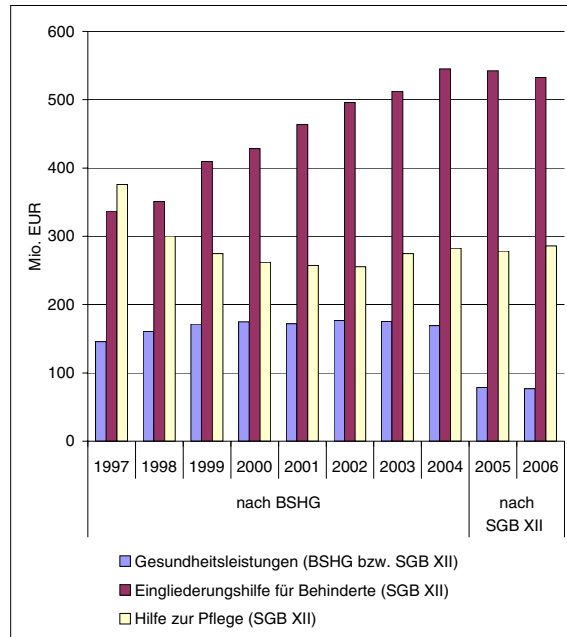
Die *nach dem 5. Kapitel SGB XII gewährten Hilfen zur Gesundheit* enthalten Leistungen wie vorbeugende Gesundheitshilfe, Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft, Hilfe bei Krankheit und Hilfe bei Sterilisation. Die dafür aufgewendeten Mittel machten 2005 und 2006 nur 0,7 % des Gesamtetats im Gesundheits- und Pflegebereich aus, sie beliefen sich 2006 auf 5,8 Mio. EUR. Das waren 12,3 % (820,4 Tsd. EUR) weniger als im Jahr zuvor, hauptsächlich bedingt dadurch, dass die Ausgaben für Hilfe bei Krankheit um ca. 949,3 Tsd. EUR auf knapp 4,0 Mio. EUR (-19,1 %) gesunken sind. Die Ausgaben für vorbeugende Gesundheitshilfe hingegen stiegen von 36,8 Tsd. im Jahr 2005 auf 58,0 Tsd. EUR im Jahr 2006 an und erreichten damit wieder das Niveau von 2004. Auch für Hilfe bei Sterilisation wurden 2006 mit 1,8 Mio. EUR höhere Kosten ausgewiesen (+113 Tsd. EUR bzw. 6,7 %) als im Jahr 2005.

Die Ausgaben für die *Erstattungen an Krankenkassen für die Übernahme der Krankenbehandlung gem. § 264 SGB V* lagen 2006 bei 70,9 Mio. EUR, d. h. sie waren mit einem Anteil von 7,9 % an den Gesundheits- und Pflegekosten beteiligt. Die Hilfearten mit den höchsten Ausgaben in diesem Bereich waren die nichtstationäre und die stationäre Krankenhilfe, wobei die nichtstationäre Krankenhilfe mit 35,2 Mio. EUR 2006 ein um 16,3 % höheres Ausgabenvolumen gegenüber dem Vorjahr aufwies, während die Aufwendungen für stationäre Krankenhilfe im gleichen Zeitraum um 7,2 % auf 29,3 Mio. EUR abnahmen. Der größte Rückgang, wenngleich auf vergleichsweise niedrigem Niveau, wurde mit einem Minus von 85,6 % für Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft registriert, deren Ausgaben von 173 Tsd. EUR 2005 auf 25 Tsd. EUR im Jahr 2006 sanken.

Die nach wie vor höchsten Beträge beanspruchten Leistungen für Eingliederungshilfe für Behinderte (6. Kapitel SGB XII) mit 532,5 Mio. EUR und für Hilfe zur Pflege (7. Kap. SGB XII) mit 285,8 Mio. EUR im Jahr 2006.

Bei den Ausgaben der *Eingliederungshilfe für Behinderte* sind im Jahr 2005 nur geringfügige Veränderungen (-0,5 %) in Bezug auf das Vorjahr festzustellen. Das setzt sich im Jahr 2006 mit einer Verringerung von etwa 1,8 % im Vergleich zu 2005 fort. Betrachtet man in der Eingliederungshilfe die

Abbildung 10.1:
Ausgaben für Gesundheits- und Pflegeleistungen nach BSHG bzw. SGB XII in Berlin 1997 - 2006



(Datenquelle und Darstellung: SenGesSozV - I A -)

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, so fällt auf, dass sich die dafür 2006 aufgewendeten Mittel von 3,3 Mio. EUR gegenüber 2005 fast verdoppelten und sich die Ausgaben für heilpädagogische Maßnahmen für Kinder um 14,0 % auf 2,8 Mio. EUR erhöhten.

Bei der *Hilfe zur Pflege* im Jahr 2005 sind nur geringfügige Veränderungen (-1,5 %) bei den Ausgaben in Bezug auf 2004 und eine Erhöhung um etwa 2,7 % im Jahr 2006 gegenüber 2005 festzustellen.

Die beiden Hilfearten Eingliederungshilfe für Behinderte und Hilfe zur Pflege nehmen zusammen über 90 % der vom Sozialhilfeträger aufgewendeten Mittel für die aufgeführten Gesundheits- und Pflegeleistungen in Anspruch. Die Hilfe zur Pflege war am Gesamtausgabenvolumen mit einem über die Jahre wenig veränderten Anteil von etwa 30 % beteiligt, 2006 waren es 31,9 %. Der Anteil der Ausgaben für Eingliederungshilfe für Behinderte dagegen stieg mit den Jahren kontinuierlich an, 2005 und 2006 noch einmal verstärkt durch die niedriger gewordenen Kosten im Gesundheitsbereich, und lag 2006 bei 59,5 %.

90 % des Gesundheits-/Pflegetats beanspruchen Eingliederungshilfe für Behinderte und Hilfe zur Pflege

Die Ausgaben der aufgeführten Gesundheits- und Pflegeleistungen nach Bundessozialhilfegesetz bzw. Sozialgesetzbuch sind für die einzelnen Hilfearten in Tabelle 10.2.4 nachzulesen.

Hilfe zur Pflege nach dem Bundesversorgungsgesetz-Kriegsopferfürsorge (BVG-KOF)¹

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 auf Grund 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.

Der KOF-Träger finanziert den von Pflegeversicherungsleistungen nicht abgedeckten Bedarf

Die Zahl der zu betreuenden Versorgungsberechtigten ist aufgrund der Alterstruktur der Leistungsberechtigten sowohl im Bereich der häuslichen Pflege als auch im Bereich der stationären Pflege rückläufig. Auch die gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung nachrangigen Leistungen der Krankenhilfe sind weiter rückläufig.

Insgesamt ist angesichts des hohen Lebensalters der Kriegsopferfürsorgeberechtigten in den kommenden Jahren mit einem starken Rückgang der Fallzahlen zu rechnen.

Die Entwicklung der Ausgaben für Krankenhilfe bzw. für Hilfe zur Pflege im Rahmen der KOF von 1995 bis 2006 ist Tabelle 10.2.5 zu entnehmen.

Gesundheitsleistungen nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfIGG)

Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 und der damit verbundenen Nachrangigkeit des Landespflegegeldgesetzes (LPfIGG) ist die *Zahl der Leistungsberechtigten* von etwa 20.000 auf inzwischen 9.042 Ende 2006 zurückgegangen.

Dennoch leisten die pauschalen Pflegegelder nach dem Landesgesetz nach wie vor einen wichtigen *Beitrag zum Ausgleich der finanziellen Mehraufwendungen, die blinde, hochgradig sehbehinderte*

¹ Einschließlich der entsprechenden Leistungen des übrigen sozialen Entschädigungsrechts.

und gehörlose Menschen im täglichen Leben aufgrund ihrer Behinderung haben. Die Leistungen werden daher nach wie vor einkommens- und vermögensunabhängig gewährt.

Die Pflegegelder unterstützen behinderte Menschen, ein selbstbestimmtes Leben führen zu können

Sie tragen wesentlich dazu bei, dass Betroffene trotz ihrer Behinderung nach Möglichkeit in ihrer Häuslichkeit verbleiben und ein selbstbestimmtes Leben führen können. Dem Grundsatz „*ambulant vor stationär*“ wird damit Rechnung getragen. In abgesenkter Höhe werden Pflegegelder zwar auch an Leistungsberechtigte in Einrichtungen gewährt. Das sind allerdings nur gut 844 Personen.

Bei Leistungsberechtigten, die in einer Häuslichkeit leben, sind gegebenenfalls die umfassenderen Leistungen der Pflegeversicherung zum Teil auf die Leistungsansprüche nach dem LPfIGG anzurechnen. Das liegt darin begründet, dass - wie die Pflegeversicherung - auch die Landesleistungen Aufwendungen für Pflege und Betreuung wie beispielsweise Haushaltsassistenzen abdecken, insoweit also Zweckgleichheit besteht. Die Anrechnung beträgt bei Pflegebedürftigkeit der Stufe I 60 v. H. der entsprechenden Geldleistung nach § 37 SGB XI, bei Pflegebedürftigkeit der Stufen II und III 40 v. H. der Geldleistung der Stufe II.

Die Entwicklung der Ausgabenkomponenten von 1991 bis 2006 zeigt Tabelle 10.2.6.

10.1.2 Krankenhausfinanzierung

Landesweit einheitliche Preise zur Erwirtschaftung der Krankenhausbetriebskosten ab 2010

Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser bleibt unverändert das Ziel des Bundes und der Länder. Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) werden die *Krankenhäuser dual finanziert*, d. h. die Investitionskosten aus den Länderhaushalten und die Betriebskosten von den Krankenkassen. Mit Einführung des Fallpauschalensystems (DRGs) wurde die Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser auf eine neue Grundlage gestellt. Mit Ausnahme der Psychiatrie und der Psychosomatik werden die Leistungen über kalkulierte Preise definiert. Zum Ende der bis 2009 andauernden Konvergenzphase zur Einführung der DRGs werden die Krankenhäuser ihre Betriebskosten über landesweit einheitliche Preise erwirtschaften.

Die Neuausrichtung des ordnungspolitischen Rahmens ab 2009 wird das Krankenhausfinanzierungssystem insgesamt - Betriebs- und Investitionskosten - weiterentwickeln. Die Neuausrichtung wird insbesondere dazu beitragen, die Qualität der Versorgung weiter zu erhöhen und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen zu verbessern. Das Landeskrankenhausgesetz (LKG) wird den neuen Entwicklungen anzupassen sein.

Die 2006 über den Berliner Landeshaushalt gewährten und 2007 zu gewährenden *Zuschüsse nach KHG/LKG* sind nach Trägerverbänden differenziert in Tabelle 10.2.7 dargestellt.

Der Ausweis des vom Land Berlin übernommenen Schuldendienstes betrifft die im Rahmen eines Darlehensprogramms *den Krankenhäusern zur Verfügung gestellte Kredite für Baumaßnahmen*. Der Schuldendienst wird bis 2015 geleistet. Er beträgt in den Jahren 2006 und 2007 jeweils 31 Mio. EUR.

Aufgrund von Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes erhält das Land noch bis zum Jahre 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 Krankenhausgesellschaft und den Berliner Krankenkassen/-verbänden.

Die Einführung der DRGs sowie die umfangreichen Reformen im Gesundheitsbereich verändern die Strukturen und Leistungsangebote der Krankenhäuser und werden zur Umgestaltung der Krankenhausfinanzierung führen.