

BERLIN – INTERN

## DER INFOBRIEF

Landesgruppe Brandenburg  
der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag

### Mitglieder:

Michael Stübgen, MdB (Vorsitzender)  
Jens Koeppen, MdB (Stellvertretender Vorsitzender)  
Uwe Feiler, MdB  
Hans-Georg von der Marwitz, MdB  
Martin Patzelt, MdB  
Jana Schimke, MdB  
Dr. Klaus-Peter Schulze, MdB  
Sebastian Steineke, MdB  
Dr. Dietlind Tiemann, MdB

**Nr. 45 / 2018 (09. November 2018)**

### Inhaltsverzeichnis:

1. Vorwort des Vorsitzenden
2. Der 9. November - ein komplexer Erinnerungstag der deutschen Geschichte
3. Jahresgutachten Sachverständigenrat 2018/19
4. Sofortprogramm Pflege
5. Kurz notiert

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Freunde,

aus Anlass des für die Geschichte Deutschlands bedeutsamen und vielschichtigen Tages trat der Deutsche Bundestag am heutigen 9. November zu einer Gedenkstunde zusammen. Erinnert wird an die Ausrufung der ersten deutschen Republik vor 100 Jahren, aber auch an die organisierte Gewalt gegen die Juden bei der sog. Reichspogromnacht am 9. November 1938. Auch an einem 9. November kam es zu der friedlichen Öffnung der Berliner Mauer im Jahr 1989, die den Weg zur Wiedervereinigung Deutschlands eingeleitet hat. Die Gedenkrede zum Schicksalstag der Deutschen hielt heute Bundespräsident Dr. Frank-Walter Steinmeier.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung überreichte in dieser Woche das Jahresgutachten 2018/19 an die Bundesregierung. Prognostiziert wird ein Wirtschaftswachstum in diesem Jahr von 1,6 Prozent. Für das kommende Jahr rechnen die Experten mit einer Wachstumsrate von 1,5 Prozent. Es stehen keineswegs die Zeichen auf Rezession, wohl aber nehme das Wachstums-Tempo ab.

Ihr



Michael Stübgen, MdB  
Landesgruppenvorsitzender

## **2. Der 9. November - ein komplexer Erinnerungstag der deutschen Geschichte**

Wohl kein anderes Datum in der deutschen Geschichte des 20. Jahrhunderts hat derart die Emotionen geschürt und kontroverse Diskussionen hervorgerufen wie der 9. November. Der Fall der Berliner Mauer, die Reichspogromnacht, der Hitlerputsch und die Novemberrevolution: Der Schicksalstag 9. November symbolisiert die Hoffnungen der Deutschen, aber auch den Weg in die Verbrechen des Dritten Reiches.

### **9. November 1918**

Angesichts der sich abzeichnenden Kriegsniederlage hatten bereits am 30. Oktober Marinesoldaten in Kiel und Wilhelmshaven den Befehl zum Auslaufen verweigert und damit weitere Aufstände ausgelöst, die sich rasch zu einer revolutionären Massenbewegung entwickelten. Als am 9. November schließlich große Demonstrationen durch Berlin zogen, verkündete Reichskanzler Prinz Max von Baden eigenmächtig die Abdankung des Kaisers, der sich in das Große Hauptquartier im belgischen Spa zurückgezogen hatte. Anschließend übertrug von Baden dem MSPD-Vorsitzenden Friedrich Ebert das Amt des Reichskanzlers, der durch eine Regierungsumbildung eine weitere Radikalisierung verhindern wollte. Noch am selben Tag verkündete Philipp Scheidemann (MSPD) einer vor dem Reichstag versammelten Menschenmenge die Abdankung des Kaisers, beschwor die Aufgabe „Ruhe, Ordnung und Sicherheit“ zu bewahren und proklamierte schließlich die Republik. Wenig später rief auch Karl Liebknecht, einer der Anführer des revolutionären Spartakusbundes, vom Berliner Stadtschloss aus „die freie sozialistische Republik“ aus. Symbolträchtig schien den meisten Zeitgenossen an diesem Tag wohl eher das Ende der Hohenzollernherrschaft als die pathetische Proklamation der neuen Republik. Dementsprechend nutzten in der Weimarer Republik vor allem deren Gegner das Datum, um die Ergebnisse und Versäumnisse der „Novemberrevolution“ öffentlich zu kritisieren. Dagegen griff die staatliche Erinnerungskultur den 9. November nicht auf. Im Gedenken an die Unterzeichnung der Weimarer Reichsverfassung durch Friedrich Ebert 1919 bestimmte die Republik stattdessen den 11. August zu ihrem Nationalfeiertag.

### **9. November 1923**

Auch der Hitler-Ludendorff-Putsch besaß einen symbolischen Bezug auf die Novemberrevolution. Für den Abend des 8. November 1923 hatte der bayerische Generalstaatskommissar Gustav von Kahr eine „Vaterländische Kundgebung“ im Münchner Bürgerbräukeller einberufen, auf der am Vorabend des fünften Jahrestags der „marxistischen Novemberrevolution“ mit der Berliner Reichsregierung „abgerechnet“ werden sollte. Diese wurde zum Ausgangspunkt des Hitler-Ludendorff-Putsches, als Hitler in einer Proklamation „An das deutsche Volk“ die „Regierung der Novemberverbrecher in Berlin“ für abgesetzt erklärte. Der nach dem Vorbild Mussolinis geplante „Marsch auf Berlin“ wurde jedoch bereits am nächsten Tag vor der Feldherrnhalle von der Bayerischen Landespolizei niedergeschlagen. Die Rädelsführer wurden im Laufe der nächsten Tage verhaftet, und die NSDAP wurde als Partei verboten. Mit alljährlichen Erinnerungsfeiern avancierte der Putsch nach 1933 zu einem zentralen Bezugspunkt nationalsozialistischer Mythen- und Traditionsbildung.

### **9. November 1938**

Anlässlich des 15. Jahrestages traf sich Hitler mit den zu „alten Kämpfern“ erklärten Putschteilnehmern von 1923 in München, als die Nachricht eintraf, dass der zwei Tage zuvor in Paris angeschossene Legationssekretär Ernst vom Rath seinen Verletzungen erlegen war. Der Attentäter, ein 17-jähriger Jude, hatte damit gegen die brutale Abschiebung polnischer Juden aus Deutschland protestieren wollen. Dem nationalsozialistischen Regime diente dieses Attentat als willkommenen Vorwand, um antisemitische Ausschreitungen zu legitimieren. Diese Novemberpogrome waren keineswegs Ausdruck eines „spontanen Volkszorns“, wie Reichspropagandaminister Goebbels glauben machen wollte, sondern – nach Absprache mit Hitler – von ihm selbst initiiert und vor allem von SA- und SS-Mitgliedern ausgeführt. Wochenlang kam es an hunderten Orten zu gewalttätigen Übergriffen, denen über 100 jüdische Frauen und Männer zum Opfer fielen. Viele weitere wurden in den Suizid getrieben. Über 30.000 jüdische Männer wurden in Konzentrationslager verschleppt. Die materielle Bilanz der Gewalt waren 7.500 zerstörte jüdische Geschäfte und 1.200 niedergebrannte Synagogen und Gebetshäuser. Dieser organisierte Pogrom markierte den sichtbaren Übergang von der administrativen

und legislativen Diskriminierung zur offenen Verfolgung der jüdischen Bevölkerung, die in den organisierten Massenmord an den Juden Europas mündete.

### **9. November 1989**

Im Herbst 1989 beschleunigte sich der durch die Reformpolitik des KPdSU-Vorsitzenden Michail Gorbatschow angestoßene Wandel in Mittel- und Osteuropa. Neben einer stark anwachsenden Fluchtwelle formierte sich in der DDR eine politische Opposition, die seit September 1989 in Massendemonstrationen gegen den Reformunwillen der SED-Führung auf die Straße ging. Ausgehend von den Leipziger Montagsdemonstrationen, die wöchentlich im Anschluss an die Friedensgebete in der Nikolaikirche stattfanden, forderten immer zahlreichere Demonstranten das Ende von Bevormundung und Repression, durchgreifende Reformen, freie Wahlen sowie Reise-, Meinungs- und Versammlungsfreiheit. Vor dem Hintergrund der massiven öffentlichen Proteste lehnte die Volkskammer am 7. November den Entwurf eines restriktiven Reisegesetzes ab, woraufhin der DDR-Ministerrat und das SED-Politbüro zurücktraten. Am Abend des 9. November setzte eine Kettenreaktion ein, nachdem der Sprecher des Zentralkomitees Günter Schabowski auf einer Pressekonferenz eine Erklärung zu einer neuen Reiseverordnung verlesen hatte, der zufolge künftig ohne Angabe von Gründen kurzfristig Genehmigungen für Reisen ins Ausland erteilt würden. Auf Nachfrage eines Journalisten, wann die Verordnung in Kraft trete, antwortete Schabowski, dass nach seiner Kenntnis die Regelung „sofort, unverzüglich“ gelte. Im Laufe der nächsten Stunden strömten immer mehr Menschen zu den Grenzübergängen in Berlin, die schließlich – zunächst um 22.30 Uhr an der Bornholmer Straße – geöffnet wurden. Dort versammelten sich daraufhin Menschen aus Ost und West zu spontanen Freudenfeiern. Der Mauerfall besiegelte den Untergang der DDR und bereitete den Weg zur Wiedervereinigung Deutschlands.

### **3. Jahrgutachten 2018/19 – Sachverständigenrat**

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung überreicht in dieser Woche sein Jahrgutachten 2018/19 an die Bundesregierung. Es trägt den Titel: Vor wichtigen wirtschaftspolitischen Weichenstellungen:

Die deutsche Volkswirtschaft befindet sich in einer der längsten Aufschwungphasen der Nachkriegszeit. Ungünstigere außenwirtschaftliche Rahmenbedingungen, temporäre produktionsseitige Probleme und Kapazitätsengpässe dämpfen jedoch das Expansionstempo. Die Wachstumsrate des Bruttoinlandsprodukts (BIP) dürfte allmählich in Richtung des Potenzialwachstums sinken. Der Sachverständigenrat prognostiziert für die Jahre 2018 u. 2019 Zuwachsraten des realen BIP von 1,6 % beziehungsweise 1,5 %. Die EU sollte protektionistischen Tendenzen entgegenreten. Ihre Strategie sollte Vergeltungsmaßnahmen innerhalb der WTO-Regeln, den Abschluss neuer Freihandelsabkommen und eine Stärkung des multilateralen, regelbasierten Handelssystems umfassen.

Deutschland sollte den verschärften internationalen Steuerwettbewerb annehmen und den Solidaritätszuschlag vollständig abschaffen. Zudem wäre die Einrichtung einer Patentbox in Deutschland in Erwägung zu ziehen. Die diskutierten Vorschläge für eine Besteuerung digitaler Unternehmen sind abzulehnen.

Eine Verhinderung des Brexit ist nach wie vor die beste Lösung. Gelingt dies nicht, sollte ein Folgeabkommen angestrebt werden, das den Schaden für beide Seiten minimiert. Der Brexit gibt Anlass, die Finanzen der EU auf den europäischen Mehrwert zu fokussieren.

Um den Euro-Raum zu stabilisieren, müsste die Europäische Zentralbank den Übergang zu einer normalen Geldpolitik erfolgreich bewerkstelligen. Es besteht die Gefahr, dass die geldpolitische Wende zu spät kommt. Bei der makroökonomischen Stabilisierung spielt die nationale Fiskalpolitik eine wichtige Rolle. Eine Reform des Fiskalrahmens würde dies unterstützen. Eine europäische Fiskalkapazität ist nicht notwendig. Eine wichtige Stabilisierungsrolle haben zudem die Kredit- und Faktormärkte. Hierzu bedarf es einer Vertiefung der Europäischen Bankenunion und der Kapitalmarktunion.

Bei der hohen Preisdynamik auf dem deutschen Immobilienmarkt sind Maßnahmen zur Ausweitung des Angebots angezeigt. Die Mietpreisbremse setzt nur an Symptomen an und ist nicht zielführend. Sinnvoll sind Reformen der Grund- und Grunderwerbsteuer sowie eine Stärkung des Wohngelds. Der soziale Wohnungsbau sollte besser ausgestaltet werden.

Im Gesundheitssystem sollten Überkapazitäten abgebaut werden. Effizienzpotenziale bieten die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein monistisches System und der Ausbau sektorenübergreifender Versorgung. Wettbewerbsfördernd wären einkommensunabhängige Zusatzbeiträge und längerfristig eine Bürgerpauschale mit sozialem Ausgleich.

Die Digitalisierung trägt dazu bei, die Folgen des demografischen Wandels für das Arbeitskräftepotenzial abzumildern. Die Bevölkerung sollte befähigt werden, die Chancen des digitalen Wandels positiv für sich zu nutzen. Dies erfordert bessere Rahmenbedingungen und ein modernes Bildungssystem.

Wenn Strukturwandel sichtbar wird und sich technologische Umbrüche abzeichnen, werden Rufe nach industriepolitischen Eingriffen laut. Um nachhaltig erfolgreich zu sein, sollte ein Innovationsstandort auf eine lenkende Industriepolitik verzichten.

#### Wirtschaftliche Eckdaten für Deutschland

	Einheit	2016 <sup>1</sup>	2017 <sup>1</sup>	2018 <sup>2</sup>	2019 <sup>2</sup>
Bruttoinlandsprodukt <sup>3,4</sup>	%	2,2	2,2	1,6	1,5
Bruttoinlandsprodukt je Einwohner <sup>3,4,5</sup>	%	1,4	1,8	1,3	1,3
Leistungsbilanzsaldo <sup>6</sup>	%	8,5	7,9	7,2	6,6
Erwerbstätige	Tausend	43 642	44 269	44 856	45 263
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	Tausend	31 508	32 234	32 936	33 486
Registriert Arbeitslose	Tausend	2 691	2 533	2 345	2 184
Arbeitslosenquote <sup>7</sup>	%	6,1	5,7	5,2	4,9
Verbraucherpreise <sup>4</sup>	%	0,5	1,8	1,9	2,1
Finanzierungssaldo des Staates <sup>8</sup>	%	0,9	1,0	1,6	1,2

1 – Ist-Daten von der Bundesagentur für Arbeit (BA) und dem Statistischen Bundesamt. 2 – Prognose des Sachverständigenrates. 3 – Preisbereinigt. 4 – Veränderung zum Vorjahr. 5 – Eigene Berechnungen. 6 – In Relation zum nominalen BIP. 7 – Registriert Arbeitslose in Relation zu allen zivilen Erwerbspersonen. 8 – Gebietskörperschaften und Sozialversicherung in der Abgrenzung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen; in Relation zum nominalen BIP.

## 4. Sofortprogramm Pflege

Am heutigen 9. November 2018 hat der Bundestag das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals beschlossen. Mit dem Gesetz sollen spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege erreicht werden. Der Gesetzentwurf ist ein wichtiger Schritt, um die Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten und Pflegebedürftigen weiter zu verbessern. Das Gesetz soll zum 1. Januar 2019 in Kraft treten.

### Pflege im Krankenhaus

#### Jede zusätzliche Pflegekraft wird finanziert

Um die Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus zu verbessern, wird zukünftig jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Das mit dem Krankenhausstrukturgesetz eingeführte Pflegestellen-Förderprogramm wird damit über das Jahr 2018 hinaus weiterentwickelt und ausgebaut. Für die zusätzlichen Mittel gilt anders als bisher keine Obergrenze und der Eigenanteil der Krankenhäuser von zehn Prozent entfällt. Die zusätzlichen

Mittel sind zweckgebunden für zusätzliche und aufgestockte Pflegestellen am Bett. Die Mittel des laufenden Pflegestellen-Förderprogramms verbleiben dem einzelnen Krankenhaus. Nicht für zusätzliches Pflegepersonal verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.

### **Krankenhausindividuelle Vergütung von Pflegepersonalkosten**

Künftig sollen Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden. Die Krankenhausvergütung wird ab dem Jahr 2020 auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt wird. Dieses Pflegebudget berücksichtigt die Aufwendungen für den krankhausindividuellen Pflegepersonalbedarf und die krankhausindividuellen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Die DRG-Berechnungen werden um diese Pflegepersonalkosten bereinigt.

Dazu werden die Selbstverwaltungspartner für das DRG-System gesetzlich beauftragt, die DRG-Vergütung ohne die Pflegekostenanteile in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen auszuweisen. Die Krankenhäuser und Kostenträger vor Ort vereinbaren die krankhausindividuelle Pflegepersonalausstattung in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen auf der Grundlage der von den Krankenhäusern geplanten und nachgewiesenen Pflegepersonalausstattung und der entsprechenden Kosten (krankhausindividuelle Kostenerstattung). Die zweckentsprechende Mittelverwendung ist nachzuweisen. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.

Im Rahmen des Pflegebudgets werden auch pflegeentlastende Maßnahmen durch die Kostenträger finanziert, z. B. wenn Krankenhäuser zur Verbesserung des Betriebsablaufs Aufgaben wie die Essensausgabe oder den Wäschedienst vom Pflegepersonal auf andere Personalgruppen übertragen. Die durch diese Maßnahmen eingesparten Pflegepersonalkosten werden erhöhend im Pflegebudget berücksichtigt und zwar in Höhe von bis zu 3 Prozent des Pflegebudgets. Um etwaige finanzielle Einbußen der Krankenhäuser bei der Umstellung auf das Pflegebudget abzufedern, werden zudem mögliche Budgetverluste für die Krankenhäuser im Jahr 2020 auf zwei Prozent und im Jahr 2021 auf vier Prozent begrenzt.

### **Tarifsteigerungen voll refinanziert statt Sparen zu Lasten der Pflege**

Bereits für das Jahr 2018 werden anstelle der bisherigen hälftigen Refinanzierung die linearen und strukturellen Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte vollständig von den Kostenträgern refinanziert. In der Vergangenheit wurde der Teil der Tarifsteigerungen, der nicht ausgeglichen wurde, teilweise durch Einsparungen zu Lasten der Pflege kompensiert. Dies wollen wir beenden. Die zusätzlichen Finanzmittel sind für die Finanzierung von Tarifierhöhungen beim Pflegepersonal einzusetzen. Das ist durch einen Nachweis zu belegen.

### **Mehr Ausbildungsplätze in der Pflege**

Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Kinderkrankenpflege, der Krankenpflege sowie in der Krankenpflegehilfe werden bislang nur anteilig refinanziert, weil sie im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung voll ausgebildete Pflegekräfte in Krankenhäusern entlasten. Eine solche Entlastung ergibt sich im ersten Ausbildungsjahr jedoch nicht im gleichen Umfang. Daher werden die Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Kinderkrankenpflege, der Krankenpflege und in der Krankenpflegehilfe im ersten Ausbildungsjahr ab 2019 vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Die Verbesserung schafft einen deutlichen Anreiz, mehr auszubilden. Daneben wird klargestellt, dass eine Finanzierung der Ausbildungsvergütungen für alle im Krankenhausfinanzierungsgesetz genannten Ausbildungsberufe erfolgt, wenn eine Ausbildungsvergütung vereinbart wurde. Zudem wird gewährleistet, dass die Ausbildungsbudgets den tatsächlichen Kostenzuwachsen entsprechend vereinbart werden können und der Anstieg der Ausbildungsbudgets keiner Obergrenze unterliegt. Schließlich sollen über den Krankenhausstrukturfonds künftig auch Investitionen in Ausbildungsstätten gefördert werden.

### **Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Pflegekräfte**

Krankenhäuser können Maßnahmen zur Verbesserung von Pflege, Familie und Beruf vereinbaren. Die erforderlichen Aufwendungen hierfür können Krankenhäuser hälftig für einen Zeitraum von sechs Jahren aus Mitteln der Kostenträger decken.

### **Mittel aus dem Pflegezuschlag erhalten**

Finanzmittel aus dem Pflegezuschlag werden ab dem Jahr 2020 in Höhe von rund 200 Millionen Euro in die Landesbasisfallwerte überführt. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die Mittel des Pflegezuschlags auch zur Finanzierung von beispielsweise anderen Personalkosten als Pflegepersonalkosten genutzt werden. Zudem werden für bedarfsnotwendige kleine Krankenhäuser in ländlichen Gebieten aus dem Pflegezuschlag ab dem Jahr 2020 insgesamt rund 50 Mio. Euro zur Verfügung gestellt, um die Versorgung im ländlichen Raum zu verbessern.

### **Erhöhter Pflegeaufwand braucht erhöhte Vergütung für mehr Pflegekräfte**

Seit dem Jahr 2018 können Krankenhäuser für einen bestehenden erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten eine zusätzliche Vergütung von den Kostenträgern erhalten. Allerdings gelingt dies häufig mangels einer validen Datengrundlage nicht. Damit die Krankenhäuser die zusätzliche Vergütung zukünftig auf einer gesicherten Basis abrechnen können, werden die Krankenkassen verpflichtet, den Krankenhäusern die hierfür erforderlichen Informationen zur Pflegebedürftigkeit der bei ihnen versicherten Patientinnen und Patienten mitzuteilen.

### **Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern werden ausgeweitet**

Zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung im Krankenhaus werden die Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen weiterentwickelt und auf weitere pflegesensitive Bereiche ausgeweitet. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene erhalten hierzu den gesetzlichen Auftrag, bis zum 31. August 2019 die Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern weiterzuentwickeln und für die Bereiche Neurologie und Herzchirurgie weitere Pflegepersonaluntergrenzen festzulegen. Zudem haben sie erstmals bis zum 1. Januar 2020 weitere pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern festzulegen, für die ebenfalls Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für das Jahr 2021 zu vereinbaren sind. Damit wird die Grundlage für die Ausweitung der Pflegepersonaluntergrenzen auf zusätzliche pflegesensitive Krankenhausbereiche geschaffen. Krankenhäuser, die die Pflegepersonaluntergrenzen nicht einhalten, werden sanktioniert.

### **Pflegepersonal und Pflegeaufwand**

Zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern sowie der Gewährleistung von Patientensicherheit in der pflegerischen Patientenversorgung wird berechnet, wie das Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zum individuellen Pflegeaufwand eines Krankenhauses ist. Dies gibt einen Aufschluss darüber, ob eine Klinik, gemessen am Pflegeaufwand, viel oder wenig Personal einsetzt. Krankenhäuser dürfen dabei einen noch festzulegenden Wert nicht unterschreiten, da ansonsten u. a. Mittel gekürzt werden können. Diese Maßnahme dient der Patientensicherheit und bietet Krankenhäusern einen Anreiz, mehr Personal einzusetzen.

### **Krankenhausstrukturfonds ermöglicht effizientere Strukturen**

Fehlende Investitionsmittel der Länder mussten in der Vergangenheit häufig von den Krankenhäusern aus Eigenmitteln kompensiert werden. Diese Umschichtung erfolgte nicht selten auch zu Lasten der Pflege. Um die Länder bei der Anpassung der Krankenhausstrukturen zu unterstützen, wird der in der letzten Legislaturperiode gebildete Krankenhausstrukturfonds fortgesetzt und ausgebaut. Der Fonds wird ab 2019 für vier Jahre mit einem Volumen von 1 Mrd. € jährlich fortgesetzt. Die Finanzierung erfolgt wie bisher je zu Hälfte aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und aus Mitteln der Länder. Entsprechend den Fördergrundsätzen des bisherigen Krankenhausstrukturfonds werden die Länder verpflichtet, das in den Haushaltsplänen der Jahre 2015 - 2017 durchschnittlich veranschlagte Fördervolumen mindestens in den Jahren 2019 bis 2022 aufrechtzuerhalten und um den von ihnen zu tragenden Kofinanzierungsanteil zu erhöhen. So wird gewährleistet, dass die Länder nicht ihr bisheriges Fördervolumen absenken, um aus den ersparten Fördermitteln ihren Kofinanzierungsanteil aufzubringen. Mit den Mitteln des Strukturfonds wird die Anpassung bestehender

Versorgungskapazitäten an den tatsächlichen Versorgungsbedarf sowie die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Krankenhausversorgung gefördert. Insgesamt wird der Krankenhausstrukturfonds stärker darauf ausgerichtet, die Struktur der akutstationären Versorgung durch die Bildung von Zentren mit besonderer medizinischer Kompetenz für seltene oder schwerwiegende Erkrankungen, von zentralisierten Notfallstrukturen und von telemedizinischen Netzwerken zu verbessern. Die Anreize, für die Versorgung nicht mehr benötigte Krankenhausbetten abzubauen, werden verstärkt. Die Strukturverbesserungen sollen auch dazu beitragen, dass das vorhandene Pflegepersonal effizienter eingesetzt werden kann. Aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds wird auch der Einsatz digitaler Anwendungen gefördert, die zu strukturellen Verbesserungen der stationären Versorgung führen, wie etwa die telemedizinische Vernetzung von Krankenhäusern, sowie die Schaffung neuer Ausbildungskapazitäten für Pflegepersonal.

### **Gewährleistung einer flächendeckenden Schlaganfallversorgung**

Erhebliche negative finanzielle Auswirkungen für die Krankenhäuser, die sich daraus ergeben können, dass Krankenkassen in Folge von BSG-Urteilen abgeschlossene Behandlungsfälle aus den letzten vier Jahren wieder aufgreifen, werden abgemildert. Dies betrifft insbesondere die Abrechnung von Komplexleistungen zur Schlaganfallbehandlung. Zu diesem Zweck wird die Verjährungsfrist für Rückforderungsansprüche der Krankenkassen auf zwei Jahre verkürzt. Außerdem wird das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information ermächtigt, Klarstellungen zum Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) und zur Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) auch mit Wirkung für die Vergangenheit vorzunehmen. Dies trägt insbesondere zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung der Patientinnen und Patienten durch Schlaganfall-Stationen (stroke units) in Krankenhäusern bei.

### **Pflege in Pflegeeinrichtungen**

13.000 Pflegekräfte mehr - Unterstützung für jede stationäre Pflegeeinrichtung

Jede vollstationäre Altenpflegeeinrichtung in Deutschland soll im Rahmen des Sofortprogramms profitieren. Einrichtungen bis zu 40 Bewohnern erhalten eine halbe Pflegestelle, Einrichtungen mit 41 bis 80 Bewohnern eine Pflegestelle, Einrichtungen mit 81 bis 120 Bewohnern eineinhalb und Einrichtungen mit mehr als 120 Bewohnern zwei Pflegestellen zusätzlich. Dabei können auch Teilzeitstellen, die aufgestockt werden, berücksichtigt werden. Dies setzt einen zusätzlichen Anreiz dafür, dass die neuen Stellen in einem ohnehin engen Arbeitsmarkt auch tatsächlich besetzt werden können. Gelingt es trotz intensiver Bemühungen nicht, die Stelle mit Pflegefachkräften zu besetzen, kann nach vier Monaten ausnahmsweise auch auf eine Pflegehilfskraft, die sich zur Pflegefachkraft ausbilden lässt, zurückgegriffen werden. Ziel ist es, insbesondere den Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in der stationären Altenpflege pauschal teilweise abzudecken. Die Pflegeeinrichtungen haben die Möglichkeit, auf Antrag schnell und unbürokratisch diese zusätzlichen, vornehmlich durch Fachkräfte zu besetzenden, Stellen durch einen Zuschlag finanziert zu bekommen. Zur Finanzierung zahlt die GKV jährlich pauschal einen Betrag an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Hierzu erhebt der GKV-SV bei den Krankenkassen eine Umlage pro Versicherten. Die private Pflegeversicherung beteiligt sich anteilig entsprechend der Zahl der Pflegebedürftigen an der Finanzierung. Die Finanzierung dieser rund 13.000 Stellen führt nicht zu einer Belastung der Pflegebedürftigen.

### **Entlastung der Pflege durch Investitionen in Digitalisierung**

Die Digitalisierung birgt, richtig eingesetzt, ein erhebliches Potential zur Entlastung der Pflegekräfte in der ambulanten und stationären Altenpflege. Die vorliegenden Erfahrungen zeigen, dass besonders in den Bereichen der Pflegedokumentation, Abrechnung von Pflegeleistungen, Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflegeheimen sowie Dienst- und Tourenplanung digitale Angebote enorm entlasten können. Auch beim internen Qualitätsmanagement, bei der Erhebung von Qualitätsindikatoren und bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung kann die Digitalisierung zur Entlastung von Pflegekräften beitragen. Mit dem Ziel, Fachkräfte in der Pflege zu entlasten, unterstützt die Pflegeversicherung daher über eine 40-prozentige Ko-Finanzierung einmalig die Anschaffung von entsprechender digitaler oder technischer Ausrüstung durch ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen mit bis zu 12.000 Euro. Insgesamt können somit Maßnahmen im Umfang von bis zu 30.000 Euro je Einrichtung finanziert werden.

### **Verbesserte Selbsthilfeförderung in der Pflege**

Durch Vereinfachung im Bereich der Selbsthilfeförderung in der Pflege sowie eine Erhöhung des Finanzierungsanteils der Pflegeversicherung an den Fördermaßnahmen von 50 Prozent auf 75 Prozent wird das Engagement gestärkt. Dazu werden die von der Pflegeversicherung je Kalenderjahr zur Verfügung gestellten Mittel von 0,10 Euro auf 0,15 Euro je Versichertem erhöht, so dass die Pflegeversicherung anstelle von bislang rund 8 Millionen Euro insgesamt nunmehr maximal rund 12 Millionen Euro im Jahr für die Förderung der Selbsthilfe in der Pflege zur Verfügung stellt. Möglich sind zudem Gründungszuschüsse und die Unterstützung entsprechender Organisationen auch auf Bundesebene.

### **Neues System der Qualitätsprüfung in der vollstationären Altenpflege**

Die Weichen für die Ablösung des Pflege-TÜVs bisheriger Prägung werden jetzt gestellt. Das von der Selbstverwaltung entwickelte neue System der Qualitätsprüfung und -darstellung mit einem Verfahren zur Messung und Darstellung von Ergebnisqualität wird ab dem 1. Oktober 2019 in der vollstationären Altenpflege verpflichtend eingeführt.

### **Bessere Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten entlastet die Pflege**

Sowohl im ärztlichen Bereich als auch im zahnärztlichen Bereich wurde in den vergangenen Jahren eine Vielzahl von Kooperationsverträgen geschlossen. Zu dieser Entwicklung haben nicht zuletzt die verbesserten Vergütungsregelungen im Rahmen der Kooperation sowohl im ärztlichen als auch im zahnärztlichen Bereich geführt. Um die Entwicklung der Kooperationen zu beschleunigen, wird die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, Kooperationsverträge mit geeigneten vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringern zu schließen, verbindlicher ausgestaltet. Die bisherige „Soll-Regelung“ wird durch eine „Muss-Regelung“ ersetzt. Die KVen werden zudem verpflichtet, bei Vorliegen eines Antrags einer Pflegeeinrichtung zur Vermittlung eines Kooperationsvertrages einen entsprechenden Vertrag innerhalb einer Frist von drei Monaten zu vermitteln. Auch diese Verpflichtung trägt dazu bei, die Entwicklung der Kooperationen verbindlicher zu gestalten und weiter voranzutreiben. Stationäre Pflegeeinrichtungen benennen eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit. Zudem werden Standards für die schnittstellen- und sektorübergreifende elektronische Kommunikation festgelegt. Die Evaluation dieser Kooperationsverträge ist künftig auch für den zahnärztlichen Bereich verpflichtend.

Darüber hinaus werden für eine bessere Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Pflegeheimen Sprechstunden und Fallkonferenzen per Video als telemedizinische Leistung umfangreich ermöglicht. In diesem Zusammenhang wird die Videosprechstunde insgesamt für alle Versicherten und in der häuslichen Pflege im weiten Umfang weiterentwickelt.

Außerdem wird der Besuch von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, die im Heim oder zu Hause leben, in der Praxis des Arztes oder Heilmittelerbringers erleichtert, indem das Verfahren zur Fahrkostenübernahme durch die Krankenkasse vereinfacht wird. Dies entlastet die Betroffenen, ihre Angehörigen und die Pflegekräfte von bürokratischem Aufwand.

### **Medizinische Rehabilitation für pflegende Angehörige**

Pflegende Angehörige haben häufig aufgrund ihrer familiären Situation keine Möglichkeit, ambulante Rehabilitationsleistungen in Anspruch zu nehmen. Deshalb wird für sie der Anspruch geschaffen auf ärztliche Verordnung und mit Genehmigung der Krankenkasse auch dann stationäre Rehabilitation zu erhalten, wenn vom medizinischen Gesichtspunkt her eine ambulante Versorgung ausreichend wäre. Die pflegebedürftige Person kann gleichzeitig in der Rehaeinrichtung betreut werden. Andernfalls müssen Kranken- und Pflegekasse die Betreuung organisieren. Rehabilitationsleistungen für erwerbstätige pflegende Angehörige liegen dabei weiterhin in der Verantwortung der gesetzlichen Rentenversicherung.

### **Weniger Bürokratie für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige**

Für Pflegebedürftige ab Pflegegrad 3 und Menschen mit Behinderungen werden Taxifahrten zu einer ambulanten Behandlung einfacher. Sie gelten mit der ärztlichen Verordnung als genehmigt. Ist bei der stationären Krankenhausbehandlung einer Patientinnen oder eines Patienten aus medizinischen Gründen



eine Begleitperson erforderlich, ist eine Unterbringung außerhalb des Krankenhauses möglich, wenn eine Mitaufnahme ausgeschlossen ist.

### **Steigerung der Attraktivität von Kranken- und Altenpflege**

Die ambulante Alten- und Krankenpflege wird durch eine bessere Honorierung der Wegezeiten gestärkt. Außerdem müssen auch in der häuslichen Krankenpflege künftig Tariflöhne von den Krankenkassen akzeptiert werden. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen brauchen Unterstützung bei der betrieblichen Gesundheitsförderung. Denn gerade hier ist die psychische und körperliche Belastung für die Beschäftigten enorm. Deshalb werden die Krankenkassen verpflichtet, zusätzlich mehr als 70 Mio. Euro jährlich speziell für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aufzuwenden. Der heute für diese Leistungen gesetzlich vorgesehene Mindestausgabewert in Höhe von 2,15 Euro jährlich je Versicherten wird auf 3,15 Euro erhöht. Damit erhält die betriebliche Gesundheitsförderung einen Schub, der mit gesunden, motivierten und zufriedenen Beschäftigten letztlich den Patientinnen und Patienten und den pflegebedürftigen Menschen zu Gute kommt. Zudem wird die nationale Präventionsstrategie ergänzt um spezifische und gemeinsame Ziele der Sozialversicherungsträger und weiterer Akteure zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten in der Alten- und Krankenpflege. Um sicherzustellen, dass alle Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, die sich für die Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten in der Alten- und Krankenpflege einsetzen wollen, die notwendige Unterstützung erhalten, stellen wir sicher, dass sie durch die mit dem Präventionsgesetz geschaffenen regionalen Koordinierungsstellen der Krankenkassen noch besser beraten und unterstützt werden.

### **Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Pflegekräfte**

Professionelle Pflege kennt keine Pause, sie findet rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche statt und macht auch die Arbeit am Wochenende oder in der Nacht erforderlich. Dies stellt besonders hohe Anforderungen an die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie von Pflege und Beruf; und das gerade in einem Bereich, in dem überwiegend Frauen arbeiten. Unterstützung an dieser Stelle kann die Attraktivität des Pflegeberufs stärken und trägt der besonderen, kritischen Beschäftigungssituation in dem Arbeitsfeld Altenpflege Rechnung. Deshalb werden als Impuls für sechs Jahre zielgerichtet Maßnahmen in der Kranken- und Altenpflege finanziell unterstützt, die "besondere Betreuungsbedarfe" etwa jenseits der üblichen Öffnungszeiten von Kitas abdecken oder die auf andere Weise die Familienfreundlichkeit fördern.

## **5. Kurz notiert**

### **5.1. Rentenpaket steht: sicher und gerecht**

Der Bundestag hat dem neuen Rentenpaket der Bundesregierung zugestimmt. Das heißt: Stabiles Rentenniveau, stabiler Beitrag sowie Verbesserungen bei Mütter- und Erwerbsminderungsrente. Zudem werden Geringverdiener bei den Sozialbeiträgen entlastet. Damit profitieren alle Generationen von einer verlässlichen und soliden Alterssicherung.

### **5.2. Familienentlastungspaket beschlossen**

Der Bundestag hat dem Familienentlastungspaket der Bundesregierung zugestimmt. Damit wird der Weg frei für steuerliche Entlastungen und eine Anhebung des Kindergeldes im nächsten Jahr im Umfang von fast zehn Milliarden Euro (volle Jahreswirkung). Zu den beschlossenen Maßnahmen gehört eine Erhöhung des Kindergeldes um zehn Euro monatlich ab 1. Juli 2019. Außerdem werden die steuerlichen Kinderfreibeträge ab 1. Januar 2019 von derzeit 7.428 um 192 auf 7.620 Euro angehoben. Zum 1. Januar 2020 steigt der Kinderfreibetrag weiter um 192 Euro auf dann 7.812 Euro. Zur Sicherstellung der Freistellung des steuerlichen Existenzminimums wird der Grundfreibetrag (derzeit 9.000 Euro) erhöht. 2019 erfolgt eine Erhöhung um 168 Euro, 2020 um 240 Euro. Diese beiden Erhöhungen führen zu Steuermindereinnahmen von über drei Milliarden Euro (volle Jahreswirkung). Um den Effekt der "kalten Progression" auszugleichen, werden außerdem die Eckwerte des Einkommenstarifs verschoben, wodurch es zu einer Entlastung der Steuerzahler kommt, was 2019 zu Mindereinnahmen in Höhe von 2,2 Milliarden Euro und 2020 in Höhe von 2,1 Milliarden Euro führen soll (jeweils volle Jahreswirkung).

### **5.3. Gesetz für mehr Teilhabe am Arbeitsmarkt beschlossen**

Mit dem Gesetz zur Schaffung neuer Teilhabechancen für Langzeitarbeitslose führt die Bundesregierung neue Lohnkostenzuschüsse im Sozialgesetzbuch II ein. Die Neuregelungen sollen am 1. Januar 2019 in Kraft treten. Arbeitgeber können einen Lohnkostenzuschuss erhalten, wenn sie sehr schwer vermittelbare Langzeitarbeitslose sozialversichert einstellen. Dazu gehören Personen, die mindestens 25 Jahre alt sind und seit mindestens sechs Jahren Arbeitslosengeld II erhalten. Der Lohnkostenzuschuss wird für maximal fünf Jahre gezahlt. Er beträgt in den ersten zwei Jahren 100 Prozent des gesetzlichen Mindestlohns. Danach sinkt er um zehn Prozentpunkte pro Jahr. Ist der Arbeitgeber auf Grund eines Tarifvertrages oder nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zur Zahlung eines höheren Entgelts verpflichtet, bemisst sich der Zuschuss auf der Basis des zu zahlenden Arbeitsentgelts. Lohnkostenzuschüsse soll es auch geben, wenn Personen beschäftigt werden, die mindestens zwei Jahre arbeitslos sind. Ihre Arbeitslosigkeit soll sich nicht noch weiter verfestigen. Das Arbeitsverhältnis wird maximal zwei Jahre gefördert. Der Zuschuss beträgt im ersten Jahr 75 Prozent, im zweiten Jahr 50 Prozent. Maßgeblich ist in diesem Fall das tatsächliche Arbeitsentgelt.

### **5.4. Asylverfahrensrecht - Pflicht zur Mitwirkung**

Künftig sind Schutzberechtigte verpflichtet, bei Widerrufs- und Rücknahmeverfahren in Asylsachen mitzuwirken. Nach drei Jahren müssen die im Asylverfahren getroffenen Entscheidungen überprüft werden. Der Bundestag hat die von der Bundesregierung auf den Weg gebrachte Änderung des Asylgesetzes beschlossen. Spätestens nach drei Jahren muss bei einer Asyl-Entscheidung geprüft werden, ob die Voraussetzungen für einen Widerruf oder für eine Rücknahme vorliegen. Wenn die Prüfung ergibt, dass die Voraussetzungen für die Anerkennung als Asylberechtigter oder die Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft nicht oder nicht mehr vorliegen, muss diese unverzüglich widerrufen beziehungsweise zurückgenommen werden.

Redaktion: Thorsten Mattick, Landesgruppenreferent