

STUDIENBRIEF

GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN IN DEUTSCHLAND

afw Wirtschaftsakademie Bad Harzburg GmbH
Telefon +49 (0) 5322 9020-0,
Telefax: +49 (0) 5322 9020-40
Internet: <http://www.afwbadharzburg.de>
Email: bildung@afwbadharzburg.de

Copyright afw Wirtschaftsakademie Bad Harzburg GmbH

Alle Rechte vorbehalten. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der afw Wirtschaftsakademie unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.



FSC Umwelthinweis:

Dieses Skript wurde auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt. Das Papier erfüllt die Kriterien des Forest Steward Council (FSC), welches sich zum Ziel gesetzt hat, die Wälder der Erde umweltgerecht und nachhaltig zu nutzen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	5
2	Grundlagen der Sozialpolitik	7
2.1	Ziele der Sozialpolitik	7
2.2	Einkommensverteilung	8
2.3	Soziale Sicherung	13
2.4	Grundlagen des Sozialrechts	20
2.5	Subsidiarität und freie Träger	25
2.6	Versicherungspflicht	28
2.7	Soziale Gerechtigkeit und soziale Sicherheit	29
2.8	Zusammenfassung	31
2.9	Übungsaufgaben	32
3	Soziales Sicherungssystem in Deutschland	33
3.1	Bestandteile des Sozialbudgets	33
3.2	Das Gesamtsystem der sozialen Sicherung	34
3.2.1	Krankenversicherung	38
3.2.2	Unfallversicherung	44
3.2.3	Rentenversicherung	46
3.2.4	Pflegeversicherung	49
3.2.5	Arbeitsförderung	54
3.2.6	Vermögensbildung	59
3.2.7	Zusätzliche Altersvorsorge	60
3.2.8	Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	63
3.2.9	Soziale Entschädigung und Kriegssopferversorgung	65
3.2.10	Ausbildungsförderung	66
3.2.11	Kinder- und Jugendhilfe	67
3.2.12	Eltern und Kind	69
3.2.13	Das Elterngeld	69
3.2.14	Wohngeld	70
3.2.15	Hilfen für Behinderte	70
3.2.16	Sozialhilfe	71
3.3	Organisation der Träger sozialer Sicherung	72
3.3.1	Versicherungsträger	72
3.3.2	Einzelne Träger sozialer Sicherung	73
3.4	Zusammenfassung	74
3.5	Übungsaufgaben	76
4	Das Gesundheitssystem	78
4.1	Begriff, Ziele und Sektoren	78
4.2	Leistungserbringer	80
4.3	Das Krankenhaus	85
4.3.1	Entwicklungstrends	85
4.3.2	Grundlagen nach dem SGB V	87
4.3.3	Krankenhausfinanzierung	88
4.4	Einrichtungen nach dem Heimgesetz	91

4.5	Krankentransport und Rettungsdienst.....	99
4.6	Zusammenfassung.....	101
4.7	Übungsaufgaben.....	103
5	Lösungen zu den Übungsaufgaben.....	105
6	Stichwortverzeichnis	113
7	Literaturverzeichnis	115
8	Studienaufgabe Gesundheits- und Sozialwesen in Deutschland	117

4 Das Gesundheitssystem

4.1 Begriff, Ziele und Sektoren

Gesundheit (lat. sanitas) bedeutet nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

„das vollständige körperliche, geistig-seelische und soziale,

außerdem nach Ergänzung des Internationalen Arbeitsamtes (IAA) auch

das berufliche Wohlbefinden der Menschen.“

Diese Definition ist umstritten und hat eher politische Bedeutung. Gesundheit und Krankheit sind komplementäre Begriffe, zwischen denen es keine scharfe Grenze gibt.

Die Public Health (übersetzt "öffentliche Gesundheit"), die Wissenschaft von der Gesunderhaltung von Bevölkerungsgruppen, versteht Gesundheit und Krankheit nicht als statisch, sondern als ineinander übergehende Zustände.

Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist der WHO-Begriff ausdrücklich nicht als Maßstab gewählt. Hier kommt dem Krankheitsbild die Funktion zu, den Versicherungsfall zu definieren und die Leistungspflicht der Krankenversicherung auszulösen. Die Sozialgerichte definieren Krankheit im Sinne der GKV als einen regelwidrigen Körper- und Geisteszustand, der Behandlungsbedürftigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

Die **Ziele des Gesundheitssystems** wurden vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung durch folgende drei Säulen dargestellt:

1. Säule: Primär-Versorgung durch niedergelassene Ärzte

In Deutschland praktizieren rund 40.000 niedergelassene Ärzte. Sie stellen die ambulante Versorgung der Patienten sicher. Neben Allgemeinmedizinern (Hausärzten) betreiben auch viele Fachärzte ihre eigenen Praxen. So ist bereits in der Primär-Versorgung ein hoher Diagnostik-Standard sichergestellt. Die niedergelassenen Ärzte veranlassen bei Bedarf die Einweisung in Krankenhäuser der Akut-Versorgung.

2. Säule: Akut-Versorgung in Krankenhäusern

Die Bundesrepublik Deutschland verfügt über ca. 2.250 Krankenhäuser zur Akutversorgung. Diese hohe Anzahl von Kliniken stellt die flächendeckende Versorgung in allen Regionen Deutschlands sicher. Der größte Teil der Krankenhäuser ist auf die Grundversorgung der Patienten ausgerichtet. Weitere Kliniken sind als Kliniken der Maximalversorgung ausgelegt. Hier finden sich hochspezialisierte Fachabteilungen, die für die Behandlung komplexer Krankheitsbereiche notwendig sind.

Darüber hinaus werden in Universitäts-Kliniken in Deutschland Leistungen der Spitzenmedizin angeboten und alle Bereiche der medizinischen Forschung und Lehre abgedeckt.

3. Säule: Nachsorge/Rehabilitation

Ein weltweit einzigartiges Netz von über 1.000 Reha-Kliniken stellt die Nachsorge im Anschluss an die Akut-Versorgung sicher. In diesen Rehabilitations-Einrichtungen erlangen die Patienten die Fähigkeit zur Bewältigung ihres Alltags wieder.

Für Patienten, die auf Grund ihrer Erkrankung auch weiterhin mit Handicaps leben müssen, heißt das Behandlungsziel: Erlernen des Umgangs mit diesem Handicap, um ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen zu können.

Das Gesundheitssystem (Gesundheitswesen) ist ein Subsystem des gesamten sozialen Bereichs und wird unter dem Aspekt der unterschiedlichen Aufgabenverteilung in die **Sektoren** Prävention, Kuration, Rehabilitation sowie Forschung, Lehre und Ausbildung eingeteilt.

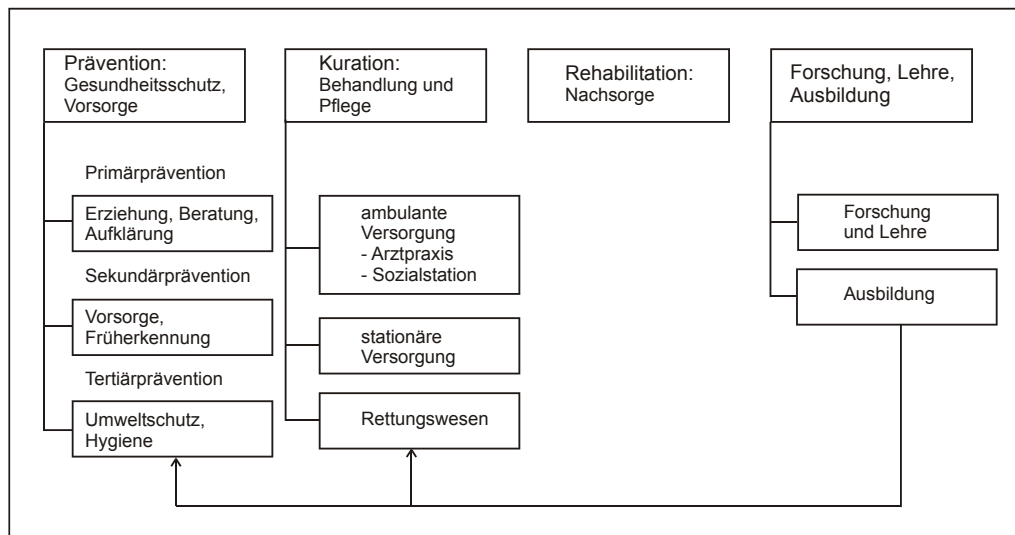


Abbildung 5: Sektoren des Gesundheitssystems

Die Prävention spielt bei den nationalen Gesundheitszielen eine herausragende Rolle. Weitere wichtige gesundheitspolitische Aspekte sind Stärkung der Eigenverantwortung und Selbsthilfe sowie der Stellung der Patienten. Im Rahmen des Projekts "Gesundheitsziele.de" haben bis 2010 mehr als 140 Organisationen des Gesundheits- und Sozialsystems einschließlich Patienten- und Sozialhilfeorganisationen im Konsens exemplarische Gesundheitsziele definiert.

Bis 2018 wurden Nationale Gesundheitsziele unter Mitwirkung von Bund, Ländern, gesetzlicher Kranken- und Rentenversicherung, privater Krankenversicherung, Ärzten und weiteren Leistungserbringern im Gesundheitswesen sowie Patientenvertretern und Selbsthilfegruppen beschlossen und teilweise bereits aktualisiert:

1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln (2003)
2. Blutkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen (2003; Teilaktualisierung 2011 und 2014)
3. Tabakkonsum reduzieren (2003, Aktualisierung 2015)
4. Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung,, Ernährung (2003; Aktualisierung 2010)
5. Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken (2003; Aktualisierung 2011)
6. Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln (2006)
7. Gesund älter werden (2012)
8. Alkoholkonsum reduzieren (2015)
9. Gesundheit rund um die Geburt (2017)

Die Gesundheitsziele bauen auf breiter fachlicher Expertise auf. Zu jedem Gesundheitsziel wurden Ziele, Teilziele und Empfehlungen für die konkrete Umsetzung erarbeitet.

4.2 Leistungserbringer

Mit diesem Sammelbegriff werden alle (natürlichen und juristischen) Personengruppen zusammengefasst, mit denen die Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten zusammenarbeiten, also von Vertrags(zahn)ärzten über Krankenhäuser und Apotheken bis zu den Rettungsdiensten. Um den Versicherten die Leistungen nach dem Sachleistungsprinzip zur Verfügung stellen zu können, schließen die Krankenkassen mit den Leistungserbringern Verträge. Alle Leistungserbringer müssen das Wirtschaftlichkeitsgebot beachten und sind zur Qualität und Humanität verpflichtet (§§ 69, 70 SGB V).

Die Angebotsseite des Gesundheitssystems setzt sich aus den Versorgungssystemen

- stationäre Versorgung,
- ambulante Versorgung,
- Arzneimittelversorgung,
- Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln,
- Krankentransport und Rettungsdienst

zusammen.

Im Bereich der stationären Versorgung werden, entsprechend der (obigen) sektoralen Aufteilung nach Prävention, Kuration und Rehabilitation, unterschieden:

- Vorsorgeeinrichtungen
- Krankenhäuser

- Rehabilitationseinrichtungen

Nach § 107 SGB V dienen **Vorsorgeeinrichtungen** der stationären Behandlung der Patienten, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen könnte, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (z. B. stationäre Mutter- bzw. Vater-Kind-Vorsorge im Rahmen des Müttergenesungswerks nach den §§ 24, 107 SGB).

Die stationäre kurative Behandlung erfolgt im **Krankenhaus**. Es handelt sich um Einrichtungen, in denen primär durch ärztliche und pflegerische Leistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird. Zu diesen Leistungen tritt noch die Verpflichtung, für Unterbringung und Verpflegung zu sorgen. Es sind folgende Formen der Krankenhausbehandlung vorgeschrieben:

- vollstationäre Behandlung
- teilstationäre Behandlung
- vor- und nachstationäre Behandlung
- ambulantes Operieren und andere ambulante Institutsleistungen

Gleichzeitig wird der Vorrang der teilstationären, der vor- und nachstationären und der ambulanten Behandlung vor der vollstationären Behandlung explizit verankert.

Rehabilitationseinrichtungen haben neben der Aufgabe, eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, primär die Funktion, im Anschluss an die Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen. Hierzu kommt u. a. das Ziel, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen bzw. sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Unter **ambulanter Versorgung** wird das medizinische Leistungsgeschehen verstanden, das nicht auf die Einrichtungen eines Krankenhauses angewiesen ist. Unter den vielfältig möglichen ambulanten Versorgungsformen dominiert in der Bundesrepublik die Versorgung durch den niedergelassenen Arzt. Darüber hinaus werden auch Krankenhausfachärzte sowie Universitätskliniken über Polikliniken und Krankenhäuser durch Institutionsverträge für ambulante Versorgungsaufgaben herangezogen.

Die ambulante Versorgung durch den niedergelassenen Arzt umfasst Leistungen, die von der Feststellung und Bestätigung der Gesundheit bis hin zur Veranlassung von Hilfeleistungen durch andere Gesundheitsberufe reichen können. Diese Leistungen werden überwiegend in der kassenärztlichen Einzelpraxis erbracht. Gemeinschaftspraxen haben eine wachsende Bedeutung. Zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung wirken Ärzte und Krankenkassen zusammen, das heißt, die Sicherstellung wird den Ärzten und Krankenkassen übertragen. Diese Zusammenarbeit entsteht durch den Abschluss von Verträgen zwischen den **kassenärztlichen Vereinigungen** und den Krankenkassenverbänden. Zu den Aufgaben der kassenärztlichen Vereini-

gung gehört weiterhin die Wahrnehmung der Rechte der Ärzte gegenüber den Kassen.

Im Einzelnen sind die kassenärztlichen Vereinigungen zuständig für

- die Wahrnehmung der Rechte gegenüber den Krankenkassen,
- die Einhaltung des Sicherstellungsauftrages (= bedarfsdeckendes Versorgungsangebot plus Notdienst),
- den Abschluss der Gesamtverträge, die mit den Krankenkassen und den Ersatzkassen zur Regelung der Vergütung auf der Grundlage eines einheitlichen Bewertungsmaßstabs geschlossen werden,
- die Prüfung der vertragsärztlichen Abrechnungen.

Die Mitgliedschaft in einer kassenärztlichen Vereinigung ist für jeden Arzt obligatorisch, der an der kassenärztlichen Versorgung teilnimmt. Es besteht also Pflichtmitgliedschaft.

Die kassenärztlichen (Landes-)Vereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Im Rahmen ihrer Selbstverwaltung werden die Organe Vertreterversammlung und hauptamtlicher Vorstand aus der Mitte der Kassenärzte bzw. aus der Mitte der Vertreterversammlung gewählt. Die Landesvereinigungen sind auf Bundesebene zur kassenärztlichen Bundesvereinigung zusammen gefasst. Ein analoger Aufbau liegt bei den Zahnärzten vor.

Neben der ärztlichen Behandlung im ambulanten Bereich erhalten die Versicherten auf Grund der gesetzlichen Vorschriften des SGB V **häusliche Krankenpflege** durch examiniertes Krankenpflegepersonal bzw. durch andere zur Krankenpflege geeignete Personen, wenn Krankenhauspflege zwar angezeigt, aber nicht durchführbar ist bzw. wenn durch häusliche Pflege ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann.

Folgendes Beispiel zeigt das System der ambulanten (kassenärztlichen) Versorgung:

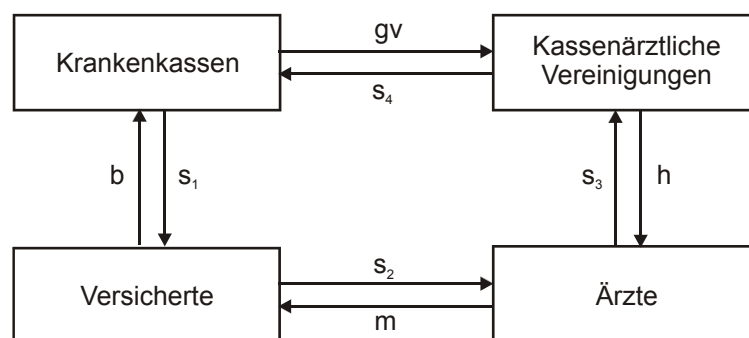


Abbildung 6: System der ambulanten Versorgung. Die Elemente in diesem System bilden eine in sich geschlossene Kette (b Beitrag; s₁, s₂, s₃, s₄ Krankenschein, m medizinische Leistung; h Honorar, gv Gesamtvergütung); HAUBROCK, 2017

Bei Eintritt des Krankheitsfalls geht der Versicherte mit seiner Gesundheitskarte zum Arzt. Auf Grund der Garantie, für diese Berechtigungskarte ein Hono-

rar zu bekommen, führt der Arzt die Behandlung durch (Sachleistungsprinzip). Es erfolgt somit auf einem "Quasi-Markt" ein Tausch zwischen Schein bzw. Karte und Leistung. Die entsprechenden Honorare bekommt der Arzt von der kassenärztlichen Vereinigung.

Das **System der privatärztlichen Versorgung** enthält drei Elemente, und zwar die Ärzte, den Versicherten und den Versicherer. Die Leistung des Arztes bezahlt der Versicherte (Marktbeziehung). Der Versicherer erstattet dem Versicherten ganz oder teilweise (Selbstbeteiligung). Dieses Verfahren heißt Kostenerstattungsverfahren. Für dieses Kostenerstattungsprinzip können sich auch Pflichtversicherte (für mindestens ein Jahr) entscheiden.

Beim **System der stationären Krankenversorgung** kommen die Parameter Krankenhaus und Landesregierung wie folgt hinzu:

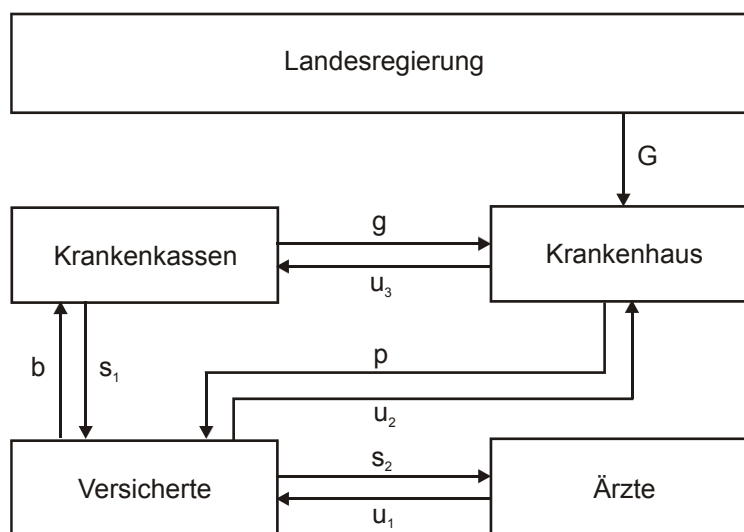


Abbildung 7: System der stationären Versorgung (b Beiträge; p Krankenhaus-(Pfle-)leistung; g Zahlung für das Krankenhaus-Budget (Pflugesätze); G Fördermittel der Länder; u_1 , u_2 Überweisung; s_1 , s_2 Krankenschein); HAUBROCK, 2017

Das System der stationären Versorgung ist inzwischen etwas aufgelockert worden. So ist im Rahmen von Disease-Management-Programmen und auch bei hochspezialisierten Leistungen die ambulante Behandlung im Krankenhaus erlaubt.

Im Zentrum der ambulanten Versorgung stehen neben den Ärzten natürlich noch Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Krankengymnasten, Masseur und Apotheker als Leistungserbringer.

Auch die **Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes** werden ambulant erbracht, und zwar vor Ort von über 400 Gesundheitsämtern. Die Leistungen beinhalten überwiegend kontrollierende, diagnostische und beratende, also keine therapeutischen Aufgaben, da das Behandlungsmonopol in Folge des Sicherstellungsauftrages bei den niedergelassenen Ärzten liegt. Das gilt im Prinzip auch für die betriebliche Gesundheitsversorgung, die ja ebenfalls ambulant erfolgt.

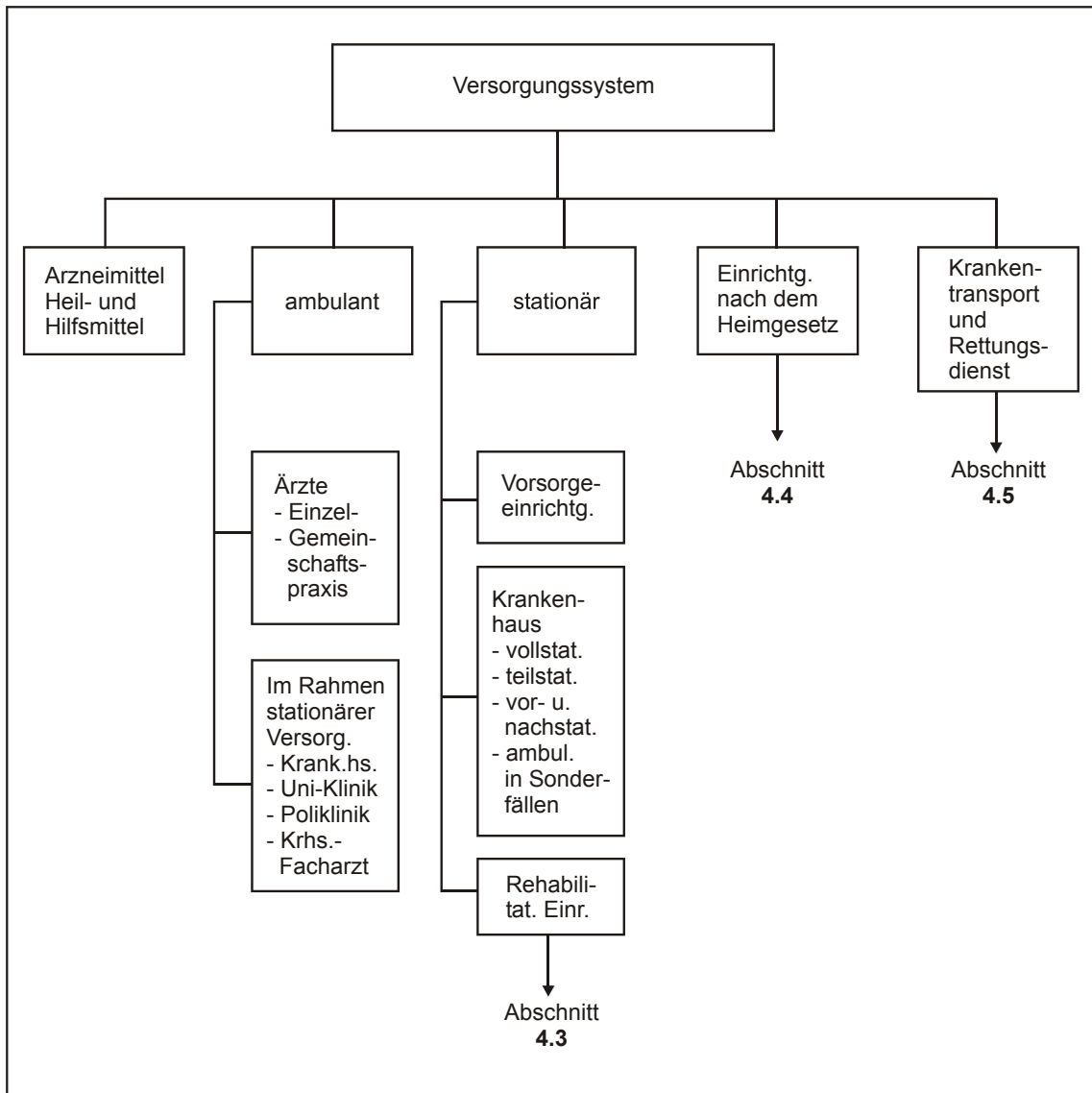
Im Einzelnen handelt es sich hier um die Anwendung von Gesetzen, die u. a. das Seuchen- und Hygienerecht, das Impfrecht, die Überwachung des Verkehrs mit Arznei- und Betäubungsmitteln, das Giftrecht, das Lebensmittelrecht, das Arbeits- und Strahlenschutzrecht sowie das Futtermittelrecht betreffen.

Neben den Krankenhäusern und den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gehören zum stationären Bereich noch die über 8000 **Pflegeeinrichtungen** sowie über 2700 Einrichtungen der Behindertenhilfe und psychiatrischen Langzeitbetreuung. Diese Einrichtungen werden von Wohlfahrtsverbänden, Kommunen und privaten Anbietern getragen. In ihnen werden fast 800 Tausend Personen betreut. In einem besonderen Abschnitt behandeln wir diese Einrichtungen in Verbindung mit dem Recht der Heime.

Zur Analyse von Austauschbeziehungen wird gelegentlich auch von **Akteuren im Gesundheitssystem** gesprochen. Das sind neben den aufgezeigten Leistungserbringern der Staat (Bund, Länder, Kommunen), die Sozialparteien sowie die Kassen und Kassenverbände. Dazu rechnet insbesondere auch die Pharma-Industrie als privatwirtschaftlicher Leistungserbringer. Die Steuerung der Gesundheitsversorgung erfolgt als Interessenausgleich der Akteure.

Die nachfolgende Abbildung wiederholt die wichtigsten **Elemente des Versorgungssystems**, auf die wir im notwendig begrenzten Umfang dieses Studienbriefs nicht vollständig eingehen können. Wir beschränken uns in den Folgeabschnitten auf die Bereiche

- **Krankenhaus** (im weitesten Sinne), auf
- Einrichtungen nach dem **Heimgesetz** sowie auf den
- **Krankentransport** und **Rettungsdienst**.



4.3 Das Krankenhaus

4.3.1 Entwicklungstrends

Seit einigen Jahren werden die Krankenhäuser in Deutschland mit erheblichen Veränderungen ihrer äußeren Rahmenbedingungen konfrontiert, die durch Dynamik und Komplexität gekennzeichnet sind.

Durch dieses dynamische Umfeld müssen sich die Krankenhäuser in ihrer Strategie in allen Unternehmensbereichen an die veränderten Rahmenbedingungen anpassen. Sie sind gezwungen, die geeignete Rechtsform auszuwählen, neue Formen für Führung und Organisation zu wählen, die Qualität ihrer Leistungen unter wachsendem Kostendruck zu sichern und unter dem einsetzenden Wettbewerb noch zu steigern.

Dieser Wandel der Rahmenbedingungen wird durch folgende Abbildung deutlich:

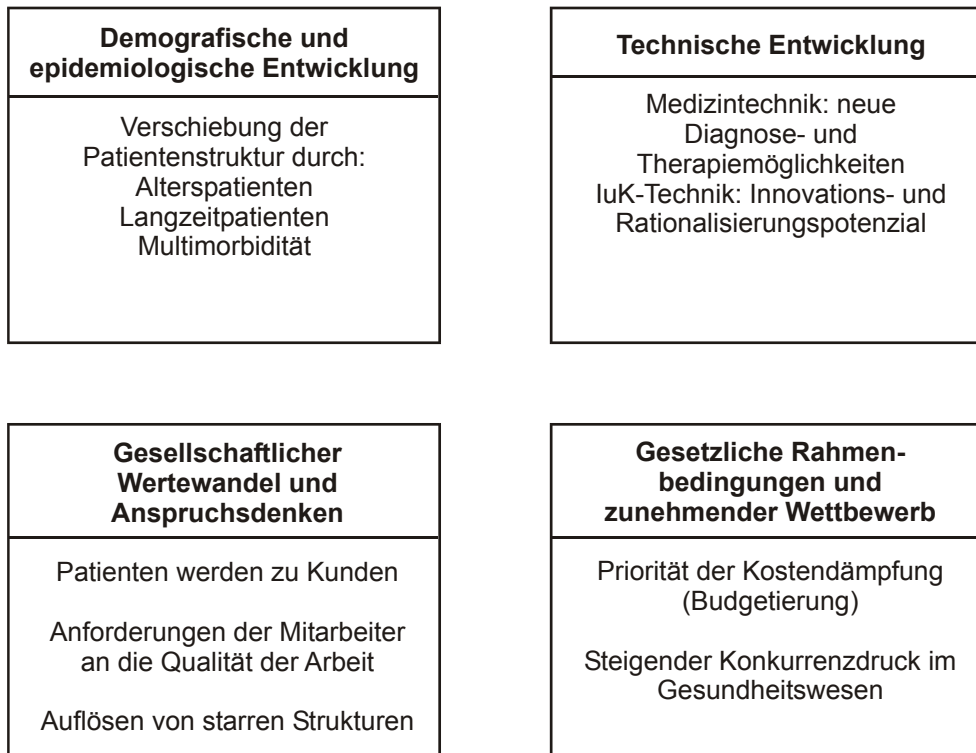


Abbildung 8: Wandel der Rahmenbedingungen von Krankenhäusern

Krankenhäuser treten immer mehr in einen Wettbewerb um die knappen Finanzmittel. Die eindeutig vorhandenen Überkapazitäten werden abgebaut, indem Bettenzahlen reduziert und auch komplette Krankenhäuser geschlossen oder von anderen Leistungserbringern übernommen werden. Fast täglich erleben wir diesen Prozess.

Durch diese Wettbewerbssituation verschiebt sich die Marktmacht zu Gunsten anderer Akteure, besonders der Krankenkassen, die als Leistungseinkäufer immer mehr Chancen nutzen, ökonomischen Druck auf die Krankenhäuser auszuüben. Insgesamt führt der zunehmende Konkurrenzdruck zu einem Verdrängungswettbewerb um Patienten und knappe Ressourcen. Im Studienbrief "Qualitätsmanagement" gehen wir hierauf ein, denn ohne ein funktionierendes Qualitätsmanagement ist ein Krankenhaus den Anforderungen der Zukunft nicht mehr gewachsen. Inzwischen werden Sie durch vorherige Studienbriefe zu den Themen Kommunikation, Motivation, Führungsorganisation, Recht und insbesondere durch den ersten Studienbegleitbrief einige wesentliche Hinweise zu den Herausforderungen für Krankenhäuser erhalten haben.

4.3.2 Grundlagen nach dem SGB V

Zur Wiederholung: Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gewährt ihre Leistungen in natura, es gilt grundsätzlich das **Sachleistungsprinzip**. Allerdings kann von den Patienten davon abweichend das Prinzip der **Kostenerstattung** gewählt werden.

Die **Einweisung** in das Krankenhaus erfolgt in der Regel durch den behandelnden Vertragsarzt, der das Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte der Krankenhäuser zu beachten hat. Daneben ist eine Aufnahme des Patienten auch unmittelbar durch das Krankenhaus möglich, wenn die Notwendigkeit einer stationären Behandlung besteht. Neben der ärztlichen Einweisung besteht ein eigenes, nicht nur auf Notfälle beschränktes Aufnahmerecht der Krankenhäuser.

Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär oder ambulant erbracht. Eine **vollstationäre** Behandlung wird nur gewährt, wenn das Behandlungsziel nicht auf andere Weise erreicht werden kann, die Behandlung also ausschließlich mit den Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt werden kann. Es gilt der Grundsatz der **Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit**.

Die Behandlung von Patienten der GKV darf nur durch **zugelassene** Krankenhäuser erbracht werden. Dies sind die Hochschulkliniken, die Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, sowie Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassenverbänden geschlossen haben. Hat der Patient Kostenerstattung gewählt, besteht die Möglichkeit, **nicht zugelassene** Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen, wenn dies vorher von der Krankenkasse genehmigt wurde. Diese Einschränkung gilt nicht für privat versicherte Patienten und Selbstzahler.

Die Krankenhausbehandlung umfasst alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung des Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung.

Die **ambulante Behandlung** ist, wie erwähnt, in einigen Fällen möglich (Disease-Management-Programme für bestimmte chronische Erkrankungen; seltene Erkrankungen, Behindertenhilfe, Öffnung bei Unterversorgung).

Die Krankenhausbehandlung erfolgt in der Regel durch beim Krankenhaus angestellte Ärzte. Daneben gibt es Belegärzte. Dies sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (**Belegpatienten**) im Krankenhaus vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Die Leistungen der Belegärzte werden nicht über die Krankenhausvergütung (Pflegesätze) abgegolten, sondern aus der **vertragsärztlichen Gesamtvergütung** vergütet.

Neben der stationären Versorgung haben Versicherte auch Anspruch auf Leistungen der medizinischen **Rehabilitation**. Diese dient der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und Vermeidung der Pflegebedürftigkeit. Durchgeführt wird diese Maßnahme in hierfür zugelassenen Rehabilitationshäusern.

Erforderlich ist der Abschluss eines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen zur Anschlussheilbehandlung.

Für die **Qualitätssicherung** im Gesundheitswesen ist ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut zuständig. Die Krankenhäuser sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet und müssen bei ungenügender Zielerreichung Vergütungsabschläge als Sanktion hinnehmen.

4.3.3 Krankenhausfinanzierung

Für die Finanzierung der Investition und Leistungen gelten zwei Rechtsgrundlagen:

Das **Krankenhausfinanzierungsgesetz** (KHG) hat den Zweck, Krankenhäuser wirtschaftlich zu sichern, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Die Krankenhäuser sollen dabei leistungsfähig sein und eigenverantwortlich wirtschaften.

Das **Krankenhausentgeltgesetz** regelt gemeinsam mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz die Vergütung der von Krankenhäusern erbrachten vollstationären und teilstationären Leistungen.

Auf dieser Grundlage bestehen für die Krankenhäuser im Wesentlichen zwei Einnahmequellen. Daher spricht man von der so genannten **dualen Finanzierung** der Krankenhäuser. Zu unterscheiden ist zwischen den Kosten für Investitionen und den laufenden Betriebskosten.

- Zum einen haben die Krankenhäuser Anspruch darauf, dass ihre notwendigen Investitionskosten (wie z. B. für Bauvorhaben, medizinische Geräte) von dem jeweiligen Bundesland übernommen werden (**Krankenhausförderung**).
- Dagegen werden die laufenden Betriebskosten (Personalkosten, Sachkosten wie z. B. Medikamente und Verbandsmaterial) von den Patienten bzw. von deren Krankenkassen finanziert. Hierfür bestehen detaillierte gesetzliche Vorgaben. Hier handelt es sich um die **Betriebskostenfinanzierung**, mit der wir uns jetzt beschäftigen.

Für die Abdeckung ihrer **Betriebskosten** (z. B. für Personal, Medikamente, Verpflegung, Heizung, Reinigung, Instandhaltung, usw.) **vereinbaren** die Krankenhäuser mit den gesetzlichen Krankenkassen nach gesetzlichen Regeln **jährlich die Gesamtsumme der Einnahmen ("Budget")**. Daraus werden die für die Behandlung im Einzelfall abzurechnenden **Vergütungen** ermittelt. Sie werden staatlich genehmigt und sind von allen (auch privat versicherten) Patienten zu entrichten.

Das Krankenhaus rechnet mit den gesetzlichen Krankenkassen direkt ab. Privat versicherte Patienten erhalten eine Rechnung, die sie selbst bezahlen und anschließend gegenüber ihrer Versicherung geltend machen.

Vergütungshöhe

Ab 2004 sind tagesgleiche Pflegesätze auf Psychiatrie und Psychosomatik beschränkt. In allen anderen Bereichen werden **Fallpauschalen entsprechend des Leistungsprinzips** abgerechnet. Für jeden Fall ermittelt ein Computerprogramm aus den Krankheitsdaten des Patienten die passende von über 1.300 Fallgruppen. Jede Fallgruppe wird mit einer eigenen – von der Aufenthaltsdauer unabhängigen – Pauschale vergütet.

Auf das Fallpauschalensystem (auch **Diagnosis Related Groups - DRG**) geeignet haben sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV). Kernelement der Vereinbarung ist der Fallpauschalen-Katalog mit verschiedenen abrechenbaren Fallpauschalen bzw. Krankheitsfällen.

Maßgebliche Definitionsgrundlage zur Bildung von DRG-Fallpauschalen sind medizinische Diagnosen-, Operationen- und Behandlungsschlüssel. Unterschiedliche Schweregrade der Erkrankung sowie Kriterien wie Alter und Geschlecht werden dabei berücksichtigt.

Weder Pflegesätze noch Fallpauschalen entsprechen allerdings den tatsächlich entstandenen **Behandlungskosten** im Einzelfall. Pflegesätze sind der auf jeden Behandlungstag entfallende Anteil der Gesamtkosten, Fallpauschalen nur der Durchschnitt der Behandlungskosten aller Fälle einer Fallgruppe. Die Kosten der Behandlung sind nicht gleichmäßig über die gesamte Behandlungsdauer verteilt. Ein Großteil fällt in den ersten Tagen an, insbesondere bei Operationen. Bei Pflegesätzen sind lange Verweildauern für die Krankenhäuser vorteilhaft, bei Fallpauschalen kurze.

Beispiel (gleiche Erkrankung, unterschiedliche Behandlungsdauer)

	Dauer	OP-Kosten	Pflege (150 € p. T.)	Erlöse Pflegesatz (350 € p. T.)	Erlöse Fallpauschale
Fall 1	3 Tage	1.200 €	450 €	1.050 €	2.700 €
Fall 2	20 Tage	1.200 €	3.000 €	7.000 €	2.700 €

Wahlleistungen (unabhängig vom Vergütungssystem)

Mit Pflegesätzen oder Fallpauschalen sind alle notwendigen Leistungen für den Patienten bezahlt. Wenn Patienten auch ohne medizinische Notwendigkeit vom **Chefarzt** behandelt (Wahlleistung Arzt) oder in einem **Ein- oder Zweibettzimmer** (Wahlleistung Unterkunft) untergebracht werden möchten, können sie das bei der Aufnahme mit dem Krankenhaus bzw. dem Chefarzt **extra vereinbaren**. Bei vereinbarter Wahlleistung Arzt rechnen auch alle vom Chefarzt beauftragten Ärzte ihre Leistungen einzeln ab (z. B. Röntgen, Labor). Das Krankenhaus muss die Wahlleistung Unterkunft auch ohne die Wahlleistung Arzt anbieten. Die meist erheblichen **zusätzlichen Kosten** für Wahlleistungen werden von der Gesetzlichen Krankenversicherung **nicht erstattet**.

Das deutsche DRG-System

Eine DRG – Diagnosis Related Groups – ist eine diagnosebezogene Fallgruppierung, die Patienten mit ähnlichen Kosten zusammenfasst. Eine DRG wird auch als Fallpauschale bezeichnet. Für 2019 sind insgesamt 1.318 DRGs für stationäre Krankenhausleistungen generiert worden. Dies sind 26 mehr als im Jahr 2018.

Die Zuordnung von ähnlich gewichteten Patientenfällen in eine Fallpauschale ist die Grundlage für das **pauschalisierende Abrechnungssystem**, bei dem stationäre Krankenhausbehandlungen über Pauschalen durch die Kostenträger vergütet werden.

Um eine **Zuordnung in eine Fallpauschale** vornehmen zu können, sind verschiedene fallabhängige Angaben in eine Groupersoftware einzugeben.

Diese sind u. a. die

- Hauptdiagnose (Diejenige, welche als die hauptsächliche für die stationäre Aufnahme identifiziert wurde – kann sich im Verlauf ändern, z. B. aufgrund von Laborergebnissen)
- Nebendiagnosen (alle im Behandlungsverlauf aufgetretenen Begleiterkrankungen, welche nachweislich einen Aufwand verursacht haben)
- Prozeduren (alle während des stationären Aufenthalts durchgeführten operativen und nicht operativen Prozeduren)

sowie Patientenalter, Beatmungsstunden, Aufnahmegewicht, Geschlecht etc.

Die Verschlüsselung der Hauptdiagnose und der Nebendiagnose erfolgt über ICD-10 Codes, während die Schlüssel für Operationen und Prozeduren im OPS Katalog zu finden sind. Die Regelwerke „ICD-10 und OPS Katalog“ werden jährlich durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) veröffentlicht. Sie sind eine wesentliche Grundlage zur Weiterentwicklung und Pflege der G-DRG Definitionshandbücher, welche durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ebenfalls jährlich neu aufgesetzt und veröffentlicht werden.

Die Detailinformationen aller DRGs werden im Fallpauschalenkatalog niedergeschrieben. Auch dieser wird jährlich durch das InEK aktualisiert und zusammen mit den G-DRG Definitionshandbüchern veröffentlicht.

Jede Fallpauschale wird in einem alphanumerischen Code angegeben und trägt immer vier Stellen. Die ersten drei Stellen der DRG bezeichnet man als Basis-DRG, welche neben der Organzuordnung (MDC) auch Rückschlüsse auf die Partition, also auf die Art der Behandlung gibt. Die vierte und letzte Stelle gibt den Ressourcenverbrauch an. Faktoren für den Ressourcenverbrauch sind PCCL, Alter, Verweildauer, Beatmung, Entlassungsgrund, Hauptdiagnose, Nebendiagnose oder die Prozedur. Hier gilt in der Regel - umso näher die Angabe des Buchstaben in Richtung „A“ geht, desto höher ist die Rückvergütung innerhalb dieser Basis-DRG Zuordnung. Eine Ausnahme bildet hier beispielweise die Basis DRG B17 (Auszug aus dem Fallpauschalenkatalog 2018).

B17B	O	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexem Eingriff oder ohne komplexen Eingriff, Alter < 16 Jahre	1,630
B17C	O	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, Alter < 19 Jahre oder mit schweren CC, Alter > 15 Jahre	1,863

Zur Berechnung der Erlöshöhe trägt jede Fallpauschale ein individuelles Relativgewicht. Das Relativgewicht ist ein Punktwert und ergibt multipliziert mit dem jeweils für ein Jahr gültigen Landesbasisfallwert, den entsprechend durch die Kostenträger an die Krankenhäuser zu zahlenden €-Wert für den Patientenfall an.

Weiterhin ist sie mit Verweildauergrenzen versehen, welche je nach Überschreitung oder Unterschreitung Zuschläge oder Abschläge für das Krankenhaus bedeuten. Die Einhaltung, der für jede Fallpauschale individuell definierten mittleren Verweildauer bedeutet i. d. R., dass der Fall wirtschaftlich war. Eine Überschreitung, z. B. aufgrund von Komplikationen, ist hingegen in den meisten Fällen als unwirtschaftlich anzusehen.

4.4 Einrichtungen nach dem Heimgesetz

Folgende Einrichtungen zählen zu den Heimen nach dem SGB sowie nach dem Heimgesetz (HeimG):

Ohne Einschränkungen:

- Altenheime
- Altenwohnheime
- Pflegeheime
- Behindertenheime
- Altenkrankenheime

Mit Einschränkungen:

- Hospize
- Kurzzeitpflegeheime
- Tages- und Nachpflegeeinrichtungen

HeimG in Einzelfällen anwendbar:

- Einrichtungen des betreuten Wohnens

Nach § 1 des HeimG sind

„Heime Einrichtungen, die dem Zweck dienen, ältere Menschen oder Pflegebedürftige oder behinderte Volljährige aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuung und Verpflegung zur Verfügung zu stellen oder vorzuhalten, und die in ihrem Bestand von Wechsel und Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner unabhängig sind und entgeltlich betrieben werden“.

Der **Zweck des Heimgesetzes** wird bei folgenden Punkten deutlich:

- die Würde sowie die Interessen und Bedürfnisse der Bewohner von Heimen vor Beeinträchtigungen zu schützen
- die Selbstständigkeit, die Selbstbestimmung und die Selbstverantwortung zu wahren und zu fördern
- die Einhaltung der dem Träger des Heims gegenüber den Bewohnern obliegenden Pflichten zu sichern
- die Mitwirkung der Bewohner zu sichern
- eine dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Qualität des Wohnens und der Betreuung zu sichern
- die Beratung in Heimangelegenheiten zu fördern
- die Zusammenarbeit der für die Durchführung des Heimgesetzes zuständigen Behörden mit den Trägern und deren Verbänden, den (Pflege-)Krankenkassen, dem medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie den Trägern der Sozialhilfe zu fördern

Die Heime unterliegen einer speziellen **Heimaufsicht**. Die Betreiber, die personelle und die bauliche Ausstattung eines Heimes müssen bestimmten **Anforderungen** entsprechen.

Bei stationärer Pflege übernimmt die **Pflegeversicherung** die pflegerischen Aufwendungen bis zu dem gesetzlich festgelegten Betrag, entsprechend differenziert nach der Pflegestufe. Ist der Versicherte nicht in der Lage, die Eigenleistung für die darüber hinaus gehenden Pflegekosten, Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für die gesondert berechneten Investitionskosten aus eigenen Mitteln zu bestreiten, müssen Unterhaltsverpflichtete bzw. ersatzweise der Sozialhilfeträger zahlen (siehe weitere Möglichkeiten unter Kapitel 3.2).

Zu den **Investitionskosten** zählen alle Maßnahmen, die dazu geeignet sind, die für den Heimbetrieb notwendigen Gebäude etc. herzustellen, anzuschaffen, in Stand zu halten usw. Die Kosten, die nicht von den Ländern übernommen werden, können den Heimbewohnern in Rechnung gestellt werden.

Der **Heimbeirat** ist das zentrale Mitwirkungsorgan. Durch ihn wirken die Bewohner in Angelegenheiten des Heimbetriebs wie Aufenthaltsbedingungen, Heimordnung, Verpflegung und Freizeitgestaltung sowie bei Qualitätsvereinbarungen mit. Der Beirat ist auch für Dritte, z. B. Angehörige, geöffnet.

Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, mit den Kostenträgern **Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen** abzuschließen als Grundlage für die Kalkulation der Entgelte.

Ein besonderes Thema greift die Goslarsche Zeitung vom 09. November 2018 bei einer Diskussion mit dem Bundesgesundheitsminister auf (hier ein Auszug):

„Herr Gesundheitsminister, seit Jahren warten Betroffene und Angehörige auf einen zuverlässigen Pflege-TÜV für Heime und ambulante Anbieter. Wann kommt er?

„Wir starten damit im Herbst kommenden Jahres. Dann stellen wir endlich das Bewertungssystem um und im Anschluss die Informationen über die Heime. Es kann nicht mehr darum gehen, wer am besten die Häkchen in der Dokumentation macht. Entscheidend ist, dass es den Pflegebedürftigen gut geht. Da müssen die Unterschiede zwischen den Angeboten deutlich werden. Ein TÜV, bei dem heute fast jedes Heim ein „sehr gut“ bekommt, verdient seinen Namen nicht. Das werden wir ändern.“

Der **Heimvertrag** regelt die Rechte und Pflichten aller Beteiligten während des Heimaufenthalts. Er regelt insbesondere die Erbringung der Leistungen im Rahmen der §§ 72, 75, 80a sowie 84 SGB XI.

Ein besonderes Thema in Verbindung mit der Vorsorge für das Alter ist die Selbstbestimmung bei **Nachlassen der eigenen Fähigkeiten**. Das gilt insbesondere für Erwachsene, die auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre eigenen Angelegenheiten nicht mehr erledigen können. Hier gilt das **Betreuungsgesetz**. Das Gericht kann eine Betreuung einrichten, d. h. dem zu Betreuenden wird für diejenigen Angelegenheiten, die er nicht mehr alleine regeln kann, ein Interessenvertreter, ein Betreuer, zur rechtlichen (nicht sozialen) Vertretung zur Seite gestellt.

Zur **Personalsituation** in Heimen ist festzustellen, dass der Bereich der Altenpflege allgemein als zukunftssträchtig angesehen werden kann. Die quantitativen und qualitativen Dimensionen der demografischen Entwicklung sind (wie wir gesehen haben) durch eine deutliche Zunahme des Anteils alter Menschen sowie innerhalb dieser Gruppe durch eine Zunahme der Hochaltrigen (= über 80-jährige) gekennzeichnet. Hiermit verbunden ist eine automatische Zunahme des Pflegebedarfs und somit der Nachfrage nach Arbeitskräften auf diesem Sektor. In einer Studie stellt das Deutsche Institut für angewandte Pflegewissenschaften fest, dass allein in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe bundesweit jährlich Tausende Pflegekräfte eingestellt werden müssen, um die Zunahme der Zahl der Heimbewohner zu bewältigen.

Abschließend erhalten Sie einen Auszug aus einem (Muster-)Heimvertrag mit pflegebedürftigen Bewohnern (der vollstationären Pflegegrade 1-5):

Heimvertrag

mit pflegebedürftigen Bewohnern,

die Leistungen der vollstationären Pflege der Pflegeversicherung nach § 43 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) in Anspruch nehmen, geschlossen.

I. Einleitung

Das Heim führt das Haus als Dienstleistungsbetrieb unter Wahrung der Würde der Heimbewohner. Vertrauensgrundlage für eine gute Zusammenarbeit ist eine sensible und an den Bedürfnissen der Bewohner orientierte Gestaltung der Pflege. Das Heim bemüht sich, dafür zu sorgen, dass die Heimbewohner im Geiste friedlicher Nachbarschaft und gegenseitiger Rücksichtnahme zusammenleben. Der Bewohner wird in diesem Sinne sein Leben in der Heimgemeinschaft führen und die Bemühungen des Heimes nach Kräften unterstützen.

Das Heim ist durch einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen gemäß §§ 72, 73 SGB XI zur Erbringung vollstationärer Pflegeleistungen zugelassen. Der Inhalt des Versorgungsvertrages, die Bestimmungen der Pflegesatz- und Entgeltvereinbarungen mit den Pflegekassen und den Sozialhilfeträgern sowie die Regelungen des Landesrahmenvertrages nach § 75 SGB XI sind für das Heim verbindlich und können vom Bewohner in der Einrichtung eingesehen werden.

Mit dem Ziel, eine bewohnergerechte Versorgung und Pflege zu gewährleisten, werden die nachfolgenden Rechte und Pflichten zwischen dem Heim und dem Bewohner vereinbart, der vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI in Anspruch nimmt.

Grundlage dieses Vertrages sind die schriftlichen Informationen, die dem Bewohner vor Vertragsschluss ausgehändigt wurden. Gegenüber diesem Informationsstand ergeben sich im Vertrag keine Änderungen.

II. Allgemeine Leistungsbeschreibung des Heimes

Die Leistungen orientieren sich vornehmlich an der Lebenssituation und den Bedürfnissen der Bewohner. Ziel ist es, den Bewohnern ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

III. Unterkunft und Verpflegung

§ 1 Unterkunft

§ 2 Wäscheversorgung & Reinigungsservice

§ 3 Verpflegungsleistungen des Heims

IV. Allgemeine Pflegeleistungen und zusätzliche Betreuung und Aktivierung nach § 43b SGB XI

§ 4 Allgemeine Pflegeleistungen

Das Heim erbringt im Rahmen der vollstationären Versorgung nach § 43 SGB XI Leistungen der Pflege einschließlich der Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege (allgemeine Pflegeleistungen).

§ 5 Leistungen der Pflege

(1) Für den Bewohner werden mit dem Ziel der Förderung der selbstständigen Lebensführung die im Einzelfall erforderlichen Hilfen bei Aktivitäten der Selbstversorgung und der Mobilität erbracht. Zu den Aktivitäten der Selbstversorgung zählen insbesondere die Körperpflege, das An- und Auskleiden, Essen und Trinken sowie die Darm- und Blasenentleerung. Zu den Aktivitäten der Mobilität zählen insbesondere der Positionswechsel im Bett, das Umsetzen und das Sich-Fortbewegen in der Einrichtung. Die Hilfen können in der Anleitung, Unterstützung, Beaufsichtigung oder der teilweisen oder vollständigen Übernahme einer solchen Aktivität bestehen.

(2) Näheres zum Inhalt der Leistungen der Pflege ergibt sich aus den leistungsbezogenen Regelungen des jeweils gültigen Landesrahmenvertrages gemäß § 75 SGB XI, siehe Anlage Nr. 1.

§ 6 Leistungen der medizinischen Behandlungspflege

(1) Die Einrichtung erbringt Leistungen der medizinischen Behandlungspflege durch das Pflegepersonal. Bei den Leistungen der medizinischen Behandlungspflege handelt es sich um pflegerische Maßnahmen im Zusammenhang mit ärztlicher Therapie und Diagnostik (z. B. Verbandswechsel, Wundversorgung, Einreibung, Medikamentengabe etc.), für deren Veranlassung und Anordnung der jeweils behandelnde Arzt des Bewohners zuständig ist. Die ärztlichen Leistungen sind nicht Gegenstand dieses Vertrages.

(2) Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege werden unter der Voraussetzung erbracht, dass

- sie vom behandelnden Arzt veranlasst wurden und im Einzelfall an das Pflegepersonal delegierbar sind,
- die persönliche Durchführung durch den behandelnden Arzt nicht erforderlich ist und
- der Bewohner mit der Durchführung der ärztlich angeordneten Maßnahmen durch Mitarbeiter des Heims einverstanden ist.

(3) Näheres zu den Leistungen der medizinischen Behandlungspflege ergibt sich aus den leistungsbezogenen Regelungen des jeweils gültigen Landesrahmenvertrages gemäß § 75 SGB XI, siehe Anlage Nr. 1.

(4) Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege als Bestandteil der nach dem SGB XI zu erbringenden pflegerischen Versorgung werden durch die Einrichtung erbracht und durch das Entgelt für allgemeine Pflegeleistungen abgegolten, sofern es sich nicht um Leistungen aufgrund eines besonders

hohen Versorgungsbedarfs im Sinne des § 37 Absatz 2 SGB V oder sonst um Leistungen wie etwa bei der Palliativversorgung nach § 37b SGB V handelt, für die auf der Grundlage einer gesonderten vertraglichen Vereinbarung Anspruch gegen die Krankenkasse besteht.

§ 7 Leistungen der Betreuung nach § 43 SGB XI

(1) Das Heim erbringt die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendigen Leistungen der Betreuung. Durch Leistungen der Betreuung soll der Hilfebedarf bei der persönlichen Lebensführung und bei der Gestaltung des Alltages ausgeglichen werden, soweit dies nicht durch das soziale Umfeld (z.B. Angehörige und Betreuer) geschehen kann. Das Heim unterstützt den Bewohner im Bedarfsfall bei Inanspruchnahme ärztlicher, therapeutischer oder rehabilitativer Maßnahmen auch außerhalb der Pflegeeinrichtung (z. B. durch die Planung eines Arztbesuches). Es fördert den Kontakt des Bewohners zu den ihm nahe stehenden Personen sowie seine soziale Integration. Das Heim bietet Unterstützung im Umgang mit Ämtern und Behörden an.

(2) Der Bewohner kann an Gemeinschaftsveranstaltungen des Heimes teilnehmen. Bei diesen handelt es sich um Veranstaltungen zur Förderung des Gemeinschaftslebens und Angebote zur Tagesgestaltung.

§ 8 Zusätzliche Betreuung und Aktivierung nach § 43b SGB XI

(1) Für pflegebedürftige Bewohner erbringt das Heim zusätzliche Leistungen der Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung nach § 7 hinausgehen.

(2) Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung sind Maßnahmen, die das Wohlbefinden, den physischen Zustand oder die psychische Stimmung der betreuten Menschen positiv beeinflussen können. Das zusätzliche Betreuungs- und Aktivierungsangebot umfasst die Motivation, Betreuung und Begleitung zum Beispiel bei folgenden Alltagsaktivitäten:

...

Das Heim wird die Auswahl der Angebote so vornehmen, dass dem Ziel der Aktivierung Rechnung getragen wird.

(3) Mit den Pflegekassen ist unabhängig vom Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI ein Vergütungszuschlag für diese zusätzlichen Leistungen in Höhe von 136,89 € mtl. vereinbart worden. Der Zuschlag wird vollständig von der Pflegekasse getragen. Im Falle der privaten Pflegeversicherung erstattet diese den Zuschlag, im Falle der Beihilfe- oder Heilfürsorgeberechtigung jedoch nur anteilig im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes.

V. Zusatzleistungen und betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen

§ 9 Zusatzleistungen

Das Heim und der Bewohner können über das Maß des Notwendigen hinausgehende zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung gegen Entgelt als Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI gesondert schriftlich vereinbaren.

§ 10 Betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen

Der Betrieb eines Heims erfordert Investitionsaufwendungen. Dies sind insbesondere die Kosten der Anschaffung oder der Pacht bzw. Miete des Gebäudes, der Außenanlagen, der technischen Anlagen und der Ausstattung der Einrichtung unter Einschluss der Kapitalkosten, die Kosten der Instandhaltung sowie Miete, Pacht oder Erbbauzinsen für das Grundstück.

Die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen kann das Heim den Bewohnern nach § 82 Absatz 4 SGB XI gesondert berechnen.

VI. Entgelte

§ 11 Entgelte für die einzelnen Leistungen

(1) Die Entgelte für Unterkunft, Verpflegung und allgemeine Pflegeleistungen werden in den Vereinbarungen zwischen den Pflegekassen, den Sozialhilfeträgern und dem Heim nach §§ 85, 87 SGB XI festgelegt. Bei Änderung der Vergütungsvereinbarungen haben sowohl der Bewohner wie auch das Heim Anspruch auf Anpassung dieses Vertrages nach Maßgabe des § 15.

(2) Das Entgelt für **Unterkunft** beträgt **10,40 € tgl.**

(3) Das Entgelt für **Verpflegung** beträgt **8,50 € tgl.** Nimmt der Bewohner aufgrund seines Gesundheitszustandes, von der gelegentlichen Verabreichung von Getränken abgesehen, ausschließlich Sondenkost zu sich, deren Kosten von der Krankenkasse bzw. privaten Krankenversicherung getragen werden, so gilt ein ersparter Verpflegungsaufwand in Höhe von 25 % täglich vermindertes Entgelt ab dem Zeitpunkt des Beginns der ausschließlichen Versorgung mit Sondenkost.

(4) Das Entgelt für die allgemeinen Pflegeleistungen (Pfleagesatz) richtet sich nach dem Versorgungsaufwand, den der Bewohner nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt. Die Pflegesätze sind entsprechend den fünf Pflegegraden eingeteilt.

Der Pflegesatz beträgt

- in Pflegegrad 1 21,11 € tgl.
- in Pflegegrad 2 27,06 € tgl.
- in Pflegegrad 3 43,24 € tgl.
- in Pflegegrad 4 60,10 € tgl.
- in Pflegegrad 5 67,66 € tgl.

Das Entgelt für die **Ausbildungsumlage** gemäß § 82a SGB XI beträgt **1,12 € tgl.**

§ 12 Gesamtentgelt

(1) Das Gesamtentgelt setzt sich aus den einzelnen Entgeltbestandteilen nach § 11 und bei privat Pflegeversicherten dem Vergütungszuschlag für zusätzli-

che Leistungen der Betreuung und Aktivierung nach § 8 zusammen. Es beträgt derzeit

- in Pflegegrad 1 1.736,38 € mtl.
- in Pflegegrad 2 1.917,38 € mtl.
- in Pflegegrad 3 2.409,57 € mtl.
- in Pflegegrad 4 2.922,45 € mtl.
- in Pflegegrad 5 3.152,43 € mtl.

§17 Haftung

(1) Das Heim haftet gegenüber dem Bewohner im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften, insbesondere für einwandfreie und verkehrssichere Beschaffenheit aller Einrichtungen des Heims sowie für einwandfreie Leistungen aus diesem Vertrag. Das Heim haftet nicht für Fälle höherer Gewalt, insbesondere wenn dadurch die Versorgung und Pflege des Bewohners nicht oder nur teilweise gewährleistet werden kann.

(2) Bei Verlust oder Beschädigung von den vom Bewohner eingebrachten Sachen, übernimmt das Heim keine Haftung, es sei denn, dem Heim oder den Mitarbeitern ist Vorsatz oder grob fahrlässiges Verhalten nachzuweisen.

(3) Der Bewohner haftet im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften, insbesondere für alle von ihm schuldhaft verursachten Sach- und Personenschäden im Heim. Es wird dem Bewohner empfohlen, eine entsprechende Haftpflichtversicherung abzuschließen. Hinsichtlich der vom Bewohner eingebrachten Gegenstände wird außerdem der Abschluss einer Hausratversicherung empfohlen.

VIII. Vertragsdauer, Beendigung

§ 18 Vertragsdauer/Kündigung durch den Bewohner

(1) Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

§ 19 Kündigung durch das Heim

(1) Das Heim kann diesen Vertrag nur aus wichtigem Grund kündigen. Die Kündigung bedarf der Schriftform und ist zu begründen.

4.5 Krankentransport und Rettungsdienst

Informationen zum Rettungsdienst

Der Rettungsdienst ist eine Einrichtung der Stadt Köln, in der die Berufsfeuerwehr gemeinsam mit fünf Leistungserbringern rund um die Uhr Rettungs- und Notarztwagen vorhalten und sofort bei Eingang des Telefon-Notrufes 112 ausrücken.

Integrierte Leitstelle Augsburg

Die Integrierte Leitstelle Augsburg (ILS) ist der Ansprechpartner für alle Hilfeersuchen der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr und umfasst die Bereiche Feuerwehralarmierung, Rettungsdienst und Katastrophenschutz. Sie ist außerdem Meldekopf für die Stadt Augsburg.

Das Einsatzgebiet erstreckt sich auf die Stadt Augsburg und die Landkreise Augsburg, Aichach-Friedberg, Dillingen und Donau-Ries.

Die Integrierte Leitstelle steht rund um die Uhr für die 910.000 Einwohner zur Verfügung.

Die Integrierte Leitstelle Augsburg ist mit modernster Technik und neuester Informations- und Kommunikationstechnologie ausgestattet. Sie verfügt über 12 Einsatzleitplätze und einen Masterleitplatz. Für hohes Notrufaufkommen bei beispielsweise Großschadens- oder Unwetterlagen sind 10 Ausnahmeabfrageplätze Bestandteil in der ILS.

Nach dem Beschluss des Zweckverbandes für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung (ZRF) wurde der Auftrag zur Errichtung und zum Betrieb der Integrierten Leitstelle für den Rettungsdienstbereich Augsburg der Stadt Augsburg erteilt. Seit Oktober 2008 betreibt das Amt für Brand- und Katastrophenschutz die ILS Augsburg am Standort der Feuerwache 1 an der Berliner Allee.

Unser Auftrag

Der "DRK-Rettungsdienst Celle" stellt im Rahmen seiner Beauftragung (gemäß § 5 Niedersächsisches Rettungsdienstgesetz) durch den Träger des Rettungsdienstes - Landkreis Celle - dauerhaft sicher, dass die in einem Bedarfsplan definierte Anzahl an Rettungsmitteln einsatzbereit vorgehalten werden.

Der DRK-Rettungsdienst bringt "Hilfe" in kürzester Zeit und so umfangreich wie notwendig an den Notfallort. Hier entscheidet ein Rettungsteam selbstständig und eigenverantwortlich über die erforderlichen Maßnahmen.

Patienten und ggf. Angehörige werden informiert, betreut, medizinisch versorgt und wenn nötig einer geeigneten Behandlungseinrichtung zugeführt. Die Maßnahmen erfolgen sowohl vor als auch nötigenfalls während der Beförderung in einem Rettungsmittel.

Der Rettungsdienst stellt die bedarfs- und fachgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der **Notfallrettung** und des **Krankentransports** sicher. Er umfasst grundsätzlich den Rettungsdienst zu Lande, zu Wasser und in der Luft.

Das Rettungswesen ist nach dem Grundgesetz **Länderkompetenz** und eine **öffentliche Aufgabe** im Bereich lebensrettender **Gefahrenabwehr**. Es umfasst die Notfallmeldung und Maßnahmen der Ersten Hilfe ebenso wie die Organisation und die Durchführung des Rettungsdienstes.

Jedes einzelne Land hat ein entsprechendes Rettungsdienstgesetz erlassen. Für das Land Niedersachsen gilt zum Beispiel das Niedersächsische Rettungsdienstgesetz aus dem Jahre 1992. Die festgelegten Aufgaben sind überall ähnlich formuliert, in Schleswig-Holstein ohne den Begriff "Bergrettung", obwohl auch dieses Land mit dem Bungsberg eine 168 m hohe Landmarke als öffentliches Skigebiet mit einem Schlepplift besitzt.

In Berlin hat der Senat die Aufgaben so beschrieben:

- Aufgabe der Notfallrettung ist es, das Leben oder die Gesundheit von Notfallpatienten zu erhalten, sie transportfähig zu machen und sie unter fachgerechter Betreuung in eine für die weitere Versorgung geeignete Einrichtung zu befördern. Notfallpatienten sind Personen, die sich in einem lebensbedrohlichen Zustand befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht umgehend geeignete medizinische Hilfe erhalten.
- Aufgabe des Krankentransportes ist es, kranken, verletzten oder sonst hilfebedürftigen Personen, die nicht Notfallpatienten sind, Hilfe zu leisten und sie unter fachgerechter Betreuung zu befördern.
- Die Notfallrettung und der Krankentransport werden organisatorisch voneinander getrennt wahrgenommen. Die Notfallrettung hat Vorrang vor dem Krankentransport.

Zuständig bzw. Beauftragte ist die Berliner Feuerwehr. Sie kann in Katastrophenfällen gemeinsame Arbeit leisten mit dem Technischen Hilfswerk und den Organisationen ASB, DRK, JUH, MHD sowie der Deutschen-Lebensrettungs-Gesellschaft DLRG.

Gut 80 Prozent des Rettungsdienstes in Bayern werden durch die haupt-, ehren- und nebenamtlichen Mitarbeiter des Bayerischen Roten Kreuzes (BRK) sichergestellt. Zur Koordination der Einsätze sind in Bayern 26 Leitstellen eingerichtet. Acht der 26 Leitstellen werden durch das BRK betrieben.

Im Einzelnen gibt es in den Ländern etwa folgende Regelungen:

- Träger des Rettungsdienstes sind die Kreise und kreisfreien Städte. Sie nehmen den Rettungsdienst unter Beachtung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit als Selbstverwaltungsaufgaben (im Gegensatz zu Auftragsangelegenheiten "von oben") wahr.
- Die Träger können die Durchführung der Aufgaben auf Hilfsorganisationen (wie genannt) übertragen. Die Übertragung und die Finanzverantwortung sind durch Vertrag zu regeln.
- Die Träger haben in ihrem Rettungsdienstbereich eine Rettungsleitstelle und Rettungswachen einzurichten. In den Rettungswachen bzw. im Krankenhaus hält sich ggfs. auch ein Notarzt bereit. Grundsätzlich stehen Rettungsassistenten zur Verfügung. Auf Grund der Notfallmeldung entscheidet der Leitstellendisponent anhand eines Kriterienkatalogs, ob zur Versorgung ein Notarzt erforderlich ist bzw. wird dieser durch das Rettungsdienstfachpersonal nachgefordert.
- Die Träger haben eine technische Einsatzleitung einzurichten, die für die Bewältigung größerer Notfalleignisse Vorsorge trifft und die im Ernstfall die Maßnahmen koordiniert. Bei besonderen Großschadenereignissen mit einem Massenansturm von Verletzten gibt es die Möglichkeit einer zivilmilitärischen Zusammenarbeit, die als das "Mendiger-Modell" bekannt wurde. Hiernach können Heeresflieger der Bundeswehr mit dem großräumigen Transporthubschrauber des Typs Sikorsky oder Flächenflugzeugen materiell und personell unterstützen.
- Die Träger tragen die Kosten für Rettungsdienst und Krankentransport. Sie erheben z. B. in Schleswig-Holstein Gebühren nach dem Kommunalabgabengesetz. Die entsprechende Gebührensatzung wird mit den Krankenkassen abgestimmt, die in der Regel Kosten, Behandlungen und Transport übernimmt. An Stelle Gebühren können auch privatrechtliche Entgelte auf Grund einer Vereinbarung mit den Kostenträgern erhoben werden. Rechtsgrundlage ist § 133 SGB V (Versorgung mit Krankentransportleistungen).

4.6 Zusammenfassung

Die Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Die wichtigsten Ziele des Gesundheitssystems erstrecken sich auf die Primärversorgung durch niedergelassene Ärzte, auf die Akut-Versorgung in Krankenhäusern und auf die Nachsorge bzw. Rehabilitation.

Das Gesundheitssystem als Subsystem des sozialen Bereichs ist in die Sektoren Prävention, Kuration, Nachsorge und Forschung, Lehre, Ausbildung eingeteilt.

Leistungsträger sind diejenigen, die mit den Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten zusammenarbeiten.

Zum Versorgungssystem gehören insbesondere die Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, die ambulante und stationäre Versorgung, die Einrichtungen nach dem Heimgesetz sowie der Krankentransport und Rettungsdienst.

Die Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes werden hauptsächlich von den Gesundheitsämtern erbracht.

Bei der dualen Finanzierung der Krankenhäuser unterscheiden wir zwischen der Krankenhausförderung (des Investitionsbedarfs) und der Betriebskostenfinanzierung, die auf tagesgleiche Pflegesätze sowie auf Fallpauschalen beruht. Mit Pflegesätzen und Fallpauschalen sind fast alle Leistungen für den Patienten bezahlt.

Die Planung der Krankenhäuser einschließlich der Finanzierung der Investitionen steht in der Verantwortung der Bundesländer.

Krankenhausbehandlungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen dürfen nur in zugelassenen Krankenhäusern erbracht werden. Die Zulassung erfolgt per Versorgungsvertrag, der zwischen den Krankenkassen und den Krankenhausträgern abgeschlossen wird.

Das Heimgesetz ist – neben einzelnen Vorschriften des SGB – das Grundgesetz für verschiedene Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen. Im Einzelnen wird im Text auf Behandlungspflege, Heimbeirat, Investitionen, Leistungs- und Qualitätsvereinbarung, medizinischen Dienst, Pflegebedürftigkeit und Finanzierung eingegangen.

Die Länder regeln auf Grund ihrer Befugnis den Rettungsdienst und die Krankenförderung. Es handelt sich um eine öffentliche Aufgabe im Bereich lebensrettender Gefahrenabwehr. Träger sind in der Regel die Kreise und die kreisfreien Städte.

4.7 Übungsaufgaben

1. Erklären Sie kurz den Begriff "Prävention".
2. Was meinen Sie, weshalb gibt es den Begriff „Kur“ eigentlich nicht?
3. Mit einem bestimmten Sammelbegriff werden alle Personengruppen zusammengefasst, mit denen die Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten zusammenarbeiten. Wie lautet der Begriff?
4. Wozu sind die Leistungsbringer ganz besonders verpflichtet?
5. Von herausragender Bedeutung ist der Begriff "Wirtschaftlichkeit" (Effizienz). Allgemein ist sie der Ausdruck dafür, inwieweit eine Tätigkeit dem Wirtschaftlichkeitsprinzip genügt. Sie ist das Maß für die Einhaltung des ökonomischen Prinzips als Minimalprinzip, wenn ein bestimmter Erfolg mit geringsten Mitteln zu erreichen ist, und als Maximalprinzip, wenn mit gegebenen Mitteln ein größtmöglicher Erfolg zu erzielen ist.

$$\text{Ertrags - Wirtschaftlichkeit} = \frac{\text{Ertrag}}{\text{Aufwand}}$$
$$\text{Kosten - Wirtschaftlichkeit} = \frac{\text{Leistungen}}{\text{Kosten}}$$

Als Relation von Soll- und Istgrößen:

$$\text{Wirtschaftlichkeit} = \frac{\text{Sollkosten}}{\text{Istkosten}}$$

Was meinen Sie, welche Bedeutung hat der Begriff im Gesundheitswesen? Dort finden wir ihn im Wort "Wirtschaftlichkeitsgebot". Fündig werden Sie beim Lesen der §§ 12, 70, 72, 106 SGB V.

6. Ob es wohl eine Beaufsichtigung der kassenärztlichen Vereinigung gibt? Wer wäre dafür zuständig?
7. Nennen Sie die vier wichtigsten Versicherungsprinzipien in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung.
8. Welche Aufgaben hat ein Gesundheitsamt?
9. Wie würden Sie mit einem Satz die Frage beantworten, welche Krankenhäuser mit großer Wahrscheinlichkeit auf Dauer bestehen bleiben?
10. Um wen handelt es sich im folgenden Text? Füllen Sie die gepunkteten Stellen aus:

Der _____ ist ein nicht am Krankenhaus angestellter Vertragsarzt, der berechtigt ist, seine Patienten stationär oder teilstationär zu behandeln. Der _____ kann hierfür die Infrastruktur (Dienste, Einrichtungen und Mittel) des Krankenhauses nutzen, erhält aber keine Vergütung durch das Krankenhaus. Voraussetzungen für die Arbeit als _____ sind zum einen die Gestattung durch das Kranken-

haus, zum anderen die Anerkennung durch die kassenärztlichen Vereinigungen. Der _____ rechnet seine Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab zu Lasten der Gesamtvergütung ab. Seit 2005 werden für die betroffenen Patienten gesonderte Fallpauschalen und Zusatzentgelte vereinbart. Das _____ arztwesen dient der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung.

11. Im Text erscheint der Begriff "Krankenhausförderung". Was meinen Sie, welches Ziel ist mit dieser Planung verbunden?
12. Müssen die Kassen für einen Klinikaufenthalt aufkommen?
13. Erfahrungen haben gezeigt, dass die Krankenhäuser immer häufiger ein Eigeninteresse daran haben, die Patienten möglichst schnell wieder nach Hause oder in eine Reha-Klinik zu schicken. Woher kommt das?
14. Die Krankenhäuser müssen ihre Fallzahlen von Operationen veröffentlichen, die sie durchführen. Weshalb ist das für jeden von uns interessant?
15. Dürfen Kassenpatienten grundsätzlich alle Kliniken in Deutschland wählen oder sich dort einweisen lassen?
16. Haben die Arbeitnehmer für die Dauer einer "Kur" einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung?
17. Was meinen Sie, welche Verfahren der Psychotherapie hat der Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen zugelassen?
18. Müssen sich Ärzte fortbilden?
19. Weshalb wurde die Psychiatrie nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen?
20. In der Krankenversicherung spielt der Begriff der "Transparenz" eine große Rolle. Was bedeutet er?
21. Sie haben einige Hinweise zum Betreuungsgesetz erhalten. Hängt das irgendwie mit dem Begriff der "Entmündigung" zusammen?
22. Suchen Sie bitte in § 60 SGB V die Vorschrift über die Kosten des Krankentransports bzw. einer Rettungsfahrt.
23. Was könnte das Subsidiaritätsprinzip mit dem Rettungsdienst zu tun haben?
24. Auf Grund der Ausführungen im Studienbrief "Handlungs- und Führungsverantwortung" können Sie sich ein Bild von der Zusammenarbeit Arzt-Rettungsassistent bzw. Rettungsassistenten machen (Führungs- und Handlungsverantwortung). Beschreiben Sie kurz die notwendige Kooperation bzw. Koordination.