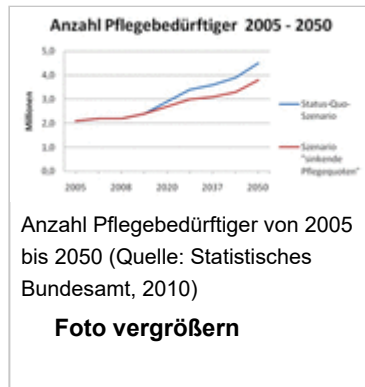


Sie sind hier: Startseite Gesund im Betrieb Demografischer Wandel Auswirkungen auf die Pflege Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Pflege

Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Pflege

Aufgrund steigender Lebenserwartung wird es in unserer Gesellschaft immer mehr ältere Menschen geben, während die Zahl der Jüngeren wegen sinkender Geburten weiter abnimmt. Dies hat insbesondere Folgen für die Pflegebranche.



In Zukunft werden zunehmend ältere, multimorbide und demente Patienten sowie Patientinnen von immer älterem Pflegepersonal versorgt. Die Folgen der Bevölkerungsentwicklung werden nicht nur im Bereich der Versorgung und der sozialen Absicherung zu spüren sein, denn immer weniger junge, berufstätige Menschen werden für die Altersversorgung der Pensionäre von morgen aufkommen müssen. Auch für die Arbeitswelt wird diese Entwicklung neue Herausforderungen mit sich bringen.

Schon demografisch bedingt wird es zu einem Rückgang der informellen – also der nicht professionell tätigen – Pflegepersonen kommen, insbesondere bei der Versorgung durch eigene Kinder. Noch werden etwa zwei Drittel der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt, meistens von Mitgliedern aus dem engeren Familienkreis – Kindern, Ehegatten, Lebenspartnern oder anderen engen Angehörigen. Doch können wir auch in Zukunft damit rechnen, dass Pflegebedürftige in diesem Umfang von Angehörigen versorgt werden? Vermutlich nicht. Schon heute sinkt die Zahl der Menschen, die im häuslichen Umfeld gepflegt werden.

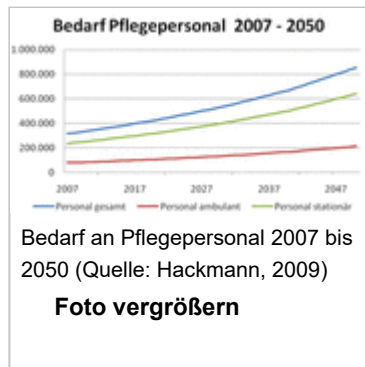
Dieser Trend wird sich fortsetzen, denn das rechnerische Verhältnis von Pflegepotenzial zu Pflegebedürftigen (relatives Pflegepotenzial) wird neben den demografischen Tendenzen durch soziostrukturelle Faktoren verschärft. Dazu gehört beispielsweise eine zunehmend individualisierte Haushalts- und Familienstruktur, die sich in der steigenden Zahl von Einpersonenhaushalten niederschlägt. Die wachsende Frauenerwerbsquote wird die informelle Pflege durch vorwiegend weibliche Angehörige zusätzlich deutlich einschränken. Vor diesem Hintergrund zeichnet sich zwangsläufig eine Verschiebung von informellem zu professionellem Pflegepersonal ab.



Auch die Zahl der Personen, die für die berufliche Pflege zur Verfügung stehen, wird durch den demografischen Wandel beeinflusst. Bereits heute steigt der Anteil der über 50-Jährigen in der Altenpflege stetig an. Der Gesamtbedarf an Pflegekräften steigt erheblich – der Anteil im stationären Bereich ist dabei in etwa viermal so hoch wie im ambulanten Sektor. Die beiden gegenläufigen Trends – immer weniger Pflegenden für immer mehr Pflegebedürftige – können zu Engpässen und zu mangelnder Qualität in der Pflege führen. Ist diese Entwicklung noch abzuwenden?

Lösungsansätze zur Minderung des Angebot-Nachfrage-Ungleichgewichts

Der demografische Wandel in Deutschland und der sich daraus ergebende höhere Bedarf an professionellen Pflegekräften sind vorerst nicht aufzuhalten. Eine Möglichkeit, dem zu erwartenden Arbeitskräftemangel zu begegnen, könnte eine Anpassung der Pflegearrangements an die veränderten Bedingungen sein. Anstelle der derzeit klar voneinander abgegrenzten Formen von vollstationärer, professioneller ambulanter und rein informeller Pflege sind gemischte Pflegearrangements denkbar, die die Pflege durch professionelle ambulante Dienste, Familien und Ehrenamtliche vereinen.



Ohne eine zusätzliche Bildungsoffensive im Bereich der Pflege wird der Bedarf an beruflich Pflegenden jedoch nicht gedeckt werden können. Es ist daher erforderlich, die Attraktivität des Berufs zu erhöhen, Karriereperspektiven anzubieten und deutlicher zu kommunizieren, dass es sich hier um eine produktive Wachstumsbranche handelt, in der es um eine bedeutsame gesellschaftliche Aufgabe und eine große Herausforderung geht. Gesundheitsvorsorge wird nicht nur im privaten Umfeld eine zunehmend wichtige Rolle spielen: Auch im Arbeitsleben werden Arbeitgeber und Berufsgenossenschaften verstärkt präventiv dafür sorgen müssen, dass Pflegekräfte so lange wie möglich gesund und motiviert in ihrem Beruf arbeiten können.

Es gibt also für alle Beteiligten ein großes Betätigungsfeld, um die prognostizierten demografischen Herausforderungen zu meistern. Den sozialen und demografischen Wandel wird man nicht aufhalten können. Aber Betriebe und Beschäftigte sowie Politik und Gesellschaft können in den kommenden Jahrzehnten Strukturen schaffen, die es auch unter veränderten Bedingungen ermöglichen, Pflegebedürftige qualitativ hochwertig und menschenwürdig zu versorgen.

Wenn Sie weitere Informationen wünschen, nutzen Sie bitte die [Links](http://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Demografischer-Wandel/Links/Links_node.html;jsessionid=748FFEA868C550F8C6BD1C71CBD90C3F) [http://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Demografischer-Wandel/Veroeffentlichungen/Veroeffentlichungen_node.html;jsessionid=748FFEA868C550F8C6BD1C71CBD90C3F] und [Veröffentlichungen](http://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Demografischer-Wandel/Veroeffentlichungen/Veroeffentlichungen_node.html;jsessionid=748FFEA868C550F8C6BD1C71CBD90C3F) [http://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Demografischer-Wandel/Veroeffentlichungen/Veroeffentlichungen_node.html;jsessionid=748FFEA868C550F8C6BD1C71CBD90C3F]. Unterstützungsangebote für Ihre betriebliche Arbeit finden Sie [hier](http://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Demografischer-Wandel/DemografischerWandel_node.html;jsessionid=748FFEA868C550F8C6BD1C71CBD90C3F) [http://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Demografischer-Wandel/DemografischerWandel_node.html;jsessionid=748FFEA868C550F8C6BD1C71CBD90C3F].

[Zum Seitenanfang](#)



Bundesministerium
für Ernährung
und Landwirtschaft

Ländliche Regionen verstehen

Fakten und Hintergründe zum Leben und Arbeiten in ländlichen Regionen



Inhalt

<i>1 Einleitung</i>	04 – 05
<i>2 Wie wichtig sind ländliche Regionen für uns?</i>	06 – 07
<i>3 Was sind ländliche Regionen?</i>	08 – 13
<i>4 Was sind die Trends der ländlichen Entwicklung?</i>	14 – 17
<i>5 Was bieten ländliche Regionen, wo liegen die Herausforderungen?</i>	18 – 35
Wohnen	20
Arbeit	22
Flächennutzung	24
Grundversorgung	26
Gesundheit	28
Bildung	30
Erreichbarkeit	32
Erholung	34
<i>6 Wie werden ländliche Regionen gefördert?</i>	36 – 41



Liebe Leserinnen und Leser,



die ländlichen Räume sind eines meiner Herzenthemata. Schließlich leben mehr als die Hälfte unserer Bürgerinnen und Bürger auf dem Land. Es ist deshalb das Ziel meines Ministeriums, unsere Dörfer, unsere Kleinstädte mit ihren vielfältigen Potenzialen als eigenständige Lebens- und Wirtschaftsräume weiter zu stärken und als attraktive Lebensräume zu erhalten und weiterzuentwickeln.

Hierfür braucht es Unterstützung und eine umfassende Infrastruktur. Dabei sind der Breitbandausbau und die Versorgung mit schnellem, flächendeckendem Mobilfunk genauso wichtig wie die Sicherstellung der Mobilität der Menschen vor Ort und deren Daseinsvorsorge. Wir müssen aber auch die Gemeinschaft und den Zusammenhalt im Blick behalten. Denn das Miteinander bedeutet immer auch mehr Lebensqualität. Daher wollen wir lebendige Ortsgemeinschaften erhalten und ehrenamtliches Engagement fördern.

Eine wichtige Aufgabe unserer Politik ist es deshalb, die gleichwertigen Lebensverhältnisse sicherzustellen. Denn ob in der Großstadt oder auf dem Land: So unterschiedlich das Leben in Deutschland ist, es muss gleichwertig lebenswert sein. Wir haben als Bundesregierung ein Maßnahmenpaket für gleichwertige Lebensverhältnisse in Stadt und Land beschlossen.

Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft spielt dabei eine tragende Rolle: Wir aktivieren Dorfgemeinschaften über das Bundesprogramm Ländliche Entwicklung.

Und wir unterstützen sie dabei, innovative Lösungen zu entwickeln, zu erproben und an andere weiterzugeben. Damit gestalten wir Perspektiv- und Innovationsräume auf dem Land. Da die Digitalisierung hierfür Voraussetzung

ist, sorgen wir mit Nachdruck dafür, dass ländliche Regionen Anschluss an die digitale Infrastruktur bekommen. Weiterhin fördern wir das wertvolle ehrenamtliche Engagement. Mit der Errichtung einer Deutschen Stiftung für Engagement und Ehrenamt soll das Ehrenamt ein starkes Rückgrat erhalten. Auch fördern wir in Zusammenarbeit mit den Landkreisen mehr hauptamtliche Anlaufstellen, um das Ehrenamt zu unterstützen.

Mit der „Gemeinschaftsaufgabe zur Verbesserung der Agrarstruktur und des Küstenschutzes“ wollen wir Dörfer und strukturschwache ländliche Räume gezielt stärken – insbesondere für attraktive Ortskerne und eine erreichbare Grundversorgung.

Neu ist die Einführung eines „Gleichwertigkeits-Checks“. Bei allen Gesetzesvorhaben prüfen wir künftig besonders, welche Wirkungen sie auf die Chancengerechtigkeit der Menschen in Stadt und Land haben.

Es muss aber jedem klar sein: Die ländliche Entwicklung ist eine Gemeinschaftsaufgabe.

Sie kann nur gelingen, wenn sich alle beteiligen. Bund, Länder, Kommunen, aber auch die gesamte Gesellschaft vor Ort. Gemeinsam kann es uns gelingen, dass künftig die eingangs angesprochenen Potenziale wieder im Fokus stehen.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre!

Julia Klöckner
Bundesministerin für Ernährung und Landwirtschaft



1 Einleitung

Etwa 90 Prozent der Fläche Deutschlands sind ländlich geprägt. Während die einen ländliche Regionen mit Natur, Platz zum Wohnen oder romantischer Idylle verbinden, denken die anderen eher an Abwanderung, schwache Infrastruktur oder Überalterung. Die typische ländliche Region an sich gibt es nicht. So vielfältig wie die Menschen und Landschaften, so unterschiedlich sind Wirtschaftskraft, Alters- und Infrastruktur oder Kultur der ländlichen Regionen. Für alle gilt: Auch in Zukunft wollen Menschen dort leben und arbeiten. Immerhin leben hier mehr als die Hälfte der Einwohner Deutschlands.

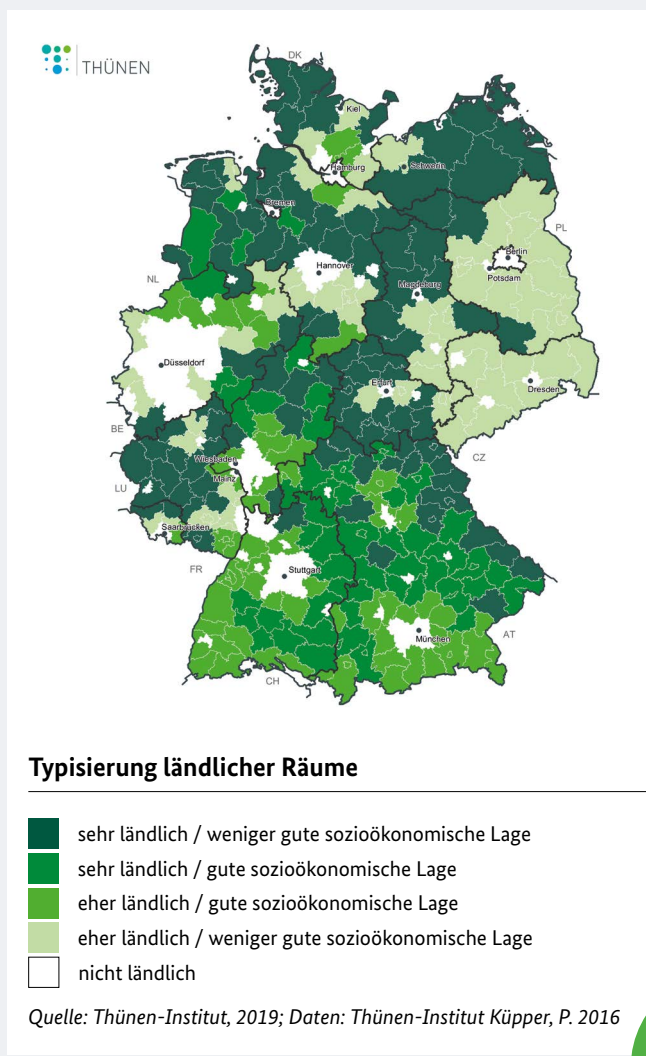


Die Bedeutung ländlicher Regionen für Leben und Arbeiten, Wirtschaft und Kultur in Deutschland kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Sie sind die Basis für die Lebensmittel- und Energieversorgung und bieten Raum für Erholung. Zugleich bestehen große Herausforderungen, denen sich Politik und Gesellschaft stellen müssen. Attraktive ländliche Regionen brauchen attraktive Rahmenbedingungen: wirtschaftliche, soziale, kulturelle und ökologische. Dafür müssen alle an einem Strang ziehen: Bund, Länder und Gemeinden, Wirtschaft, Vereine und Gruppen wie auch Bürgerinnen und Bürger von jung bis alt.

Die Auswirkungen des demografischen Wandels stellen viele ländliche Regionen vor große Aufgaben. Ziel und Aufgabe aller Akteure muss es sein, gleichwertige Lebensverhältnisse zu schaffen und die nachhaltige Entwicklung

ländlicher Regionen voranzubringen. Dazu gehören eine ausreichende Grundversorgung und leistungsfähige Infrastruktur ebenso, wie hohe Wirtschafts- und Innovationskraft, Arbeitsplätze, attraktive Ortskerne und ein starkes bürgerschaftliches Engagement in Dörfern, Gemeinden und Städten auf dem Land. Die Kulturlandschaften und natürlichen Ressourcen müssen bewahrt und gepflegt werden, auch um den hohen Erholungswert ländlicher Regionen zu sichern.

Bei der Weiterentwicklung der Politik für ländliche Regionen fließen Erkenntnisse aus der Regionalstatistik und der Wissenschaft ebenso ein wie Stellungnahmen des Sachverständigenrates Ländliche Entwicklung. Nicht zuletzt sind die Erwartungen und Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger bezüglich der Lebensqualität im ländlichen Raum von hoher Bedeutung.



Etwa **90 Prozent** der Fläche in Deutschland sind ländlich geprägt.

Etwa **47 Millionen** Menschen leben auf dem Land; das sind mehr als die Hälfte der Einwohner Deutschlands.

Über **80 Prozent** der Fläche Deutschlands werden für unsere Lebensmittel und Rohstoffversorgung land- und forstwirtschaftlich genutzt.





2 Wie wichtig sind ländliche Regionen für uns?

Lebensqualität und Wirtschaftskraft - unter diesen Schlagwörtern lässt sich die Bedeutung ländlicher Regionen für unser Leben in Deutschland zusammenfassen. Sie sind Naturraum, Ort für Erholung und Rückzug, Zuhause und Heimat. Ländliche Regionen sind mit starken mittelständischen und landwirtschaftlichen Unternehmen zugleich wichtige Wirtschaftsstandorte und Orte von Innovation.



Ländliche Regionen bieten vielfältige Ressourcen

Ländliche Regionen sind wichtig wegen ihrer Rohstoff-, Erholungs- und Ausgleichsfunktion. Diese können sie langfristig nur ausüben, wenn ihre natürlichen Ressourcen erhalten und nutzbar bleiben. Deshalb ist der Schutz der natürlichen Ressourcen eines der prioritären Ziele der Bundesregierung. Ein wichtiger Bereich ist dabei der Schutz der nicht vermehrbaren Ressource Boden und seiner Funktionen für den Naturhaushalt. So setzt sich die Bundesregierung dafür ein, die Inanspruchnahme von land- und forstwirtschaftlichen Flächen – etwa durch Bebauung – zu begrenzen.

Eine Aufgabe des Staates besteht darin, Rahmenbedingungen für gleichwertige Lebensverhältnisse zu schaffen. Das Bundeslandwirtschaftsministerium hat das Ziel, dies gemeinsam mit anderen Bundesressorts, Ländern und Kommunen sowie Bürgerinnen und Bürgern vor Ort in den ländlichen Regionen zu verwirklichen. Dafür hat die Bundesregierung eine Kommission „Gleichwertige Lebensverhältnisse“ eingesetzt. Im Sommer 2019 hat die Bundesregierung in einem ersten Schritt 12 Maßnahmen des Bundes beschlossen. Weitere Maßnahmen werden nun mit den Ländern und den kommunalen Spitzenverbänden besprochen. Ziel ist, dass die Regionen mit ihren verschiedenen Vorzügen den Menschen gute Chancen bieten, unabhängig davon, ob sie auf dem Land oder in der Stadt leben.

Ländliche Regionen bestimmen die Zukunft unseres Landes mit

Laut der jüngsten Agrarstrukturerhebung erzeugen rund 940.000 Menschen (einschließlich aller Familien- und Saisonarbeitskräfte) in rund 275.000 landwirtschaftlichen Betrieben jedes Jahr Nahrung und Rohstoffe im Wert von über 50 Milliarden Euro. Aber ländliche Regionen sind weit mehr als nur Landwirtschaft. Hier ist der Raum für mittelständisches Gewerbe, Dienstleistung, Handwerk, erneuerbare Energien, Forschung und Entwicklung. Die Situation ist in den Regionen sehr unterschiedlich: Während einige Landstriche regelrecht aufblühen, fehlen in anderen Gebieten unternehmerische Investitionen, Infrastruktur und die Zahl der dort lebenden Menschen nimmt ab. Die Versorgung mit modernem Breitbandinternet ist in einigen Regionen vorbildlich, während es in anderen Regionen noch „weiße Flecke“ gibt.

In ländlichen Regionen haben Vereinsleben, Brauchtum und Gemeinschaftsgefühl eine besondere Tradition. Besonders positiv bewerten die Menschen dort ihr Wohn-

eigentum und die attraktive Landschaft. Lebensqualität, Freizeitaktivitäten, Naturerleben – der Tourismus boomt, Millionen Menschen finden Erholung und Ausgleich auf dem Land. Deutschlands ländliche Regionen bieten eine Fülle an Natur- und Kulturlandschaften – von den Marschen und Seen im Norden über die waldreichen Mittelgebirge bis zu den Alpen. Die Bundesregierung fördert den Erhalt und die Pflege der Kulturlandschaften und trägt zum Schutz der Artenvielfalt in Deutschland bei.

LÄNDLICHE REGIONEN IN ZAHLEN: MEHR ALS LANDWIRTSCHAFT

MOTOR DER ENERGIEWENDE

14,0 Prozent betrug 2018 der Anteil erneuerbarer Energien am gesamten Primärenergieverbrauch in Deutschland. Den Löwenanteil am Primärenergieverbrauch der erneuerbaren Energien macht die Bioenergie mit 53,6 Prozent aus, gefolgt von der Windenergie mit knapp 22,2 Prozent.



ROHSTOFFQUELLE DEUTSCHLANDS: BIOBASIERTE WIRTSCHAFT

11,4 Millionen Hektar Wald liefern u.a. Holz für die Bau- und Werkstoffe und die Energieversorgung. Rund 275.000 Hektar beträgt die landwirtschaftliche Fläche, auf der Industriepflanzen für Baustoffe, Schmierstoffe, Kunststoffe, Färbemittel, Arzneien und viele weitere Produkte wachsen.



BELIEBTES REISEZIEL

Mit **34 Prozent** Marktanteil ist Deutschland das beliebteste Reiseziel deutschsprachiger Urlauber (Quelle: BAT Tourismusanalyse 2018, zitiert in www.statista.de). Der ländliche Raum verfügt über viele attraktive Urlaubsziele und landtouristische Angebote. Für die weitere Entwicklung des Tourismus im ländlichen Raum wird die konsequente Qualitätsorientierung der Angebote von entscheidender Bedeutung sein.



15,4 Millionen Übernachtungen finden jährlich in Ferienwohnungen und Zimmern auf dem Bauernhof statt.

25 Prozent ihres Gesamtumsatzes und mehr erwirtschaftet rund die Hälfte der Betriebe, die Urlaub auf dem Bauernhof anbieten, mit Tourismus.

3

Was sind ländliche Regionen?

Mag man zunächst auch Stadt und Land als Gegensätze verstehen, Tatsache ist, Stadt und Land gehören zusammen – sie brauchen einander. Eine einheitliche, in Politik, Wissenschaft und Gesellschaft anerkannte Definition der ländlichen Regionen existiert nicht, da sie so vielfältig sind und so verschiedene Funktionen erfüllen. Die Debatte ist rege. Aber: Politik braucht Kategorien, um die Entwicklung in den Regionen vergleichen und gezielt fördern zu können.



Was sind Merkmale ländlicher Regionen?

Die Bundesländer legen die Gebiete fest, in die die Mittel des wichtigsten europäischen Förderinstrumentes für ländliche Regionen, des Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums (ELER), fließen.

Die Gemeinsamkeit dieser ländlichen Gebiete besteht darin, dass sie durch land- und forstwirtschaftliche Flächennutzung geprägt sind. Das Landschaftsbild bestimmen Dörfer, kleinere und mittlere Städte, die von Feldern, Wiesen und Wäldern umgeben sind. Wirtschaft und Arbeit werden durch kleine und mittelständische Unternehmen dominiert. Diese Strukturmerkmale prägen auch das Lebensgefühl, die Identität und den Zusammenhalt in den ländlichen Regionen.



WAS KENNZEICHNET LÄNDLICHE REGIONEN?



Lage und Erreichbarkeit

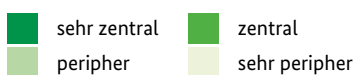
Ein Merkmal ländlicher Regionen ist ihre Lage außerhalb oder abseits von Ballungsräumen. Aber auch Regionen in der Nähe von Ballungszentren können eine ländliche Struktur haben. In ländlichen Regionen liegen Klein- und Mittelstädte als Zentren, die wichtige Funktionen, zum Beispiel für die Versorgung der Bevölkerung aus dem Umland, übernehmen.

Die Bevölkerungsdichte und die geografische Lage sind wichtige Merkmale, um ländliche Regionen zu klassifizieren. Die Lage lässt Rückschlüsse darauf zu, wie gut eine ländliche Region angebunden ist und wie gut Ballungszentren, dortige Arbeitsplätze und zentrale Versorgungseinrichtungen für die Menschen, die auf dem Land leben, erreichbar sind.

Die folgende Karte zeigt, welche Regionen in Deutschland „peripher“, das heißt abseits von Ballungszentren, gelegen sind.



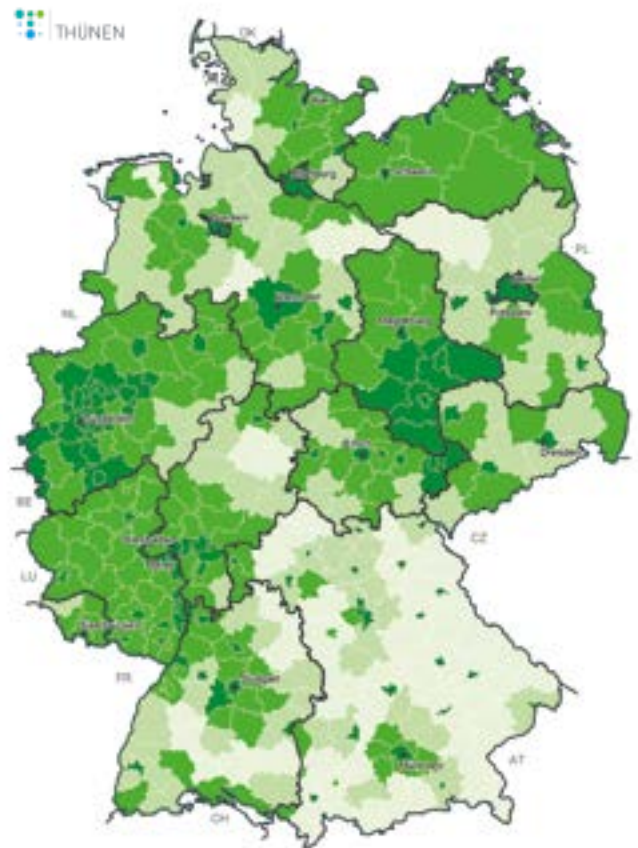
Raumtypen in Deutschland



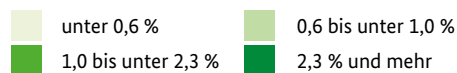
Quelle: Thünen-Institut, 2019; Daten: BBSR, Stand 2015

Natur und Erholung

Unterschiedlichste Landschaften mit ihren Eigenheiten prägen unser Land von der Nordsee bis zu den Alpen, von der Eifel bis zum Odertal. Wälder und Seen, Rad- und Wanderwege, Kultur und Gastronomie bieten eine reiche Vielfalt an Erholungsmöglichkeiten. Die Karte zeigt den Anteil der unbebauten Flächen (ohne Wälder, Gewässer und Landwirtschaft), die dem Sport und der Erholung dienen, an der Gesamtfläche.



Anteil der Erholungsfläche an der Gesamtfläche



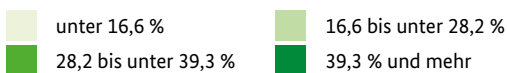
Quelle: Thünen-Institut 2019; Daten: Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. INKAR. Ausgabe 2019. Hrsg.: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) – Bonn 2018.

Land- und Forstwirtschaft

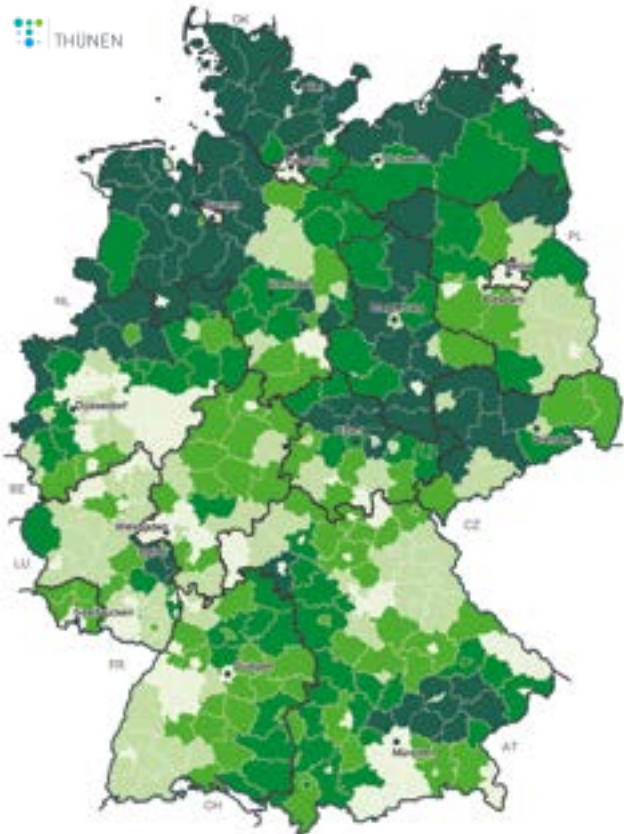
Sowohl für die Lebensmittel- als auch für die Energie- und Rohstoffproduktion werden Anbauflächen benötigt. Boden ist dabei eine Ressource, die nicht vermehrbar ist. Tatsächlich beträgt die landwirtschaftlich genutzte Fläche nur noch etwa die Hälfte Deutschlands, sie nimmt jedoch seit Jahren ab. Die Wälder in Deutschland verdienen im Hinblick auf ihren wirtschaftlichen Nutzen und ihre Bedeutung für Natur, Umwelt und Erholung besondere Aufmerksamkeit. Rund ein Drittel der Fläche Deutschlands ist mit Wald bedeckt.



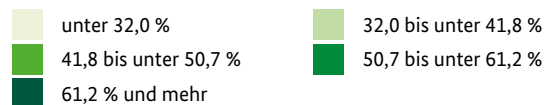
Anteil des Waldes an der Gesamtfläche



Quelle: Thünen-Institut 2019; Daten: Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. INKAR. Ausgabe 2019. Hrsg.: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) – Bonn 2018.



Anteil der Landwirtschaftsfläche an der Gesamtfläche



Quelle: Thünen-Institut 2019; Daten: Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. INKAR. Ausgabe 2019. Hrsg.: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) – Bonn 2018.

WAS DENKEN SIE ÜBER DAS LEBEN AUF DEM LAND?

69 Prozent

der Deutschen schätzen ländlich geprägte Gegenden für ihre hohe Lebensqualität. Vor allem Bewohner kleinerer und mittlerer Städte halten das Land für einen attraktiven Ort zum Leben.

85 Prozent

denken beim Thema „Ländliche Regionen“ an Erholung und Freizeit.

41 Prozent

der Befragten sehen ländliche Regionen als bevorzugten Arbeitsort.

Quelle: BMEL, Stand 2014

Unterschiede innerhalb Deutschlands und in Europa

Wachsende und schrumpfende Städte und Gemeinden







Der Trend zum Leben in städtischen Regionen ist vor allem bei jüngeren Menschen ungebrochen. Doch nicht in allen ländlichen Regionen Deutschlands ist die strukturelle Entwicklung gleich. Während manche Regionen regelrecht boomen, kämpfen andere gegen Abwanderung und Schrumpfung. Von Schrumpfung betroffen sind dabei nicht nur ostdeutsche Regionen, sondern auch abgelegene und strukturschwache Regionen im Norden, Süden und Westen Deutschlands. Schrumpfende Regionen sehen sich dabei besonderen Herausforderungen gegenüber: Die Bevölkerung nimmt ab, da die Geburtenraten niedrig sind und immer mehr Menschen fortziehen – unter anderem, weil weiterführende Bildungsangebote fehlen und die Zahl der Arbeitsplätze am Ort zurückgeht. Weniger Einwohner und ein mangelhaftes Arbeitsplatzangebot bedeuten wiederum

eine sinkende Kaufkraft und zurückgehende Steuereinnahmen. Wenn dann weniger Geld investiert wird, verstärkt das den negativen Trend. Ein Kreislauf, aus dem Städte und Gemeinden nur schwer ausbrechen können.

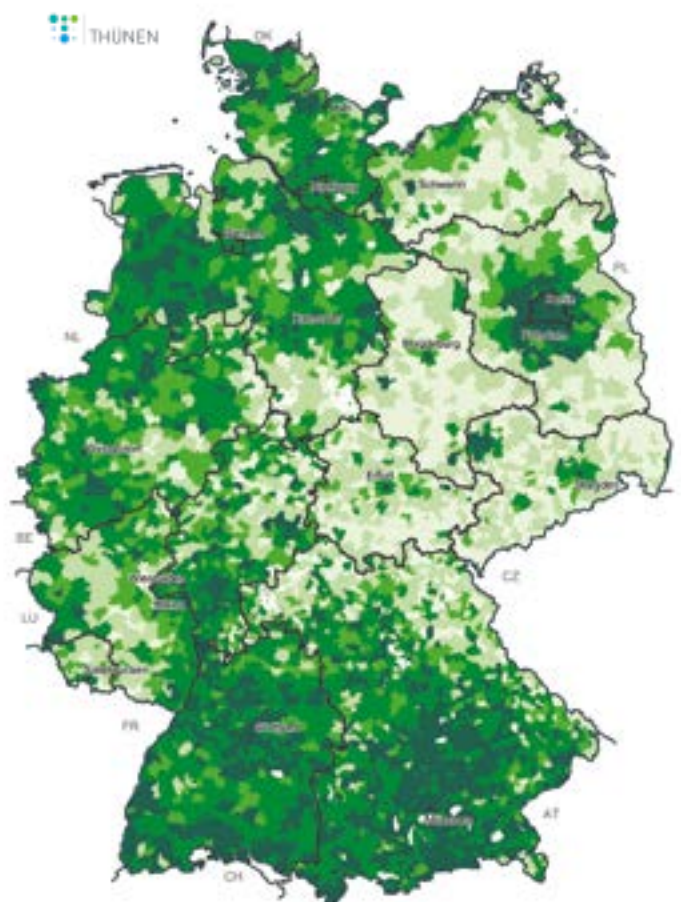
Aufgabe der Bundesregierung und der Bundesländer ist es, hier ausgleichend zu wirken und gleichwertige Chancen und Lebensverhältnisse herzustellen, damit mehr Menschen in den ländlichen Regionen bleiben oder in diese zurückkehren können.

Die Karte stellt die Verteilung von schrumpfenden und wachsenden Regionen im bundesweiten Vergleich zwischen 2009 und 2014 dar. Schrumpfung wird gemessen an der Bevölkerungsentwicklung, dem durchschnittlichen Wanderungssaldo, der Entwicklung der Erwerbsfähigen, der Beschäftigtenentwicklung, der Entwicklung der Arbeitslosenquote und der Gewerbesteuer.




Wachsende/schrumpfende Städte und Gemeinden

	stark schrumpfend		schrumpfend
	stabil		wachsend
	stark wachsend		gemeindefreie Gebiete

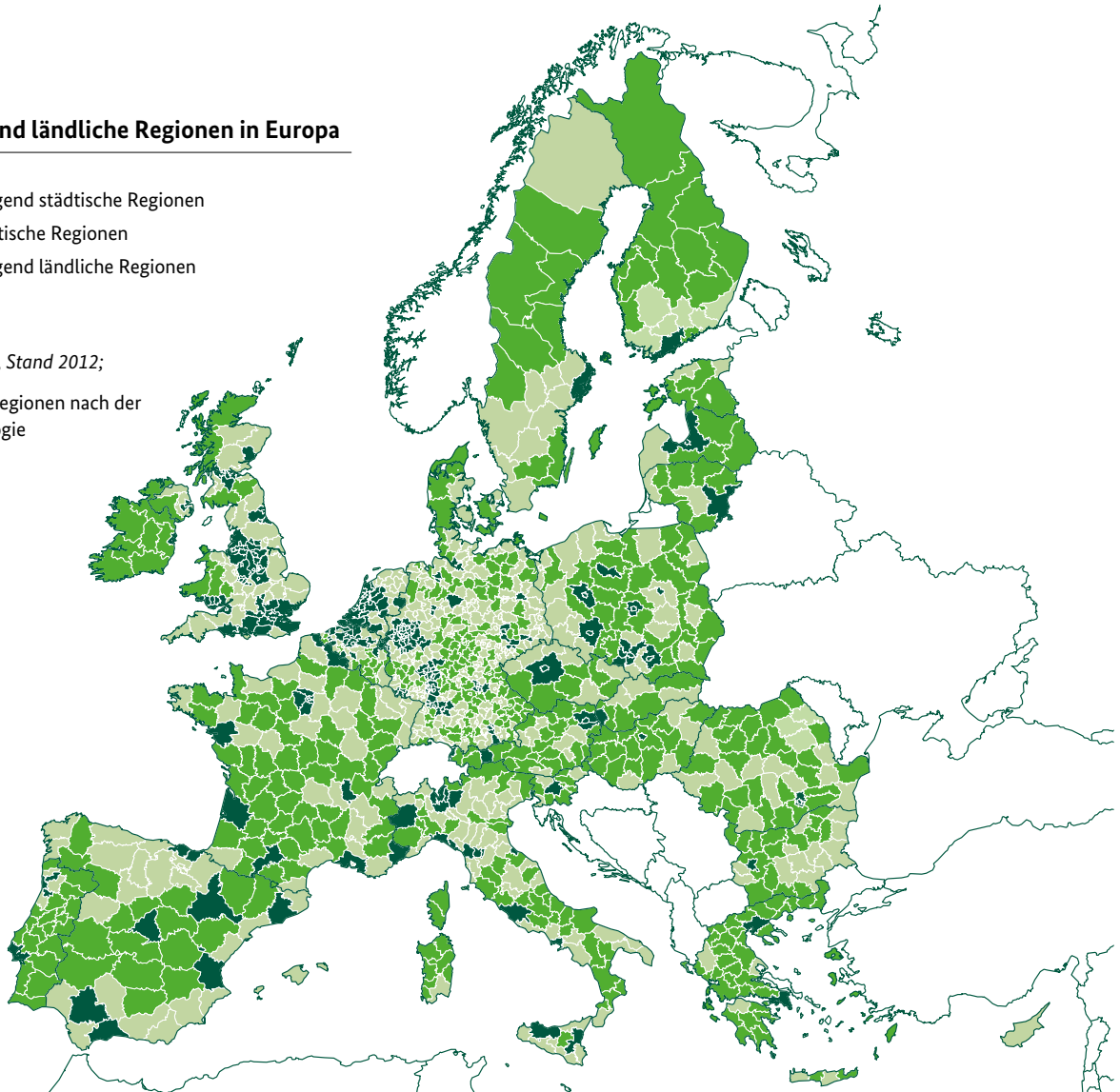
Quelle: Thünen-Institut, 2019; Daten: BBSR, 2017



Städtische und ländliche Regionen in Europa

-  überwiegend städtische Regionen
-  halbstädtische Regionen
-  überwiegend ländliche Regionen

Quelle: Eurostat, Stand 2012;
Einteilung der Regionen nach der
EU-Raumtypologie



LÄNDLICHE REGIONEN – EINE HERAUSFORDERUNG FÜR EUROPA

Der Bayerische Wald, Tirol, die Toskana oder die Provence sind bekannte ländliche Regionen Europas. Nach der Definition von Eurostat, dem Statistischen Amt der Europäischen Union (EU), sind 90 Prozent der Fläche der EU ländlich oder überwiegend ländlich geprägt. Rund die Hälfte der europäischen Bevölkerung lebt in Gegenden, die unter diese Definition fallen. Auch die europäische Politik für die ländlichen Räume muss Antworten geben auf die Herausforderungen, die sich durch die große Vielfalt und die sehr unterschiedlichen Strukturen in diesen Regionen ergeben. Besonders abgelegene Regionen sind in ihrer Entwicklung beeinträchtigt – an den äußeren Grenzen der EU ebenso wie in den Grenzgebieten zwischen den Staaten der EU oder auch innerhalb der Mitgliedstaaten.

BEISPIEL: GEMEINSAMER ARBEITSMARKT IN GRENZGEBIETEN VON BAYERN UND TSCHECHIEN

Die Initiative der Industrie- und Handelskammer Regensburg und der Wirtschaftskammer Pilsen hat einen gemeinsamen bayerisch-tschechischen Wirtschaftsraum zum Ziel. Die INTERREG-Initiative soll gezielt Impulse bei der Bildung von Netzwerken zwischen bayerischen und tschechischen Unternehmen geben und damit den Standort Ostbayern-Westböhmen stärken.

Ob Forschungsk Kooperationen, grenzüberschreitende Verkehrsmaßnahmen oder gemeinsame Berufsbildungsoffensiven und Cluster-Kooperationen im Bereich Mechatronik – die Themen der Zusammenarbeit sind genauso vielfältig wie die Maßnahmen. Wechselseitige Seminarveranstaltungen und Beratungstage tragen zur Vernetzung der Regionen bei.



4

Was sind die Trends der ländlichen Entwicklung?

Ländliche Regionen wandeln sich. Die großen gesellschaftlichen Themen wie Klimawandel, Globalisierung, Digitalisierung, Nachhaltigkeit, Alterung, Zu- und Abwanderung und der Wandel von Lebensstilen verändern auch das soziale Leben und die Wirtschaft auf dem Land. Das birgt für ländliche Regionen zugleich Chancen und Risiken.

Aber warum erfahren manche ländliche Regionen eine Aufwertung, während andere Gefahr laufen, weiter zurückzufallen? Welche Standortfaktoren sind entscheidend dafür, in welche Richtung sich ländliche Regionen entwickeln? Klar ist: Innovationen und kreative Köpfe sind ebenso gefragt wie tatkräftige lokale Akteure, um regional angepasste Lösungen zu entwickeln.



Leben – Wohnen – Heimat

Wie verändert sich das Leben auf dem Land?

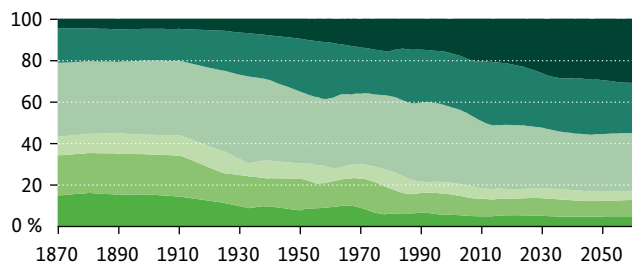
Der Anteil der Menschen, die angeben, dass sie gerne „auf dem Land“ leben würden, ist seit Jahren hoch. Mehr Lebensqualität, Entschleunigung, Heimat und Zugehörigkeit – dies alles hofft man in ländlichen Regionen eher zu finden. Die persönliche Wahlfreiheit der Menschen erlaubt ihnen, sich ihren Wohnraum und Lebensstil weitestgehend nach ihren Wünschen zu gestalten. Mobilität und das Internet erleichtern diese Entwicklung. Vor allem Gemeinden mit guter Anbindung an Ballungsräume und erreichbaren Versorgungs- und Bildungsangeboten sowie attraktiven Ortskernen, Einkaufsmöglichkeiten, Ärzten oder Kitas konnten in den letzten Jahren einen Bevölkerungszuwachs verzeichnen. Demgegenüber stehen schrumpfende Regionen mit Bevölkerungsrückgang. Diese sind mit Herausforderungen an die Gestaltung der Infrastrukturen und oft zunehmenden Leerstand verbunden. Außerdem sind angepasste Lösungen für die Ärzterversorgung, wohnortnahe Kitas und Schulen, Gastronomie und Einzelhandel sowie flächendeckende Breitband- und Mobilfunkangebote Herausforderungen, die ländliche Regionen bewältigen müssen, wenn sie ein attraktives Lebensumfeld bieten wollen.

Wie können die Regionen profitieren?

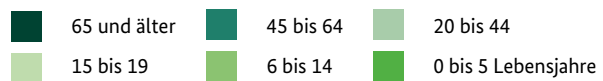
Ziel der Bundesregierung ist es, allen ländlichen Regionen gleichwertige Entwicklungschancen zu ermöglichen. Mit dem Bundesprogramm Ländliche Entwicklung unterstützt das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft die Erprobung innovativer Ansätze in der ländlichen Entwicklung. Es soll dazu beitragen, die ländlichen Regionen als attraktive Lebensräume zu erhalten. Um das zu erreichen, brauchen wir die Unterstützung der Menschen vor Ort, der Wirtschaft und der Kommunen. Politik kann begünstigende Voraussetzungen schaffen – gestaltet

DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG

Der demografische Wandel in Deutschland ist deutlich sichtbar: Die Bevölkerung wird immer älter. Die Lebenserwartung steigt, während die Geburtenziffer wieder leicht ansteigt. Diese Entwicklung stellt das ganze Land vor Herausforderungen. Vorhandene Ungleichgewichte zwischen den Regionen und innerhalb der Regionen werden durch den demografischen Wandel verschärft. Zur Aufrechterhaltung gleichwertiger Lebensverhältnisse bedarf es geeigneter Anpassungsmaßnahmen, etwa bei der Sicherung der örtlichen Daseinsvorsorge und Nahversorgung.



Bevölkerung in Deutschland* nach Altersgruppen, 1871 bis 2060**



* 1871 bis 1939 Deutschland in den jeweiligen Grenzen, ab 1950 Früheres Bundesgebiet und Gebiet der ehemaligen DDR insgesamt.

** Ab 2017: Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Bundes und der Länder, Aktualisierte Rechnung auf Basis 2015, Variante 2A: Kontinuität bei stärkerer Zuwanderung (langfristiger Wanderungssaldo: 200.000 jährlich).

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Berechnungen BIB

und gelebt wird der Alltag in den Dörfern und Gemeinden jedoch von den Menschen selbst. Hier ist Zusammenarbeit sowohl im Bereich der bürgerschaftlichen Teilhabe und der Stärkung des Ehrenamts als auch im Bereich der Kooperation der Kommunen untereinander gefragt, um Lebensqualität zu erhalten beziehungsweise zu verbessern.

BEISPIELPROJEKT: WETTBEWERB „UNSER DORF HAT ZUKUNFT“

So unterschiedlich wie die ländlichen Regionen selbst, so vielfältig sind die Ideen und Projekte im BMEL-Bundeswettbewerb „Unser Dorf hat Zukunft“. Ein Dorf stärkt die Freiwillige Feuerwehr, ein anderes einen Kindergarten, hier eine Begegnungsstätte für die Älteren, dort die dorftypische Gestaltung des Ortes, hier ein Schulgarten, dort die Wege rund um den Ort – es ist eine enorme Kreativität, die im Wettbewerb sichtbar wird. Die Menschen vor Ort schaffen durch ihre Ideen und Planungen eine nicht selten wieder neu entdeckte Gemeinschaft. Der Wettbewerb soll die Orte und die Menschen stärken.

Engagement und Verantwortung sind gefragt – so können Zukunftsperspektiven entstehen. Ein Beispiel ist die Gemeinde Loikum in Nordrhein-Westfalen. Mittels eines selbst konstruierten Kabelpfluges verlegten die Bürger im Ort über 100 Kilometer Glasfaserleitung. Die eigens gegründete Teilnehmergeinschaft sorgt für gleiche Anschlusskosten für alle Beteiligten. Von der Datenautobahn profitieren landwirtschaftliche und nichtlandwirtschaftliche Unternehmen ebenso wie die Verwaltung und natürlich die einzelnen Bürger.

Arbeiten – Wirtschaft – Innovation



Wie verändern sich ländliche Wirtschaft und Arbeitswelt?

Der Anteil an Arbeitsplätzen in der Land- und Forstwirtschaft ist in den letzten Jahren und Jahrzehnten erheblich zurückgegangen. Auch hier unterliegt die Arbeit technischen Entwicklungen und der Digitalisierung. Die Zahl der Menschen, die in Dienstleistungsbereichen wie Logistik, Gesundheit und Bildung arbeiten, steigt. Besonders das produzierende Gewerbe trägt in ländlichen Regionen in

hohem Maße zur wirtschaftlichen Entwicklung bei. Dort sind vor allem Ingenieure gefragt. Potenziale liegen bei mittelständischen Unternehmen, beim Handwerk, bei Klein- und Kleinstunternehmen, im Tourismus, in der Nutzung erneuerbarer Energiequellen, nachwachsender Rohstoffe sowie bei Lebensmitteln. Die nötigen Anpassungen an den Klimawandel befördern technische und digitale Innovationen und stärken Unternehmen im Bereich der erneuerbaren Energien. Ein wachsendes Bewusstsein für nachhaltige Lebensweise und Tierwohl sorgt für eine zunehmende Nachfrage nach Bioprodukten, regionalen Erzeugnissen und innovativen Produkten aus nachwachsenden Rohstoffen.

Welche Erwartungen haben Beschäftigte?

Nicht nur die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen des ländlichen Arbeitsmarktes ändern sich, auch die Ansprüche der Beschäftigten haben sich gewandelt. Auch dort gehören flexible Erwerbsverläufe und ein lebenslanger Lernprozess zur Realität der meisten Menschen. Durch eine verbesserte digitale Infrastruktur ist Telearbeit auf dem Land möglich. Dies bringt eine erhebliche Erleichterung für Pendler mit sich. Auch die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist ein zunehmend wichtiger Faktor. Kitaplätze, medizinische Versorgung und familienfreundliche Arbeitsmodelle spielen bei der Auswahl von Wohnort und Arbeitgeber eine Rolle und tragen damit zur Gewinnung von Fachkräften in den Regionen bei.

HIGHTECH-KLEBSTOFF AUS WINDACH

Nach anfänglichen Schwierigkeiten hält eine mittelständische Firma im bayerischen Windach ein ganzes Dorf jung und lebendig. In dem Gebäude inmitten von Feldern und Wiesen verbirgt sich ein Marktführer auf dem Gebiet der Industrieklebstoffe. Anfangs waren die Windacher misstrauisch, befürchteten Grundwasserverschmutzung durch Chemikalien oder sogar eine Explosion. Doch durch Information und Aufklärung konnten die Bedenken überwunden werden. Seit fast zehn Jahren floriert die Firma am neuen Standort. Landflucht ist kein Thema mehr für Windach. Im Gegenteil: Immer mehr junge Familien ziehen in den Ort, die drei Kindergärten der Kommune sind voll ausgelastet. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schätzen die Lage im Grünen. Durch eine Autobahnanbindung ist Windach gut an München angeschlossen.



Naturschutz - Biodiversität - Landschaft

Wie verändern sich Natur und Naturerleben?

In den vergangenen Jahrzehnten wurden viele Wälder vielfältiger, Flüsse und Seen sauberer, Braunkohlereviere renaturiert, Moore wieder vernässt und einige früher vom Aussterben bedrohte Arten wie Lachs, Uhu, Storch und Luchs breiten sich wieder aus. Naturnaher Tourismus liegt im Trend, ländliche Regionen sind beliebte Reiseziele. Ein Beispiel dafür ist das „Grüne Band“. Entlang der ehemaligen innerdeutschen Grenze verbindet es viele beliebte Naturräume. Eine Chance, sowohl für die Natur als auch die Wirtschaftskraft der Regionen, liegt im sanften Tou-



rismus. Aber wie können ländliche Regionen, insbesondere die von demografischem Wandel und Abwanderung besonders betroffenen Gebiete, dauerhaft vom Tourismus profitieren? Deutschland ist mit einem Marktanteil von etwa einem Drittel aller Urlaubsreisen weiterhin das beliebteste Reiseziel der Deutschen. Für viele landwirtschaftliche Betriebe ist der Tourismus heute ein wirtschaftlich bedeutender Einkommenszweig. Unternehmen rund um den Tourismus wie Gastronomie oder Handwerk profitieren von dieser Entwicklung. Auch dem Erhalt von Natur und Kulturlandschaften kommt der Trend zum Urlaub auf dem Land zugute. Herausforderung ist, Freizeitangebote und den Tourismus auch über die Zielgruppe Familien mit Kindern hinaus und außerhalb der Schulferien attraktiv zu machen. So kann er ländliche Regionen stärken.

Schrumpfung als Chance

Wenn Menschen oder Einrichtungen die Region verlassen, kann das auch eine Chance für einen Neubeginn sein. Durch den Rückgang von Industrie und Bevölkerung entstehen großflächige, extensiv genutzte Kultur- und Naturlandschaften, die zu einem Alleinstellungsmerkmal ganzer Regionen werden. Land- und Forstwirtschaft, Naturschutz und sanfter Tourismus sind dann eine Chance für die regionale Wirtschaft und die auf dem Land verbliebenen Menschen. Aber Schrumpfung bietet auch Platz für neues Gewerbe und Innovationen.

VON DER KASERNE ZUM GEWERBEPARK

Nach rund 40 Jahren schloss die Hülsmeier-Kaserne im niedersächsischen Barnstorf ihre Pforten. Ende des Jahres 2005 verließen die letzten der fast 500 Soldaten und zivilen Angestellten das rund 20 Hektar große Gelände. Inzwischen ist aus der Kaserne in der Mitgliedsgemeinde Eydelstedt ein florierender Gewerbepark geworden.

Mehr als zehn Firmen mit rund 300 Beschäftigten haben sich angesiedelt. Die Gewerbesteuer-Einnahmen haben sich vervielfacht. Kauf und Vermarktung der ehemaligen Kaserne hat die Planungs- und Entwicklungsgesellschaft der Samtgemeinde Barnstorf übernommen.



5

Was bieten ländliche Regionen, wo liegen die Herausforderungen?

Wer fragt, was ländliche Regionen attraktiv macht, kann nicht mit einer pauschalen Antwort rechnen. Zu vielfältig sind die Entwicklungen jeder einzelnen Region. Zwischen romantischer Urlaubsidylle und strukturschwacher Randlage sowie florierendem Mittelstand und zuziehenden Familien gibt es eine große Spannbreite und jede Menge Zwischentöne. Die Herausforderungen sind groß, aber auch die Potenziale und Perspektiven.



Chancen und Herausforderungen

WOHNEN



In ländlichen Regionen gibt es mehr Wohneigentum, größere Wohnungen, Grundstücke und Gärten. Allerdings stehen in manchen ländlichen Regionen auch immer mehr Wohnungen und Häuser leer. Neue Nutzungen sind hier gefragt, beispielsweise für altersgerechtes Wohnen und als Mehrfunktionenhäuser.

GESUNDHEIT



Die Verteilung der niedergelassenen Ärzte ist in Deutschland sehr unterschiedlich. In absehbarer Zeit wird sich der Ärztemangel regional erheblich verschärfen. Nur mit innovativen Lösungen können alle Beteiligten, einer lückenhaften medizinischen Versorgung entgegenwirken.

ARBEIT



Vergleicht man Ballungsräume und ländliche Regionen, ist das produzierende Gewerbe in ländlichen Regionen besonders stark mittelständisch geprägt. Die Strukturpolitik der Bundesregierung und der Europäischen Union setzt bei den wirtschaftlich schwachen Regionen an: Ihnen soll geholfen werden, bei Wirtschaftswachstum, Einkommen und Beschäftigung aufzuholen.

BILDUNG



Bedingt durch den demografischen Wandel gehen besonders in ländlichen Regionen die Schülerzahlen zurück. Die Folge: Schulen müssen schließen – Schulwege verlängern sich merklich. Den größten Handlungsbedarf gibt es dort, wo das Schulnetz bereits heute sehr lückenhaft ist. Hier sind regionale Lösungen erforderlich.

FLÄCHENNUTZUNG



Charakteristisch für das Land im Vergleich zu den Ballungsräumen ist der große Anteil an Freiflächen und Natur. Die Siedlungs- und Verkehrsfläche nimmt in Deutschland jedoch weiter zu. Die Flächenumwidmung geht hauptsächlich zulasten der landwirtschaftlich genutzten Fläche. Und oft werden Wälder und Freiräume zerschnitten. Potenziale liegen hier in der Umnutzung bestehender Bau- oder ungenutzter Brachflächen – anstelle des Neubaus „auf der grünen Wiese“.

ERREICHBARKEIT



Eine gute Verkehrs- und Kommunikationsanbindung ist für Menschen und Unternehmen ein wichtiges Kriterium bei der Wahl des Wohn-, Arbeits- oder Firmenstandortes. Daher sind der öffentliche Personennahverkehr und der Ausbau der digitalen Infrastruktur wichtig. Das Bundeslandwirtschaftsministerium bringt deshalb zusammen mit den Bundesländern den flächendeckenden Ausbau der Breitband- und Mobilfunknetze voran und fördert hochleistungsfähige Internetzugänge in ländlichen Regionen.

GRUNDVERSORGUNG



Auch wenn die Grundversorgung in Deutschland in ihren vielen Facetten fast überall gewährleistet ist: Geringe Bevölkerungszahlen stellen Einzelhandel, Kommunen und Netzbetreiber vor Herausforderungen. Beispiel Wasser: Überall fließt sauberes Trinkwasser aus dem Hahn. Geht die Bevölkerung in den Regionen zurück, kann es für den einzelnen Haushalt teurer werden.

ERHOLUNG



Ob kurz oder lang, Bauernhof, Landhotel oder Almhütte – Urlaub auf dem Land liegt im Trend. Für die landwirtschaftlichen Betriebe, aber auch für Gastronomie, Dienstleistung, Handel und Handwerk ist der Tourismus eine wichtige Einkommensquelle. Er stärkt die ländliche Wirtschaftskraft und trägt damit zur Entwicklung der ländlichen Regionen bei.

Wohnen



Wie wohnen wir, was und in welchem Umfang wird gebaut, reicht das Wohnungsangebot aus, ist es bezahlbar und was hat das Wohnumfeld zu bieten? Die Antworten auf diese Fragen sagen viel über die Attraktivität einer Stadt oder

Region aus. Auch hier gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Regionen und zu den Städten: In vielen Metropolen mangelt es an bezahlbarem Wohnraum, aber es gibt auch rasch wachsende Gemeinden. Vor allem in abgelegenen Regionen sind die Menschen nicht selten mit Leerstand und Verfall konfrontiert. Beides stellt Kommunen, Länder und den Bund vor besondere Herausforderungen, wenn es darum geht, ein lebenswertes Zuhause überall und für alle Generationen zu gewährleisten.

Wie ist die Situation?

Die Menschen in Deutschland werden immer älter, der Anteil junger Menschen nimmt ab, der von Zugewanderten steigt. Der demografische Wandel betrifft das ganze Land, macht sich aber besonders in dünn besiedelten ländlichen Regionen bemerkbar. Wachsende Regionen, hat dies eine verstärkte Nachfrage, Neubauten und Angebotsengpässe zur Folge. Schrumpft eine Region, sinken oft die Immobilienpreise und es entstehen Leerstände, die Attraktivität des Wohnumfelds lässt nach und die Infrastruktur ist schwerer aufrechtzuerhalten – ein Kreislauf, aus dem die betroffenen Regionen oft nur mit gezielter Förderung und Unterstützung ausbrechen können. Dadurch nimmt die Kluft zwischen günstigen und teuren Regionen weiter zu.

Was sind die Herausforderungen?

Wohnungsabrisse, ausbleibende Sanierung oder Verfall ungenutzter Immobilien können auch auf dem Land die Folgen fehlender Nachfrage sein, die mit nachteiligen Konsequenzen für den Wert der verbleibenden Wohnungen sowie geringen Investitionen in die Substanz, die Ausstattung oder die Barrierefreiheit einhergehen.

Durch die Verbindung von niedrigen Geburtenraten und Abwanderung altert die Gesellschaft in schrumpfenden Gebieten noch schneller als in wachsenden ländlichen Regionen – mit Folgen für die Infrastruktur, die Kommu-

nalfinanzen, aber auch für das soziale Gefüge in kleineren dörflichen Gemeinschaften, die vorher durch das Zusammenleben und Miteinander der Generationen geprägt waren.

Welche Perspektiven und Potenziale gibt es?

Die Entwicklung in den schrumpfenden ländlichen Regionen muss nicht einfach hingenommen werden. Viele Beispiele zeigen, wie Dörfer auf Initiative der Menschen vor Ort zu neuem Leben erweckt werden können. Eine mögliche Perspektive ist, die Innenentwicklung zu verbessern und allmählich verödete Dorfkerne wieder zu beleben – zum Beispiel indem die Sanierung von Altbauten gefördert wird, anstatt am Ortsrand Neubaugebiete zu schaffen. Wichtig ist, an die jeweiligen regionalen Bedürfnisse angepasste Konzepte gegen den Leerstand zu entwickeln. Ob Mehrgenerationenhäuser, Multifunktionsstätten oder innovativer Umbau von Gebäuden: Gefragt sind Macherinnen und Macher, aktive Verwaltungen, Bürgermeister, Landräte oder Bürgerinitiativen, die sich den Herausforderungen stellen.







ALTBAU STATT NEUBAU

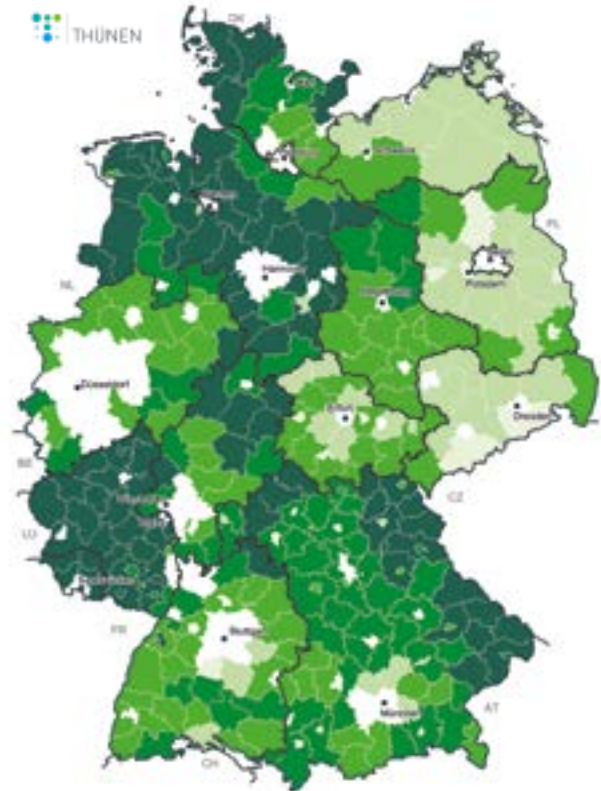
Viele Kommunen versuchen, Familien mit Neubaugebieten zum Zuzug zu bewegen. Das kostet die Städte und Gemeinden nicht nur jede Menge Geld, es hat auch noch weitere Nachteile: Zusätzliche Flächen werden versiegelt, die vorhandene Infrastruktur und die Ortskerne veröden zunehmend. Einen anderen Weg hat die nordrhein-westfälische Gemeinde Hiddenhausen gewählt: Sie hat ein Förderprogramm ins Leben gerufen, um junge Familien für leerstehende Altbauten zu gewinnen. Seit dem Jahr 2007 gibt es das Projekt „Jung kauft Alt – Junge Menschen kaufen alte Häuser“. Die Gemeinde fördert Gutachten, die helfen sollen, die Sanierungskosten besser einzuschätzen. Familien mit Kindern erhalten ein zusätzliches „Altbau-Kindergeld“. Mehr als 300 Käufe wurden bisher gefördert – und in die Altbauten sind Familien mit fast 400 Kindern eingezogen.

WOHNEN IN DEN REGIONEN

Die Wohnfläche pro Kopf steigt: Rund 48 Quadratmeter hat jeder Bundesbürger zur Verfügung. Doch diese Zahl sagt nicht viel über die Verhältnisse in einzelnen Regionen aus. Wer im Osten Deutschlands lebt, hat etwas weniger Platz als im Westen. Dort ist in vielen ländlichen Dörfern und Städten oft auch der Gebäudeleerstand hoch. Allgemein gilt, dass es sich in der Stadt enger lebt als auf dem Land, jedem Menschen stehen hier fast 6 Quadratmeter weniger Wohnraum zur Verfügung. Die Karte zeigt die Verteilung der durchschnittlichen Wohnfläche in Deutschland.

Durchschnittliche Wohnfläche pro Person in m²

	unter 44,3		44,3 bis unter 46,3
	46,3 bis unter 49,1		49,1 bis unter 51,8
	51,8 und mehr		nicht-ländliche Kreise



Quelle: Thünen-Institut 2019; Daten: Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung, INKAR, Ausgabe 2019. Hrsg.: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) – Bonn 2018.

BRENNPUNKT: ZUWANDERUNG

Die in der Tendenz eher rückläufige Bevölkerungszahl Deutschlands hat sich durch die Zuwanderung innerhalb kürzester Zeit in eine positive Richtung verändert. Seit dem Jahr 2012 steigt die Bevölkerungszahl wieder an. Gleichzeitig sorgt die steigende Zuwanderung für neue Herausforderungen bei der Integration wie auch bei der Versorgung mit Wohnungen. Denn das Bevölkerungswachstum – und damit auch die Nachfrage nach Wohnraum – konzentriert sich auf wirtschaftsstarke Großstädte, Metropolen und attraktive Städte mittlerer Größe.

Ländliche Regionen – insbesondere in Ostdeutschland – profitieren bisher nur vergleichsweise wenig von den Chancen, die Zuwanderung etwa im Hinblick auf die Verbesserung der Altersstruktur und auf die Gewinnung von Fachkräften bietet. Hier sind die Akteure im ländlichen Raum gefordert, Konzepte zu entwickeln, damit Zuwanderung zur demografischen und wirtschaftlichen Stabilisierung auf dem Land beitragen kann.





Arbeit



Land gleich Landwirtschaft? Das war einmal. Heute gehen die Menschen in den Dörfern und Kleinstädten den unterschiedlichsten Berufen nach. Entsprechend unterscheiden sich die beruflichen Perspektiven. Auf dem Land

finden sich boomende Regionen, in denen sich hoch spezialisierte Unternehmen konzentrieren. Fachkräfte zu gewinnen ist für sie eine besondere Herausforderung. Die Arbeitslosigkeit ist in den letzten Jahren in den ländlichen Regionen – insbesondere auch in Ostdeutschland – deutlich zurückgegangen. Wegen der Abwanderung der Vergangenheit fehlen hier vielfach Fachkräfte.

Wie ist die Situation?

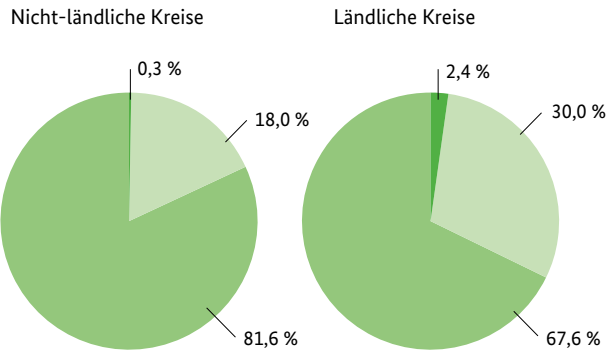
Wie überall in Deutschland ist auch auf dem Land der Dienstleistungssektor der wichtigste Arbeitgeber. Mit deutlichem Abstand folgen das produzierende Gewerbe und schließlich die Landwirtschaft. Es sind vor allem Maschinenbauer, Nahrungsmittelproduzenten oder Hersteller von Werkstoffen, die in ländlichen Regionen stärker vertreten sind als in den Ballungszentren. Etwas dünner gesät sind insbesondere im Nordosten Deutschlands wissens- und forschungsintensive Branchen. Das spiegelt sich auch in den Beschäftigungsverhältnissen

wider: Hochschulabsolventen sind in ländlichen Regionen unterrepräsentiert, das Lohnniveau ist allgemein niedriger. Innovationskraft auf dem Land gibt es trotzdem, wie der baden-württembergische Hohenlohekreis zeigt: Dort kommen auf 110.000 Einwohner zwölf Weltmarktführer.

PERSPEKTIVE GRÜNE BERUFE

Die Landwirtschaft hat sich in den vergangenen Jahrzehnten stark gewandelt: Die Zahl der Betriebe und Beschäftigten sinkt, die Produktion steigt. Dieser Produktivitätsschub geht einher mit einem Qualifizierungssprung: Bei neun von zehn Betrieben, die im Haupterwerb geführt werden, stehen Fachkräfte an der Spitze, die eine spezialisierte Ausbildung oder ein Studium absolviert haben. Landwirte wissen heute nicht nur über Produktionsabläufe Bescheid. Sie sind fit in Betriebswirtschaft und Datenverarbeitung, denken in ökologischen und ökonomischen Zusammenhängen und nutzen die Chancen der Digitalisierung.

WO DIE MENSCHEN ARBEIT FINDEN



Anteil der Erwerbstätigen in den Wirtschaftssektoren in Prozent



Quelle: Thünen-Institut/Destatis Regionaldatenbank, Stand 2017

Was sind die Herausforderungen?

Der Arbeitsmarkt hat sich in Deutschland sehr positiv entwickelt. Dennoch kennzeichnen zwei Problemlagen die ländlichen Arbeitsmärkte: Fachkräftemangel und Arbeitslosigkeit bei Geringqualifizierten. Gerade in wirtschaftlich starken Regionen haben Unternehmen Mühe, qualifizierte Mitarbeiter an sich zu binden. Unternehmen auf dem Land konkurrieren nicht nur untereinander um die besten Köpfe, sie müssen sich auch gegen die Anziehungskraft der Großstädte behaupten. Anderenorts fehlt es schlicht an guten Jobs. Wo diese fehlen, wandern zuerst die Jungen und Höherqualifizierten ab. Ein Teufelskreis, denn genau sie sind es, die einer Region neue Impulse geben könnten.

Welche Perspektiven und Potenziale gibt es?

Unterstützt von der Politik, beschreiten Unternehmer und viele ländliche Regionen neue Wege, um den Herausforderungen zu begegnen: Sie starten Standortkampagnen, gründen Ausbildungsnetzwerke, etablieren innovative Beschäftigungsmodelle, um Fachkräfte zu gewinnen und zu binden. In attraktiven Landschaften und Orten eröffnet der Tourismus Perspektiven für Wachstum und Beschäftigung.

Wo es Gäste hinzieht, entsteht eine Dienstleistungsstruktur mit Unterkünften, Einzelhandel und vielem mehr. Auch die Landwirtschaft trägt zu steigender Dynamik bei: Die Erzeugung von Biorohstoffen, erneuerbaren Energien oder die Direktvermarktung regionaler Produkte eröffnen neue Verdienstmöglichkeiten und helfen mit, eine Region in Schwung zu bringen.

INTEGRATIONSWERKSTATT IM LÄNDLICHEN RAUM

Die Kamenzer Bildungsgesellschaft gGmbH im Landkreis Bautzen hat sich zum Ziel gesetzt, den Zugang zum Arbeitsmarkt für Asylbewerber mit Arbeitserlaubnis, Neubürger und Personen aus sozial benachteiligten Gruppen zu erleichtern. Dabei gilt es, Vermittlungshemmnisse abzubauen und die Beschäftigungsfähigkeit herzustellen. In der Integrationswerkstatt werden zunächst verschiedene Berufe vorgestellt. Die Teilnehmer lernen dann ein Berufsfeld ihrer Wahl näher kennen. Sie erwerben unter realistischen Bedingungen Fachkenntnisse und verbessern berufsbezogene Sprachkenntnisse. Ein Praktikum in einem Betrieb vertieft das erworbene Wissen. Das Projekt ermöglicht eine frühzeitige und umfassende Integration und gewinnt Fachkräfte für die regionale Wirtschaft.





Flächennutzung



Grund und Boden sind begehrte, aber begrenzte Ressourcen. Landwirte, Bauherren, Investoren, Energieerzeuger und Naturschützer konkurrieren um das knappe Gut. In den vergangenen sechzig Jahren hat sich die bebaute

Fläche in etwa verdoppelt. Allein die Siedlungs- und Verkehrsflächen sind im Jahr 2018 um rund 58 Hektar pro Tag gewachsen, während landwirtschaftliche Nutzfläche verloren geht und Wälder zerschnitten werden. Um nachhaltig gesunde Lebensmittel zu produzieren, ist die Landwirtschaft jedoch auf eine bezahlbare und ausreichende Ressource „Boden“ angewiesen. Die Verringerung landwirtschaftlicher Flächenverluste ist daher nicht nur aktiver Natur- und Umweltschutz. In ihrer Nachhaltigkeitsstrategie hat die Bundesregierung als Ziel festgelegt, den Anstieg der Siedlungs- und Verkehrsfläche bis zum Jahr 2030 auf durchschnittlich 30 Hektar pro Tag und langfristig auf null zu reduzieren.

Wie ist die Situation?

Rund 51 Prozent der Gesamtfläche Deutschlands werden landwirtschaftlich genutzt, auf rund 30 Prozent wächst Wald; Siedlungs- und Verkehrsflächen nehmen mittlerweile über 14 Prozent ein. Verschiedene Nutzungsansprüche konkurrieren miteinander: Bauland, Land- und Forstwirtschaft, Energieerzeugung, Rohstoffabbau oder Naturschutz. Schrumpfende Regionen versuchen, durch das Ausweisen von günstigem Bauland neue Bewohner und Unternehmen anzulocken – auch wenn die Nachfrage sinkt. Die Folgen: vermehrter Leerstand, verwaiste

Ortskerne und Flächennutzungskonflikte. Auch Kompensationsmaßnahmen, die den Eingriff in die Natur und Landschaft durch Bautätigkeit ausgleichen sollen, und Maßnahmen des Hochwasserschutzes führen oft zum Verlust landwirtschaftlicher Flächen. Nur selten werden andere Flächen entsiegelt und renaturiert.

Was sind die Herausforderungen?

Die Bodenpreise für landwirtschaftliche Nutzflächen steigen vielerorts seit Jahren erheblich, sodass es für landwirtschaftliche Betriebe immer schwieriger wird, die für sie existenzsichernden Flächen zu halten oder zu erwerben. Doch auch innerhalb der Landwirtschaft gibt es verschiedene Ansprüche. Es gilt durch ein nachhaltiges Flächenmanagement einen Ausgleich zu finden zwischen dem Anbau von Energie-, Rohstoff-, Futter- und Nahrungspflanzen, die in starker Konkurrenz zueinander stehen.

Welche Perspektiven und Potenziale gibt es?

Als wichtige Strategie gilt die nachhaltige Flächennutzung: Statt mit hohen Kosten neue Flächen zu erschließen, sollen primär vorhandene genutzt werden – etwa der alte, aber verwaiste Dorfkern oder Brachflächen. Immer mehr Gemeinden setzen diesen Grundsatz bereits um. Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft setzt sich dafür ein, die nötigen Rahmenbedingungen zur Reduzierung landwirtschaftlicher Flächenverluste zu schaffen, z.B. durch Berücksichtigung agrarstruktureller Belange bei naturschutzrechtlichen Kompensationsmaßnahmen:

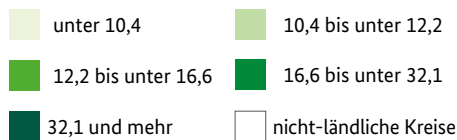
GEMEINNÜTZIGE LANDGESELLSCHAFTEN

Ein wichtiger Akteur bei der Steuerung der Flächennutzung sind die gemeinnützigen Landgesellschaften. Neun davon gibt es bundesweit, Hauptgesellschafter sind in der Regel die Bundesländer. Als Dienstleister für die ländlichen Regionen konzentrieren sich die Landgesellschaften insbesondere auf das Flächenmanagement. Dafür kaufen sie zum Beispiel gezielt Flächen auf, die für die Landwirtschaft, die kommunale Entwicklung oder den Naturschutz von besonderer Bedeutung sind – oder dies in Zukunft werden könnten. Derzeit verfügen die Landgesellschaften über einen Flächenbestand von insgesamt 65.000 Hektar.

ZUNAHME DER SIEDLUNGS- UND VERKEHRSFLÄCHE

Die Siedlungs- und Verkehrsfläche nimmt täglich um rund 58 Hektar zu. Die Flächenumwidmung geht hauptsächlich zulasten der landwirtschaftlich genutzten Fläche.

Anteil der Siedlungs- und Verkehrsfläche an der Gesamtfläche in Prozent



Quelle: Thünen-Institut 2019; Daten: Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. INKAR. Ausgabe 2019. Hrsg.: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) – Bonn 2018.

BRENNPUNKT: BODEN WIEDER GUT MACHEN?

Die Nutzung von immer neuen Flächen für Wirtschaft, Verkehr und Wohnen ist nicht nachhaltig: Verbaute Fläche geht zum einen der Land- und Forstwirtschaft verloren, zum anderen beeinträchtigt sie wichtige Boden- und Lebensraumfunktionen. Ein zentrales Thema ist dabei die Versiegelung durch Baumaßnahmen. Kann das Regenwasser durch bebauten Boden nicht mehr ungehindert ins Grundwasser sickern, können Trinkwassermangel, verstärkte Dürren oder Überschwemmungen die Folge sein. Zudem haben die Bebauung und die Zerschneidung immer neuer Flächen der Landschaft eine Verminderung der Biodiversität zur Folge. Denn Agrarlandschaften und Wälder sind Lebensraum für viele wild lebende Tier- und Pflanzenarten: Ackerschläge, Flurgehölze, Hecken oder Blühstreifen sind Brut- und Rückzugsräume.

Eine Möglichkeit, die ökologischen Funktionen ländlicher Regionen zu erhalten oder zu erneuern, ist die Entsiegelung von Flächen. Ein positiver Nebeneffekt: Geschieht die Entsiegelung zum Beispiel auf nicht genutzten Gewerbeflächen, können die Kommunen damit dazu beitragen, dass weniger landwirtschaftliche Flächen als Kompensationsflächen für Baumaßnahmen in Anspruch genommen werden.



Grundversorgung



Einkaufen, zur Post gehen, einen Personalausweis beantragen – in dünn besiedelten Landstrichen sind solche Alltäglichkeiten oft mit weiten Wegen verbunden. Wo die Einwohnerzahlen zurückgehen und die Menschen

immer mehr Bedarfe online decken, lohnt es sich immer weniger, Einrichtungen des täglichen Bedarfs aufrechtzuerhalten. Das betrifft auch die Systeme der öffentlichen Daseinsvorsorge wie Feuerwehr, Müllabfuhr oder Wasserversorgung. Einige Kommunen geraten zunehmend unter Druck, die Grundversorgung zukunfts-fest auszugestalten. Dort, wo die Nahversorgung durch Geschäfte, Banken und Schulen nicht mehr aufrechterhalten werden kann, müssen neue Wege gegangen werden: Bürgerschaftliches Engagement, mobile Angebote und eine verbesserte Zusammenarbeit über Gemeindegrenzen hinweg können Perspektiven eröffnen.

Wie ist die Situation?

Lange Schulwege, fehlende Einkaufsmöglichkeiten, geschlossene Schwimmbäder: Das ist nicht in ganz Deutschland Realität, aber es ist Realität in einigen Regionen. Und es ist kein neues Phänomen: In Westdeutschland lässt sich seit den 1960er-Jahren ein stetiger Rückgang der Versorgungsangebote in den Dörfern beobachten. Wo einstmalig viele lokale Läden die Bevölkerung versorgten, dominieren jetzt wenige Discounter – auch, weil sich Konsumgewohnheiten verändert haben. Neuer sind die „Entleerungstendenzen“, unter denen vor allem ostdeutsche Gemeinden und Regionen leiden. Kommunen, die im

Vertrauen auf Wachstum ihre Infrastrukturen teilweise noch ausgebaut haben, sehen sich nun mit sinkenden Bevölkerungszahlen konfrontiert und müssen die Kosten auf die verbleibenden Einwohner umlegen. Mancherorts hat dies zum Beispiel zu einer Verdopplung der Abwassergebühren binnen weniger Jahre geführt.

Was sind die Herausforderungen?

Alle Anzeichen deuten darauf hin, dass die Einwohnerzahl Deutschlands langfristig stagnieren oder sogar sinken wird. Die Veränderungsdaten werden regional sehr unterschiedlich ausfallen: Während viele Städte derzeit einen regelrechten Boom erleben, werden in manchen abseits gelegenen ländlichen Regionen die Einwohnerzahlen drastisch sinken. Ein Bevölkerungsrückgang kann in eine Abwärtsspirale münden: Wo weniger Menschen leben, sinkt die Kaufkraft, wodurch privatwirtschaftliche Angebote wie zum Beispiel Einkaufsläden oder Gaststätten unrentabler werden und schließlich aufgeben. Die Attraktivität der Region sinkt damit noch mehr, weitere Abwanderung ist die Folge. Diese Abwärtsspirale betrifft auch die öffentliche Hand: Sie muss das System der öffentlichen Daseinsvorsorge – von Schulen über Straßen bis hin zur Wasserversorgung – für immer weniger Einwohner aufrechterhalten, was bedeutet: Die Pro-Kopf-Ausgaben steigen. Gleichzeitig sinken bei schrumpfender Bevölkerung und Wirtschaft die öffentlichen Einnahmen, was Investitionen in die Daseinsvorsorge weiter zunehmend erschwert. Aber es gibt auch viele Modelle für angepasste Strukturen, wie zum Beispiel Sparkassenbusse, von Bürgern organisierte Nachbarschaftsläden oder die Bündelung dezentraler Angebote in Dorfzentren.

LEBENDIGE MÄRKTE IN SCHLESWIG-HOLSTEIN

In vielen Dörfern sind Einkaufsläden, Bäcker oder Post in ihrer Existenz bedroht oder längst verschwunden. Mit dem Projekt „MarktTreff“ bringt das Land Schleswig-Holstein neues Leben in die Dörfer: Die MarktTreffs sind lebendige Versorgungszentren, die von den Gemeinden getragen und mitfinanziert werden; als Pächter treten häufig engagierte Privatpersonen, Initiativen oder Genossenschaften auf. Das Rückgrat bildet in der Regel ein Lebensmittelgeschäft. Dazu kommen Dienstleistungen, die für die Bewohner wichtig sind – etwa eine Reinigung oder eine Post. Zusätzlich bieten alle MarktTreffs einen Raum für den kommunikativen Austausch, wo sich die Bewohner zu Veranstaltungen, gemeinsamen Aktivitäten oder einfach nur zum Reden treffen. In den vergangenen 20 Jahren sind mit Förderung des Landes, des Bundes und der EU bereits 40 MarktTreffs entstanden, 50 sollen es werden.



ERREICHBARKEIT VON LEBENSMITTELGESCHÄFTEN

Die Nahversorgung mit Lebensmitteln ist ein wichtiges Alltagsbedürfnis. Einen Hinweis auf die Qualität des Zugangs zur Lebensmittelversorgung gibt die mittlere Erreichbarkeit des nächsten Supermarktes oder Discounters. Als Obergrenze für die Wegezeit werden allgemein 15 Minuten akzeptiert. In dieser Zeit können zu Fuß – bei langsamem Gehen – 1,17 Kilometer, mit dem Pkw durchschnittlich 8,25 Kilometer zurückgelegt werden.

Mittlere Erreichbarkeit des nächstgelegenen Supermarktes oder Discounters

- zu Fuß bis unter 15 Minuten (bis 1,17 km)
- mit Auto bis unter 5 Minuten
- mit Auto 5 bis unter 10 Minuten
- mit Auto 10 bis unter 15 Minuten
- nicht-ländliche Kreise

Welche Perspektiven und Potenziale gibt es?

Drei Schlagwörter beschreiben die Handlungsoptionen in schrumpfenden Regionen: Flexibilisierung, Kooperation und bürgerschaftliches Engagement. Die tragfähigsten Ideen, um die Grundversorgung für eine kleiner werdende Bevölkerung neu zu organisieren, kommen oft aus der Bürgerschaft selbst. Ehrenamtlich betriebene Dorfläden oder multifunktionale Dorfzentren helfen beispielsweise, die Nahversorgung zu sichern.

Im Bereich der öffentlichen Daseinsvorsorge suchen und finden die Gemeinden zunehmend flexiblere Lösungen, die sich am tatsächlichen Bedarf orientieren oder neuartige, innovative Angebotsformen nutzen.

Im Bereich der medizinischen Versorgung beispielsweise können Niederlassungsanreize für Ärzte in strukturschwachen Gebieten geschaffen oder flexiblere Versorgungsstrukturen auf dem Land ermöglicht werden. Vergrößern lassen sich die Handlungsspielräume, wenn über Gemeindegrenzen hinweg gemeinsam geplant und gehandelt wird.



Quelle: Thünen-Institut 2019; Daten: Thünen Erreichbarkeitsmodell 2019 Neumeier, S.; Standorte Supermärkte und Discounter wer-zu-wem.de 2013

INTERKOMMUNALE ZUSAMMENARBEIT ALS CHANCE



Wenn sich vier Kleine zusamm tun, kann etwas Großes entstehen: So lassen sich die Erfahrungen der brandenburgischen Kommunen Kyritz, Neustadt, Wusterhausen und Gumtow beschreiben. Gemeinsam bilden sie die „Kleeblattregion“ – geografisch fast so groß wie Berlin, mit unter 30.000 Einwohnern aber einer der am dünnsten besiedelten Flecken Deutschlands. Weil die Finanzmittel knapp und die Herausforderungen groß sind, haben sich die vier Kommunen in einem Kooperationsvertrag verpflichtet, gemeinsam nach Lösungen zu suchen, wie sich Daseinsvorsorge und Lebensqualität in der Region sichern lassen. Entstanden sind seitdem unter anderem ein Verkehrs-, ein Museums- und ein Tourismuskonzept. Gemeinsame Veranstaltungen wie ein jährliches Komödienfestival oder die Sightseeingtour „48 Stunden Kleeblatt“ steigern überregional die Attraktivität der Region. Auch die Verwaltungen arbeiten im Verbund effizienter: Wo früher jede Kommune ihre IT selbst betreuen musste, macht das heute ein Kompetenzteam für alle. Das Erfolgsrezept für dieses Modell: Die Konkurrenzen zwischen den Einzelnen werden hintenangestellt.



Gesundheit



Wer krank ist, geht zum Arzt. Was selbstverständlich klingt, kann in ländlichen Regionen zur Herausforderung werden. Weil viele ältere niedergelassene Ärzte in den Ruhestand gehen und keine Nachfolger finden, ist die Gesundheitsversorgung in manchen Landgemeinden gefährdet. Das betrifft nicht nur den klassischen Hausarzt, sondern auch Fachärzte, Krankenhäuser oder Apotheken. Hier werden neue Lösungen gesucht.

Wie ist die Situation?

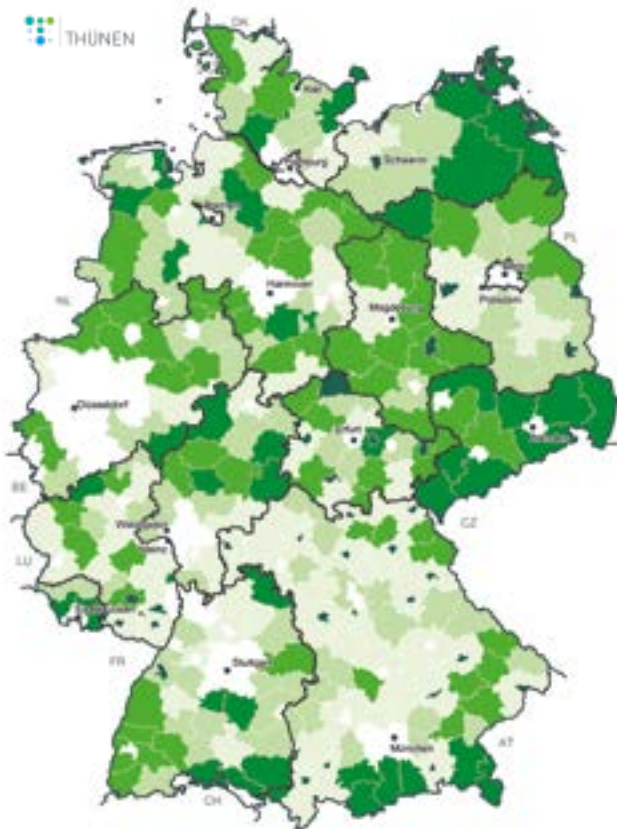
Wie ist die Situation?

Die medizinische Versorgung in Deutschland hat einen vergleichsweise hohen Standard. Auch die Zahl der Ärzte steigt bundesweit. Der demografische Wandel und die längere Lebenserwartung führen aber auch zu einem wachsenden Bedarf. Die Situation unterscheidet sich zwischen Stadt und Land.

In Ballungszentren und wohlhabenden Gegenden gibt es deutlich mehr Ärzte und Apotheken pro Einwohner als in ländlichen Regionen.

Was sind die Herausforderungen?

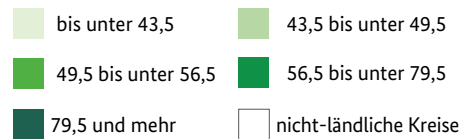
Eine älter werdende Gesellschaft bedeutet auch: mehr chronische Erkrankungen, häufigere Arztbesuche, steigender Pflegebedarf. Während Pflegedienste flächendeckend in ausreichender Zahl vorhanden sind – wobei auf dem Land die Entfernung zwischen Patient und Pflegedienst im Mittel länger ist als in der Stadt – ist die Versorgung mit Ärzten teilweise gefährdet. Gerade auf dem Land schließen Apotheken und Hausarztpraxen, oft ohne dass sich dafür ein Nachfolger finden lassen würde. Dies liegt auch an den Arbeitsbedingungen: Bei vielen jüngeren Ärzten sind die Ansprüche an Verdienst, Freizeit sowie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gestiegen. Hinzu kommen ein teilweise ungenügendes Angebot und die fehlende Erreichbarkeit zum Beispiel von Bildungseinrichtungen, Kinderbetreuung, Nahversorgung und kulturellen Einrichtungen für die Ärzte und ihre Familien. Die Herausforderung liegt darin, die Tätigkeit auf dem Land attraktiv zu gestalten. Und wo niedergelassene Ärzte fehlen, müssen häufig Krankenhäuser die Versorgungslücke schließen. Dies hat zur Folge, dass die Krankenhäuser und auch Rettungsdienste zunehmend überlastet sind.



ÄRZTEDICHTE IN DEUTSCHLAND

Die Ärztedichte ist in Deutschland unterschiedlich verteilt. Die Karte gibt Hinweise auf regionale Unterschiede in der ambulanten allgemeinärztlichen Versorgung. Im Durchschnitt aller Kreise werden 100.000 Einwohner von knapp 62 Allgemeinärzten betreut.

Allgemeinärzte je 100.000 Einwohner



Quelle: Thünen-Institut 2019; Daten: Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. INKAR. Ausgabe 2019. Hrsg.: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) – Bonn 2018.

Welche Perspektiven und Potenziale gibt es?

Wenn die Wege zu weit werden, müssen neue Modelle Abhilfe schaffen. Busse oder Sammeltaxis für die Fahrt zur Behandlung sind ein Ansatz. Der Ausbau der Telemedizin, die den Patienten manche Wege ganz erspart, ist ein anderer. Über das Internet können Befunde, Röntgenbilder und sogar Live-Bilder von Kameras ohne Zeitverzögerung übertragen werden, damit so auch räumlich entfernte Fachärzte an der Behandlung eines Patienten teilhaben können. Dies kann dazu beitragen, die Qualität der Versorgung auf dem Lande zu sichern. Langfristige Ansätze und strukturelle Reformen im Gesundheitswesen setzen eher darauf, Anreize für junges medizinisches Personal zu schaffen, in einer bestimmten Region zu arbeiten. Auch die Bündelung von Kapazitäten in Gesundheitszentren ist eine Möglichkeit dem vorhandenen Mangel zu begegnen. Hier können Fachärzte an einzelnen Tagen Sprechstunden anbieten, Ärzte in Teilzeit angestellt werden und sich gegenseitig vertreten und qualifizierte medizinische Fachangestellte die Ärzte entlasten.

GESUNDHEITSHAUS MIROW

Der Landkreis Mecklenburgische Seenplatte ist eine dünn besiedelte Region mit rasch alternder Bevölkerung. Zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung trägt hier das Gesundheitshaus Mirow bei. Es vereint medizinische und präventive Angebote unter einem Dach. Gefördert wurde es mit Mitteln aus dem LEADER-Programm. Das Gesundheitshaus beherbergt zwei Hausarztpraxen sowie Physiotherapie, Podologie und Röntgen. Verschiedene Beratungsleistungen, Kurse und Vorträge richten sich an Einwohner und Touristen. Räume und Ausstattung des Hauses werden dafür gemeinsam genutzt. So entsteht ein ganzheitlich ausgerichtetes Angebot, das kostensparend ist und die medizinische Betreuung in der Region erheblich verbessert.



Bildung



Gute Bildung schafft Perspektiven – für jeden Einzelnen und die ganze Region. Denn Bildungsangebote bereichern nicht nur das gesellschaftliche und kulturelle Leben, ermöglichen Teilhabe und Aufstieg, sie beeinflussen auch

Standortentscheidungen von Hochschulen und Unternehmen. Sinkende Schülerzahlen, Schulschließungen, weite Wege und weniger Vielfalt im Freizeit- und Kulturangebot sind hingegen der Alltag für viele Menschen auf dem Land. Vor allem dünn besiedelte und abgelegene Regionen haben es schwer. Ziel der Bundesregierung ist es, gleichwertige Bildungschancen für alle und von Anfang an zu ermöglichen. Potenziale liegen zum Beispiel in der Bündelung von Angeboten und den digitalen Medien.

Wie ist die Situation?

Kita und Schule um die Ecke, ein Ausbildungs- oder Studienplatz in der Region – für viele Landbewohnerinnen und -bewohner ist das selten Realität. Aber ein gutes Angebot an Bildung und Kultur ist eine wichtige Voraussetzung, um Chancengleichheit zu ermöglichen. Und es ist ein Standortfaktor für die Wohnortwahl von Familien. Aber Abwanderung und Alterung der Gesellschaft bleiben nicht ohne Auswirkungen auf das Bildungswesen: die Schülerzahlen sinken, Klassen werden stark verkleinert und ganze Schulen schließen. Besonders stark von Schulschließungen betroffen sind abgelegene, dünn besiedelte Regionen.

Auch die Standorte von Hochschulen, Forschungs- und Weiterbildungseinrichtungen sind regional sehr unterschiedlich gestreut. Ein enges Netz findet sich vor allem in und um die Ballungszentren herum, ländliche Regionen weisen hingegen eine wesentlich geringere Dichte auf. Im Kultur- und Freizeitbereich fehlen Infrastrukturen. Eine geringere Bevölkerungsdichte, weniger kulturelle Angebote und eine breitere räumliche Streuung machen es den Kulturschaffenden in ländlichen Regionen oft schwer.

Was sind die Herausforderungen?

Die Kinder- und Schülerzahlen werden noch weiter zurückgehen. Das Schul- und Kita-Netz gerät in vielen ländlichen Regionen Deutschlands unter Druck und wird oft nicht in der derzeitigen Form aufrechtzuerhalten sein. Die Bündelung von Schulangeboten in regionalen Zentren schafft jedoch längere Schulwege für Schülerinnen und Schüler aus abgelegenen Orten. Die zentrale Herausforderung für ländliche Regionen besteht also darin, ein qualitativ hochwertiges, differenziertes Bildungsangebot und weitere Angebote zu erhalten oder wieder zu schaffen. Für kulturelle Einrichtungen sind das Älterwerden der Bevölkerung und sinkende Einnahmen künftige Herausforderungen – das Publikum verändert sich, neue Formate und Angebote müssen entwickelt und gefördert werden.

LERNORTE FÜR ALLE



Wenn die Wege weiter und die Angebote weniger werden, kann die Bündelung von Bildungs- und Freizeitangeboten in ländlichen Regionen eine Chance sein. Kita, Schule, Bibliothek, örtliche Musik- und Volkshochschule, Sportstätten und Freizeiteinrichtungen werden an einem Ort zusammengeführt. In der niedersächsischen Kreisstadt Osterholz-Scharmbeck zum Beispiel soll der „Campus für lebenslanges Lernen“ Bildungs- und

Begegnungsangebote für alle Generationen bündeln – und damit ein neuer Lernort für die 30.000 Einwohner und das Umland sein. Ähnliche Modelle machen auch in anderen Regionen Schule: Der Verband der Bildungszentren im ländlichen Raum e.V. schafft mit bundesweit 44 Heimvolkshochschulen in ländlichen Regionen Orte des Austausches, des Lernens, der Entspannung und der Wissensvermittlung für Jung und Alt.

Welche Perspektiven und Potenziale gibt es?

Zahlreiche Modellvorhaben und Initiativen wollen den Menschen in ländlichen Regionen einen besseren Zugang zu Bildungs- und Kulturangeboten eröffnen. Perspektiven bieten sich dabei beispielsweise durch den Einsatz digitaler Medien: E-Learning, mediengestützte Zusammenarbeit von Schulen oder berufs- und freizeitbezogene Online-Communities eröffnen neue Chancen. In Gegenden mit geringer Schülerdichte sind jahrgangsübergreifendes Lernen oder zeitlich aufgeteilter Unterricht Möglichkeiten, um Schulschließungen zu verhindern.

Auch Ganztagschulen, Schulverbünde, Blockunterricht an Berufsschulen oder das Zusammenführen der Angebote in regionalen Zentren können das Bildungsangebot verbessern. Bei der Kulturarbeit können Netzwerke mit Akteuren beispielsweise aus der Tourismus- und Freizeitbranche sowie neue Formen öffentlich-privater Zusammenarbeit und Kooperation von Kommunen untereinander Perspektiven aufzeigen. Der Wert einer solchen Zusammenarbeit ist nicht zu unterschätzen: Kultur kann Identifikation mit der Region schaffen.



LERNBEDINGUNGEN NACH REGIONSTYPEN

Der „Deutsche Lernatlas“ der Bertelsmann Stiftung vergleicht unter anderem die Leistungen und Kompetenzen der Schüler in ländlichen und städtischen Regionen. Das Ergebnis: Auf dem Land lernt es sich vergleichsweise gut. Bereiche des verdichteten und ländlichen Umlands sowie ländliche Regionen weisen in vielen Fällen bessere Bedingungen auf als Städte.

Genau umgekehrt steht es allerdings um die regionalen Bedingungen in der Freizeit. Hier sind Angebot und Zugang zu kultureller Bildung sowie die IT-Infrastruktur in der Stadt deutlich besser.

BRENNPUNKT: MOBILITÄT UND SCHULWEG

Ausgeschlafen zur Schule? Auf dem Land trifft das für viele Kinder und Jugendliche nicht zu. Der Grundsatz „Kurze Beine, kurze Wege“ kann in manchen Teilen der Republik nicht immer gewährleistet werden – und vor dem Hintergrund zunehmender Schulschließungen und der Errichtung von Schulzentren wird sich das Problem eher noch verschärfen. Aber nicht nur die Wege werden länger. Die Schülerinnen und Schüler sind darüber hinaus zunehmend abhängig vom öffentlichen Nahverkehr oder ihren Eltern und damit in ihrer Mobilität stark eingeschränkt. Eine Studie der Universität Erfurt weist zudem einen Zusammenhang zwischen Schulweg und Leistung nach: Je länger die Kinder und Jugendlichen mit öffentlichen Verkehrsmitteln unterwegs waren, desto schlechter fielen durchschnittlich ihre Schulnoten aus.



Erreichbarkeit



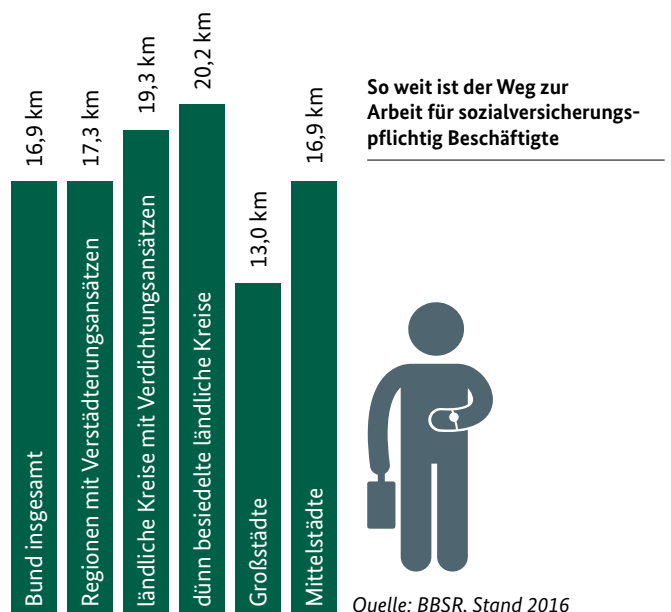
Wirtschaftskraft und Lebensqualität einer Region hängen stark von ihrer Verkehrsanbindung und der Verfügbarkeit schneller Internetverbindungen ab. Vor allem in abgelegenen und dünn besiedelten Regionen ist beides keine Selbstverständlichkeit. Wo sich das Nahverkehrsangebot auf Pendelstrecken und den Schulverkehr beschränkt, ist die Abhängigkeit vom Auto groß. Das stellt vor allem Jugendliche und ältere sowie sozial schwache Menschen vor Probleme. Intelligente Mobilitätslösungen und digitale Dienste bieten Perspektiven deren Teilhabe am gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Leben trotz großer Entfernungen zu ermöglichen.

Wie ist die Situation?

Mobilität auf dem Land bedeutet zumeist: Auto fahren. Fast zwei Drittel aller Wege werden hier mit dem eigenen Pkw zurückgelegt; betrachtet man nur die Arbeitswege, steigt der Wert sogar auf knapp drei Viertel. Nur gut ein Drittel der ländlichen Bevölkerung kann das nächste Oberzentrum mit Bus und Bahn innerhalb von 30 Minuten erreichen – vorausgesetzt, diese fahren zu entsprechenden Zeiten. Problematisch ist dies für all jene, die noch kein eigenes Kraftfahrzeug führen dürfen oder dies nicht mehr können: Kinder, Jugendliche und Ältere. Zwar können sie meist darauf vertrauen, dass das private Umfeld Fahrdienste leistet. Doch dies bedeutet immer auch Abhängigkeit – und zusätzlichen Stress für Familienangehörige. Das „Eltern-Taxi“ ist in ländlichen Regionen oft im Dauereinsatz.

MOBILITÄT IN LÄNDLICHEN REGIONEN

Weite Wege bis zur nächsten Haltestelle, lange Fahrzeiten in Bus und Bahn – für etwa die Hälfte der Menschen in ländlichen Gemeinden ist das Realität. Wettgemacht wird dieser Mobilitätsnachteil durch das eigene Kraftfahrzeug: In ländlichen Regionen entfallen fünf von zehn Wegen und acht von zehn Kilometern auf das Auto.



Quelle: BBSR, Stand 2016

SCHLAUE LÖSUNGEN BEWEGEN BRANDENBURG

„Papa, holst du mich ab?“ Wenige Menschen, weite Räume, bescheidene Budgets – in einigen Regionen Brandenburgs stößt der öffentliche Nahverkehr an seine Grenzen. Unter der Woche gibt es oft nur den Schulbus, abends und am Wochenende geht ohne eigenes Fahrzeug so gut wie nichts. Das vom Bund geförderte Modellprojekt „JugendMobil“ wollte Abhilfe schaffen: Gemeinsam mit Jugendlichen aus 3 Modellregionen – Finsterwalde, Kyritz, Lübbenau – entwickelte das Projektteam pragmatische Lösungen, die den Bedürfnissen der Jugendlichen gerecht werden. Herausgekommen sind Eventbusse für den Discobesuch, ein E-Bike-Verleih, vor allem aber ein regionales Mitfahrssystem. Dieses nutzt eine bestehende Onlineplattform und ermöglicht Fahrten von Haustür zu Haustür, ohne langes Warten und schnell gebucht über Smartphone oder Computer.



Was sind die Herausforderungen?

Mobilität in ländlichen Regionen ist ein Muss: Knappe Arbeitsplätze in der Nähe sowie schlechte bis fehlende Möglichkeiten, vor Ort einzukaufen oder ins Kino zu gehen, zwingen die Menschen zu immer größerer Mobilität. Gleichzeitig steigt der Aufwand für die Gesellschaft, in dünn besiedelten oder gar schrumpfenden Regionen Straßen instand zu halten und das Bus- und Bahnnetz aufrechtzuerhalten. Der demografische Wandel wird die Situation verschärfen: Denn auch wenn ältere Menschen heute deutlich mobiler sind als noch vor zehn Jahren, kann der motorisierte Individualverkehr in einer alternierenden Gesellschaft nicht die alleinige Antwort sein.

Welche Perspektiven und Potenziale gibt es?

Viele Ansätze wirken darauf hin, die Mobilität auf dem Land zu erhöhen: Rufbusse und Sammeltaxis springen dort ein, wo der reguläre Bus- und Bahnverkehr nicht mehr hinkommt. Lokale Mitfahrzentralen, institutionalisierte Formen des Per-Anhalter-Fahrens oder Carsharing-Angebote setzen auf den Gemeinsinn vor Ort und wirken darauf hin, die vorhandenen Autos öffentlicher zu machen. Daneben spielen grundsätzliche Überlegungen eine wichtige Rolle: Wie mobil müssen die Menschen sein?

Oder können nicht umgekehrt Waren, Dienstleistungen und Arbeit mobiler werden? Hier kommt Lieferdiensten und dem Internet eine immer wichtigere Rolle zu: Akzeptanz und Verbreitung von Telearbeit, Onlineshopping, E-Government, E-Health oder E-Learning werden weiter wachsen und dazu beitragen, Wege zu vermeiden, die heute noch real zurückgelegt werden müssen.

DIGITALE DIENSTE ALS CHANCE

Welche Chance in digitalen Diensten steckt, zeigt sich unter anderem im Bereich Pflege und Versorgung älterer Menschen. Unter dem Schlagwort „Ambient Assisted Living“ haben Wissenschaftler internetgestützte Assistenzsysteme entwickelt, die ein unabhängiges Leben im Alter unterstützen und dabei Technik und persönliche Betreuung optimal verzahnen. Die digitalen Helfer sollen zum Beispiel an die Medikamenteneinnahme erinnern, nach einem Sturz automatisch den Pflegedienst alarmieren oder eine Information an die Angehörigen versenden, wenn es Anzeichen dafür gibt, dass der normale Tagesablauf Probleme bereitet. Wie diese Dienste möglichst flächendeckend im Alltag eingesetzt werden können, um älteren Menschen ein selbständiges Leben im eigenen Zuhause zu ermöglichen, wird derzeit erforscht.

BRENNPUNKT: BREITBANDVERSORGUNG

„Schnelles Internet für alle“: So lautet das Ziel der Bundesregierung. Für Unternehmensgründungen und damit für neue Arbeitsplätze ist eine Gigabit-Versorgung nahezu unabdingbar. Doch gerade in den ländlichen Regionen ist das häufig noch nicht der Fall. Die Bundesregierung hat den flächendeckenden Ausbau von Gigabit-Netzen auf Glasfaserbasis (Mindestgeschwindigkeit von 1 Gigabit pro Sekunde (Gbit/s)) in Deutschland bis zum Jahr 2025 zum Ziel. Doch die Kluft zwischen städtischen und ländlichen Regionen ist deutlich: eine Übertragungsrate von 100 Mbit/s erreichte im städtischen 83,2 Prozent der Haushalte, im ländlichen lediglich 19,4 Prozent. Eine solche Fortentwicklung ist durch die Verabschiedung der Mobilfunkstrategie der Bundesregierung erreicht worden. Das BMEL wird 60 Mio. Euro aus dem „Sondervermögen Digitale Infrastruktur“ für ein eigenständiges Förderprogramm zur Erschließung kleinster weißer Flecken auf land- und forstwirtschaftlich genutzten Flächen erhalten. Die zusätzlichen 60 Mio. Euro sollen zur Aufstockung und Erweiterung der GAK-Breitband- und Mobilfunkförderung eingesetzt werden. Es sollen damit Investitionen in die technischen Voraussetzungen lokaler Mobilfunknetze getätigt werden. Dies dient der Bereitstellung von Konnektivität in der Fläche.



Erholung



Raus aus der Stadt – rein in die Natur: Seit jeher lockt das Land zur Erholung. Ihre landschaftliche und kulturelle Vielfalt machen ländliche Regionen für Urlauber und Ausflügler so interessant. Für strukturschwache Gebiete liegt

in der Freizeit- und Tourismusbranche erhebliches wirtschaftliches Potenzial. Damit aus der Landsehnsucht der Besucher Arbeitsplätze und Verdienstmöglichkeiten für die Regionen werden, sind kluge politische Weichenstellungen und innovative Ideen der Menschen vor Ort gefragt.

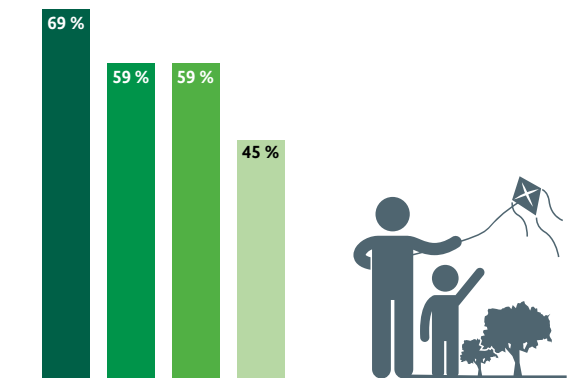
Wie ist die Situation?

Die Großwetterlage für Tourismus in Deutschlands ländlichen Regionen ist günstig: Gesellschaftliche Trends wie Rückbesinnung auf Regionalität, Sehnsucht nach Authentizität, Nachhaltigkeit, Gesundheit oder Entschleunigung passen perfekt zum Image ländlicher Urlaubsregionen. Davon profitieren nicht nur etablierte Ziele wie die Nord- oder Ostseeküste, der Schwarzwald oder das Allgäu. Auch weniger bekannte Regionen wie das Havelland oder Waldhessen konnten in den vergangenen Jahren ihre touristische Attraktivität steigern.

Die Deutschen lieben den Urlaub auf dem Land. Ob Natur-, Aktiv-, Bade-, Gesundheitsurlaub oder der „klassische“ Urlaub auf dem Bauernhof mit Kindern: Jedes Jahr erholen sich Millionen Deutsche in ländlichen Regionen. Und etwa 1,2 Millionen Arbeitsplätze sind mittlerweile in den ländlichen Regionen mit dem Tourismus verbunden.

SEHNSUCHT NACH NATUR

Vier von fünf Deutschen zieht es mindestens einmal pro Woche in die Natur. Wälder, Felder, Wiesen und Seen stehen dabei ganz vorne auf der Liste der bevorzugten Orte.



Was denken die Deutschen über die Natur?

- Zu einem guten Leben gehört die Natur dazu.
- Natur bedeutet für mich Gesundheit und Erholung.
- Es ist mir wichtig, meinen Kindern die Natur nahe zu bringen.
- Ich versuche, so oft wie möglich in der Natur zu sein.

Quelle: BfN, Studie „Naturbewusstsein 2015“

GESUNDHEITSLAND MECKLENBURG-VORPOMMERN

Mecklenburg-Vorpommern wartet mit vielen Rekorden auf: 1.900 Küstenkilometer, 2.000 Seen und Flüsse, die niedrigste Bevölkerungsdichte – aber auch schwache Wirtschaftsdaten und hohe Arbeitslosigkeit. Wachstumshoffnungen setzt der Nordosten insbesondere auf den Gesundheitstourismus. 2004 gab die Landesregierung das Ziel aus, Mecklenburg-Vorpommern als deutsches Gesundheitsland Nummer eins zu positionieren. Seitdem arbeiten Politik, Wirtschaft und Wissenschaft eng zusammen, um dieses Ziel zu erreichen.

Mit Erfolg: Heute spielt der Gesundheits- und Wellnesssektor des Landes eine bedeutende Rolle und gibt fast 137.000 Menschen Arbeit. 65 staatlich anerkannte Kur- und Erholungsorte, 60 Vorsorge- und Rehakliniken und zahlreiche gehobene Wellnesshotels stehen gesundheitsbewussten Besuchern offen.



Was sind die Herausforderungen?

Der Tourismus in Deutschland boomt: In den vergangenen 20 Jahren ist die Zahl der Übernachtungen um ein Drittel auf 436 Millionen pro Jahr gestiegen. Doch profitiert haben davon vor allem die größeren Städte. Wichtigster Wachstumstreiber sind nämlich die ausländischen Gäste, die in erster Linie Städte besuchen und Rundreisen machen, ländliche Ziele dagegen seltener ansteuern.

In Sachen Marketing und Vertrieb sind sie oft chancenlos gegen die Großen der Branche. Fachkräftemangel und unzureichende touristische Infrastrukturen stellen zusätzliche Hürden dar.

Welche Perspektiven und Potenziale gibt es?

Vernetzung, Qualifizierung und Professionalisierung lauten die entscheidenden Schlagwörter für die Stärkung des ländlichen Tourismus: Eine attraktive Landschaft alleine reicht heute zumeist nicht mehr aus, um auf Dauer Gäste anzulocken. Notwendig sind überzeugende Vermarktungskonzepte, eine klar erkennbare regionale Identität sowie ein breit gefächertes und aufeinander abgestimmtes Angebot touristischer Infrastrukturen und Dienstleistungen – mit Gastronomie, Läden, Wegen, Freizeitangeboten und vielem mehr. Dabei hängt es stark von den Akteuren vor Ort ab, ob gute Ideen entwickelt und umgesetzt werden. Die Politik leistet über zahlreiche Förderinstrumente Unterstützung, der Motor der Entwicklung müssen aber die Menschen selbst sein. Wichtige Rolle: Wie mobil müssen die Menschen sein?

BRENNPUNKT: LANDURLAUB ALS FREIZEIT- ENTERTAINMENT

Landurlaub ... das lässt an hübsche Dörfer, romantische Waldwege und stille Momente in der Natur denken. Oder an den „Blue Fire Megacoaster“, die „Wichelhausen-Bahn“ und den „Sauriergarten“. Rund 36 Millionen Menschen besuchen jährlich einen der mehr als 200 Freizeitparks in Deutschland und sorgen für einen Umsatz von rund einer Milliarde Euro. Die meisten Parks finden sich in ländlichen Regionen, wo Platz, geringere Probleme mit Lärmemissionen und niedrige Gewerbesteuern locken.

Die Parks gelten als potenzielle Leuchttürme der touristischen und regionalen Entwicklung. Wie es erfolgreich geht, macht die Lüneburger Heide vor, die eine in Europa einzigartige Dichte an Freizeit- und Erlebnisparks vorweisen kann und mit jährlich sechs Millionen Übernachtungen gut dasteht unter den deutschen Urlaubsregionen. Kritiker verweisen auf negative ökologische Auswirkungen und beklagen den Trend zur „Eventisierung“ von Naturräumen.

Auch die Menschen in der Region profitieren nicht zwangsläufig: Die Parks schaffen zwar Arbeitsplätze, zumeist jedoch saisonal begrenzt und gering bezahlt. Nachhaltigkeitskonzepte, die etwa auf Klimaneutralität oder die konsequente Einbindung regionaler Zulieferer hinwirken, stellen einen Ansatz dar, um Chancen und Risiken der Freizeitparks für ländliche Regionen besser auszubalancieren.



6

Wie werden ländliche Regionen gefördert?

Die zahlreichen Fakten und Beispiele in dieser Broschüre haben gezeigt: Die Herausforderungen in vielen ländlichen Regionen sind groß, sehr regionenspezifisch und die einzelnen Kommunen teilweise überfordert. Deshalb setzen die Europäische Union, der Bund und die Länder auch spezifische Förderprogramme ein, um ländliche Regionen zu stärken und lebenswert zu erhalten. An der Erstellung und Umsetzung vieler Förderkonzepte wirken lokale Akteure mit: Niemand kennt die Potenziale und die Herausforderungen in den Regionen besser als sie.



Wer fördert die ländliche Entwicklung in Deutschland?

Im Rahmen des Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums (ELER) setzen die einzelnen Mitgliedstaaten Entwicklungsprogramme um. In Deutschland nehmen die Bundesländer diese Aufgabe wahr. In 13 Programmen der Länder werden die Ziele und Maßnahmen für die Förderperiode 2014 bis 2020 festgelegt. Das Themenspektrum reicht dabei von nachhaltiger Landwirtschaft über Dorferneuerung bis hin zum Hochwasserschutz.

Finanzierungsmöglichkeiten

Die Finanzierung von Maßnahmen der ländlichen Entwicklung erfolgt je nach Instrument durch Mittel von EU, Bund und Ländern. Bei ELER-Projekten teilen sich EU, Bund und Länder die Finanzierung. Die Länder können einzelne Maßnahmen auch ohne ELER-Förderung, das heißt rein aus nationalen Mitteln, anbieten, etwa im Rahmen der Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der Agrarstruktur und des Küstenschutzes“ (GAK). Bei der GAK erstattet der Bund den Ländern 60 Prozent der entstandenen Ausgaben (Küstenschutz: 70 Prozent). Länder bzw. Kommunen können Maßnahmen auch alleine (als staatliche Beihilfe) finanzieren.

DIE ELER-FÖRDERUNG IN ZAHLEN

17,1 Milliarden

Euro an öffentlichen Mitteln stehen in den Jahren 2014 bis 2020 im Rahmen der EU-Förderung ländlicher Regionen bereit – das sind gut 2,4 Milliarden Euro jährlich aus Mitteln der Europäischen Union, des Bundes, der Länder und der Kommunen.

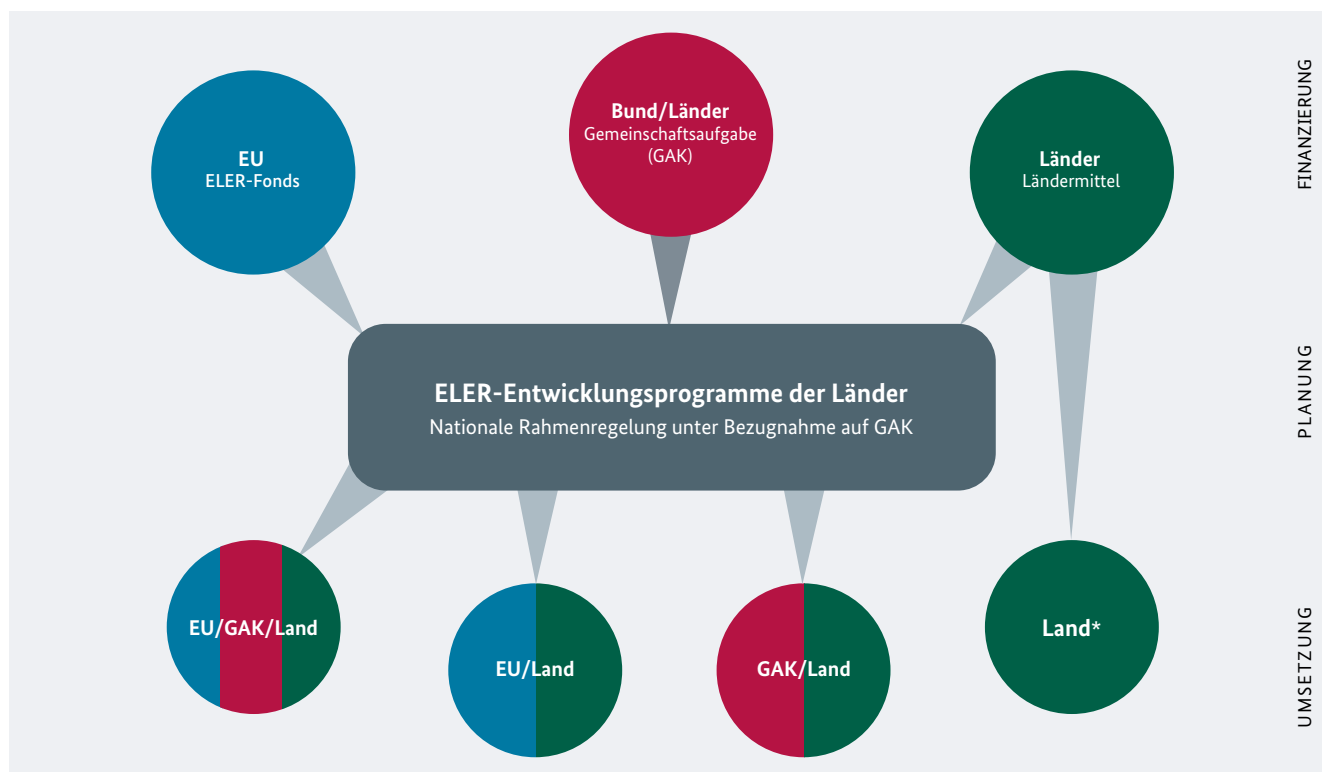
9,4 Milliarden

Euro aus ELER-Mitteln werden durch rund 4,7 Milliarden Euro aus nationalen Mitteln von Bund, Ländern und Kommunen aufgestockt.

3,0 Milliarden

Euro setzen die Länder zusätzlich für die Förderung der ländlichen Entwicklung ein.

FÖRDERSTRUKTUR DER LÄNDLICHEN ENTWICKLUNG



*Landesmittel zur Finanzierung reiner Landesmaßnahmen

Wie unterstützt die Bundesregierung die Entwicklung auf dem Land?

Wichtigstes nationales Förderinstrument in Verantwortung des BMEL ist die Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der Agrarstruktur und des Küstenschutzes“ (GAK). Die Bundesregierung stellt hier im Jahr 2019 Fördermittel von 900 Millionen Euro zur Verfügung wovon 142 Mio. Euro auf die ländliche Entwicklung entfallen. Mit einem Sonderrahmenplan stärkt die Bundesregierung zudem seit 2018 die weitere „Förderung der ländlichen Entwicklung“. Für 2020 und die Folgejahre sind jeweils 200 Millionen Euro vorgesehen. Aus regulärer GAK und Sonderrahmenplan investieren Bund und Länder 2019 zusammen rd. 470 Mio. Euro in die ländliche Entwicklung.

Zusammen mit den Ländermitteln betragen die Gesamtmittel der GAK damit fast 1,9 Milliarden Euro. Mit der GAK soll gewährleistet werden, dass die Land- und Forstwirtschaft leistungsfähig, auf künftige Anforderungen ausgerichtet und innerhalb der EU wettbewerbsfähig ist. Außerdem soll der Küstenschutz verbessert werden. Auch von anderen Bundesressorts wird die Entwicklung in ländlichen Regionen unterstützt, beispielsweise über die Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur“ (GRW) oder das Programm „Kleinere

Städte und Gemeinden – überörtliche Zusammenarbeit und Netzwerke“.

INVESTITIONEN IN DIE ZUKUNFT

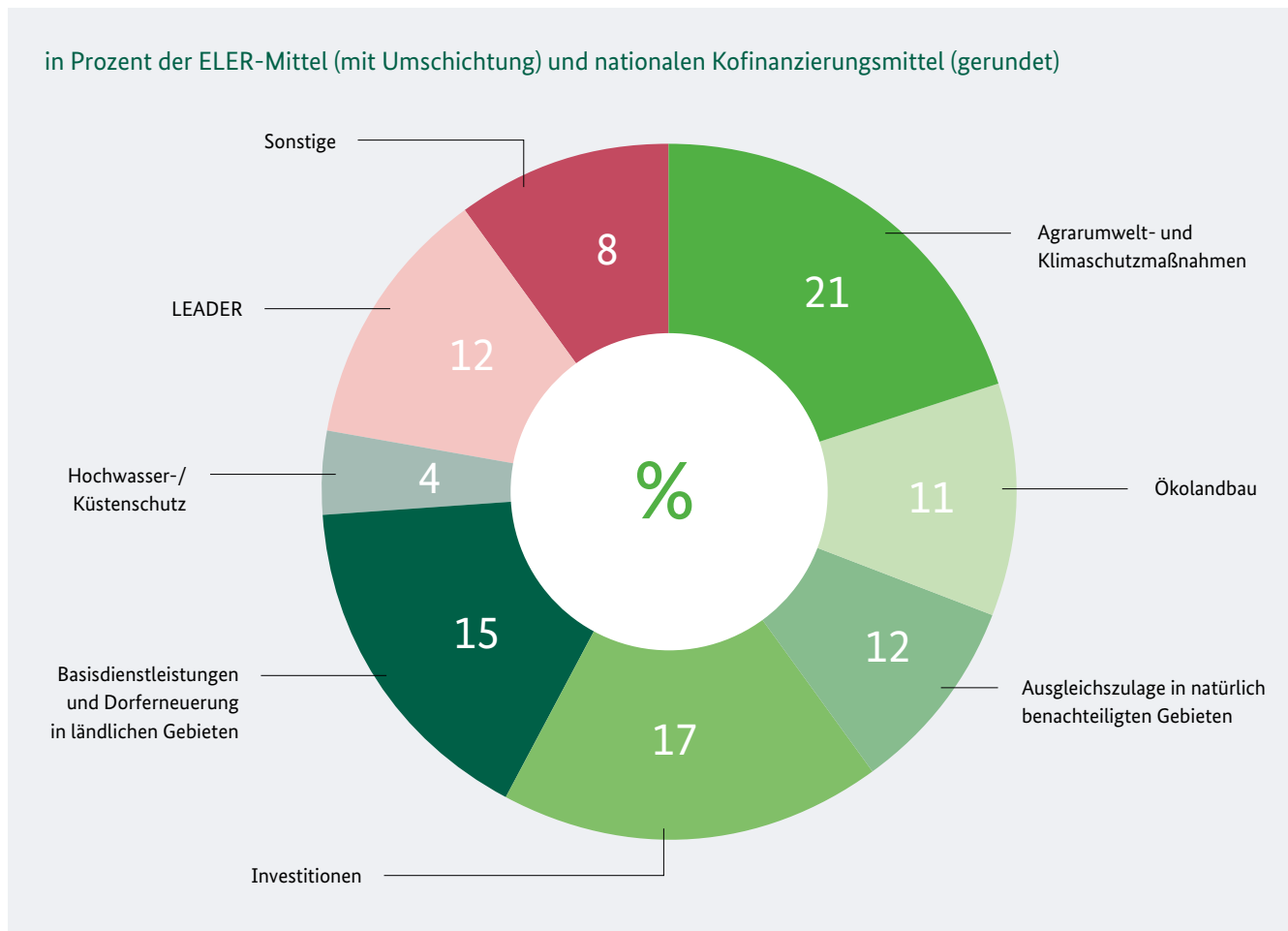
Der Ansatz der GAK wurde 2016 erweitert, um die Förderung ländlicher Regionen weiter zu verbessern. Folgende Bereiche wurden dabei besonders angeschoben:

- Einrichtungen für lokale Basisdienstleistungen der Grundversorgung der ländlichen Bevölkerung
- Existenzgründungen und Investitionen in nicht-landwirtschaftliche Kleinstunternehmen der Grundversorgung,
- sozialbezogene dörfliche Infrastruktur, IT- und softwaregestützte Lösungen und Dorfmoderation
- Verbesserung des kulturellen und natürlichen Erbes
- Mehrfunktionshäuser und Umnutzung dörflicher Bausubstanz,
- ein Regionalbudget von bis zu 200.000 € p. a. je Region.

Ziel ist es, dem ländlichen Charakter angepasste, kleinräumige Maßnahmen in diesen Bereichen zu initiieren und finanziell zu unterstützen.



ELER-FÖRDERUNG DER LÄNDLICHEN RÄUME 2014–2020 EINSATZ DER MITTEL NACH MASSNAHMEN IN DEUTSCHLAND



Quelle: BMEL, Stand 2015

Im Rahmen des Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums (ELER) liegt der Schwerpunkt auch zukünftig darauf, die Wettbewerbsfähigkeit ländlicher Regionen zu verbessern und den Strukturwandel zu begleiten. Dies gilt vor allem für die nachhaltige Bewirtschaftung natürlicher Ressourcen, beispielsweise für die Förderung extensiver Produktion, die teilweise oder ganz auf den Einsatz von mineralischen Dünge- und chemisch-synthetischen Pflanzenschutzmitteln verzichtet, sowie für den ökologischen Landbau.

Daneben werden der Naturschutz und die Landschaftspflege ebenso unterstützt wie die Fortführung der Bewirtschaftung der Berggebiete und anderer Gebiete, die von Natur aus benachteiligt sind. Und nicht zuletzt geht es um die Stärkung der Wirtschaftskraft wie auch der Attraktivität ländlicher Regionen im Hinblick auf eine angemessene Ausstattung mit Infrastrukturen und Versorgung mit Basisdienstleistungen.

LEADER-PROJEKTE

Der sogenannte Ansatz LEADER („Liaison entre actions de développement de l'économie rurale“) bekommt in der Förderung zunehmende Bedeutung: Lokale Akteure schließen sich zu Aktionsgruppen zusammen.

Sie erarbeiten nach dem „Bottom-up-Ansatz“ gemeinsam ein Entwicklungskonzept für ihre Region und zeigen darin Schwächen, Stärken und Entwicklungsmöglichkeiten auf. Auf dieser Basis werden dann geeignete Projekte zur Förderung ausgewählt.



Worum geht es aktuell?

Mit dem Bundesprogramm Ländliche Entwicklung (BULE) werden innovative und zukunftsweisende Lösungsansätze für Herausforderungen erprobt, denen Menschen auf dem Land gegenüberstehen. Im Fokus stehen nicht-landwirtschaftliche Aktivitäten in ländlichen Regionen, die bisher nicht über die GAK gefördert werden können. Dabei geht es um Themen wie soziale Dorfentwicklung, Kultur auf dem Land, Mobilität, Digitalisierung und Stärkung der Ehrenamtsstrukturen. Die in diesen Modell- und Demonstrationsvorhaben gewonnenen Erkenntnisse dienen als Grundlage für die Fortentwicklung der Regelförderung (GAK).

Das Modellvorhaben „Land(auf)Schwung“ richtete sich an unternehmerische Menschen, die aufgrund des demografischen Wandels, der regionalen Wirtschaftslage oder der Daseinsvorsorge in ihrem Ort vor eine besondere Herausforderung gestellt sind und selbst über innovative Ideen und deren Umsetzung entscheiden. „LandKULTUR“ unterstützt innovative Vorhaben, welche die kulturelle Teilhabe in ländlichen Räumen weiterentwickeln. Im Rahmen von „Land.Digital“ sollen die Chancen der Digitalisierung für ländliche Räume ausgelotet werden. Mit den Modell- und Demonstrationsvorhaben von „Land-Mobil – unterwegs in ländlichen Räumen“ sollen Projekte durchgeführt werden, die geeignet sind, die Mobilität der Menschen in den ländlichen Räumen zu verbessern und damit einen Beitrag zur Sicherung von Teilhabe und Daseinsvorsorge zu leisten. Der bundesweite Wettbewerb „Unser Dorf hat Zukunft“ zeigt, dass bürgerschaftliches Engagement starke Wurzeln auf dem Land hat. Mit dem Verbundprojekt „Hauptamt stärkt Ehrenamt“ wird das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) gemeinsam mit dem Deutschen Landkreistag und 18 Landkreisen modellhaft erproben, wie erfolgversprechende und nachhaltige Strukturen zur Stärkung und Begleitung des Ehrenamts aufgebaut bzw. gestärkt werden können. Engagierte sollen bei ihrer ehrenamtlichen Arbeit z.B. durch Information, Beratung, Qualifizierung und Vernetzung unterstützt werden.

Das BMEL fördert im Rahmen des Modellvorhabens „Smarte LandRegionen“ Landkreise bei der Entwicklung und Erprobung von Maßnahmen der Digitalisierung in ländlichen Räumen. Ziel ist es, ländliche Landkreise in ihren Bemühungen zur Digitalisierung zu fördern sowie die Chancen der Digitalisierung in allen Lebensbereichen

zu nutzen und dabei Herausforderungen und Handlungsmöglichkeiten ländlicher Räume zu identifizieren. Das Modellvorhaben ist eine Fördermaßnahme des Bundesprogramms Ländliche Entwicklung (BULE) und eine der zehn „Verpflichtungen“ der Bundesregierung im „Zweiten Nationalen Aktionsplan“ im Rahmen der Open Government Partnership (OGP).

Es werden sieben ländliche Landkreise als Modellregionen gefördert, um deren landkreisweite Digitalisierungsstrategie zu unterstützen sowie übertragbare Lösungen der Digitalisierung, schwerpunktmäßig in der Daseinsvorsorge, zu entwickeln.

Angesichts der vielschichtigen Maßnahmen, Zuständigkeiten und Entwicklungen hat das BMEL es sich zur Aufgabe gemacht, koordinierend tätig zu werden. So wurde Anfang 2015 unter Vorsitz des BMEL auf der Ebene der Parlamentarischen Staatssekretäre ein Arbeitsstab „Ländliche Entwicklung“ eingerichtet, der auf politischer Ebene eine stärkere Koordinierung der Aktivitäten für ländliche Regionen innerhalb der Bundesregierung bewirkt.

In den kommenden Jahren will die Bundesregierung stärker auf gute Teilhabe und faire Entwicklungschancen für alle Menschen in Deutschland unabhängig von ihrem Wohnort hinwirken. Deshalb hat die Bundesregierung, wie im Koalitionsvertrag der 19. Legislaturperiode verankert, im Sommer 2018 die Kommission „Gleichwertige Lebensverhältnisse“ aus Bundesressorts, Ländern und Kommunalen Spitzenverbänden eingesetzt. In sechs Facharbeitsgruppen haben alle Beteiligten engagiert an konkreten Vorschlägen gearbeitet. Mit „Unser Plan für Deutschland – Gleichwertige Lebensverhältnisse überall“ wurden im Sommer 2019 die Schlussfolgerungen aus der Kommissionsarbeit von Bundesminister Horst Seehofer als Vorsitzendem sowie Bundesministerin Julia Klöckner und Bundesministerin Dr. Franziska Giffey als Co-Vorsitzenden vorgestellt. Das Bundeskabinett hat zudem am 10. Juli 2019 als ersten Schritt zwölf Maßnahmen der Bundesregierung sowie Strukturen für die weitere Umsetzung und den Folgeprozess zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse beschlossen.

Dabei und für die Umsetzung weiterer Maßnahmen in ihrem eigenen Zuständigkeitsbereich sind auch Länder und Kommunen gefordert.

HERAUSGEBER

Bundesministerium
für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL)
Referat 816 – Strategie und Koordinierung der Abteilung 8,
Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in ländlichen Räumen
Wilhelmstraße 54
10117 Berlin

STAND

November 2019

TEXT

neues handeln GmbH, Berlin / BMEL

GESTALTUNG

design.idee, Büro für Gestaltung, Erfurt

BILDNACHWEIS

Bildmotive © Titel: Rosalie P./Stock.Adobe.com , Seite 2: vvoe/Stock.
Adobe.com; Seite 3: Steffen Kugler/Bundesregierung; Seite 4: Anton
Gvozdikov/Stock.Adobe.com; Seite 6: beatuerk/Fotolia.com, Seite 8:
BMEL/Walkscreen, Seite 9: Christian Schwier/Stock.Adobe.com, Seite 14:
ebenart/Stock.Adobe.com, Seite 16 (oben): branislavpudar/shutterstock.
com, Seite 16 (unten) DELO Industrie Klebstoffe, Seite 17 (oben): Corepics
VOF/shutterstock.com, Seite 17 (unten): Wolfgang Schadel, Seite 18:
contrastwerkstatt/Stock.Adobe.com; Seite 21: Maria Sbytova/shutter-
stock.com, Seite 22: Oleg Golovnev/shutterstock.com, Seite 23: Wave-
breakMediaMicro/Fotolia.com, Seite 24: Dmitry Kalinovsky/shutterstock.
com, Seite 25: KonstantinChristian/shutterstock.com, Seite 26: MarktTreff
SH_Markus Scholz, Seite 28: Belushi/shutterstock.com, Seite 29: Kerstin
Zegenhagen, Seite 30: Miklas Wrieden, Seite 31: Dron/Fotolia.com, Seite
32: BMEL/Walkscreen, Seite 33: Maimento/Fotolia.com, Seite 34: Budimir
Jevtic/shutterstock.com, Seite 35: Pavel L Photo and Video/shutterstock.
com, Seite 36: AnnaReinert/Stock.Adobe.com, Seite 38: Jens Schiller, BfN
(Bundesamt für Naturschutz); Seite 40: reichdernatur/Stock.Adobe.com
Icons: Leremy, SoleilC, TackTack, VoodooDot, Krylovchka/shutterstock.com

DRUCK

BMEL

BESTELLINFORMATIONEN

Diese und weitere Publikationen können Sie kostenlos bestellen:

Internet: www.bmel.de/publikationen

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Tel.: 030 18 272 2721

Fax: 030 1810 272 2721

Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09 | 18132 Rostock

**Diese Publikation wird vom BMEL unentgeltlich abgegeben. Sie darf nicht
im Rahmen von Wahlwerbung politischer Parteien oder Gruppen eingesetzt
werden.**

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter

www.bmel.de/unserland

www.landatlas.de

www.ble.de/bule-newsletter

www.netzwerk-laendlicher-raum.de

[@bmel](https://twitter.com/bmel)

[Lebensministerium](https://www.facebook.com/Lebensministerium)

In der Reihe „... verstehen“ bietet das BMEL weitere Publikationen
sowie kurze Einführungsfilme. Sie finden sie unter [www.bmel.de/
verstehen](http://www.bmel.de/verstehen).



Entbürokratisierung in der Pflegedokumentation

Informationen strukturiert sammeln - Pflege effizient planen und dokumentieren

- ➔ [Worum geht es? \(/themen/pflege/entbuerokratisierung.html#c4159\)](/themen/pflege/entbuerokratisierung.html#c4159)
- ➔ [Wen betrifft es? \(/themen/pflege/entbuerokratisierung.html#c4160\)](/themen/pflege/entbuerokratisierung.html#c4160)
- ➔ [Was kennzeichnet das Strukturmodell? \(/themen/pflege/entbuerokratisierung.html#c4165\)](/themen/pflege/entbuerokratisierung.html#c4165)
- ➔ [Was heißt das praktisch? \(/themen/pflege/entbuerokratisierung.html#c4166\)](/themen/pflege/entbuerokratisierung.html#c4166)
- ➔ [Wo wird es geregelt? \(/themen/pflege/entbuerokratisierung.html#c4167\)](/themen/pflege/entbuerokratisierung.html#c4167)

Worum geht es?

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem entsprechenden Begutachtungsinstrument brachte das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG (Pflegestärkungsgesetz) II (zwei)) weitreichende Verbesserungen für das Pflegesystem (siehe VI.1).

Für die Pflegepraxis in der Langzeitpflege wurde gleichzeitig ein weiteres drängendes Anliegen in Angriff genommen: Schon lange wird der hohe bürokratische Aufwand im Pflegealltag beklagt. Mit der Einführung eines neuen Konzepts zur Pflegedokumentation wurde damit Abhilfe geschaffen. Dadurch lässt sich wieder mehr Zeit für die eigentliche Pflege gewinnen.

Für die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation wurde gemeinsam mit Expertinnen und Experten und Praktikerinnen und Praktikern das „Strukturmodell“ entwickelt. Nachdem es sich in einem umfassenden Praxistest bewährt hatte, erfolgte seit 2015 die bundesweite Einführung. Mit dem Strukturmodell wird der Dokumentationsaufwand erheblich reduziert, ohne fachliche Qualitätsstandards zu vernachlässigen oder haftungsrechtliche Risiken aufzuwerfen.

Das Projekt wurde vom ehemaligen Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Einrichtungs- und Kostenträger sowie der Kommunen, den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung, dem Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung, den Pflegeberufsverbänden sowie den Bundesländern durchgeführt.



Social



Kontakt

Wen betrifft es?

Das Strukturmodell eignet sich sowohl für stationäre als auch für ambulante Pflegeeinrichtungen der Langzeitpflege, außerdem für Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Von der Einführung profitieren Pflegekräfte und Pflegebedürftige gleichermaßen, weil durch den Abbau von unnötigem Dokumentationsaufwand mehr Zeit für die unmittelbare Pflege und Betreuung zur Verfügung steht. Ende Oktober 2017 machten bundesweit bereits über 10.550 Pflegeeinrichtungen mit, das heißt fast jede zweite Einrichtung.

Was kennzeichnet das Strukturmodell?

- Die Dokumentationspraxis wird auf einen vierstufigen Pflegeprozess und eine systematische Berücksichtigung der persönlichen Perspektiven der Pflegebedürftigen ausgerichtet.
- Den Einstieg in den Pflegeprozess bildet die Strukturierte Informationssammlung (SIS). In der SIS werden die Wünsche der Pflegebedürftigen, die Beurteilung der Pflege- und Betreuungsbedarfe durch die Pflegefachkraft sowie die individuellen pflegerelevanten Risiken dokumentiert.
- Die fachliche Beurteilung zur Einschätzung der Pflege- und Betreuungssituation erfolgt anhand von fünf Themenfeldern, in die sich nach Ergebnissen der Pflegeforschung alle relevanten Hilfe- und Pflegebedarfe einordnen lassen.
- Die Benennung dieser Themenfelder nimmt bewusst Bezug auf die Module des seit 2017 geltenden Begutachtungsinstruments, um die Orientierung der Pflegeeinrichtungen auf den Pflegebedürftigkeitsbegriff zu unterstützen. Die Erfassung des individuellen Pflege- und Betreuungsbedarfs im Rahmen des Pflegeprozesses nimmt jedoch eine breitere Perspektive ein als die Begutachtung.
- Das sechste Themenfeld gilt im ambulanten Sektor der Pflegeorganisation in Absprache mit der Familie („Haushaltsführung“), im stationären Bereich liegt der Schwerpunkt auf Aspekten einer individuellen Wohnsituation („Wohnen/Häuslichkeit“).
- Aus den in der SIS dokumentierten Erkenntnissen ergeben sich im nächsten Schritt die Maßnahmenplanung sowie die Festlegung von Evaluationsdaten.
- Im Berichteblatt werden vor allem auftretende Abweichungen von der geplanten grundpflegerischen Versorgung und Betreuung dokumentiert – dadurch wird nicht nur „Schreibaufwand“ gespart, sondern tatsächlich relevante akute Veränderungen können schneller erkannt werden.
- In der Folge kann in der stationären Pflege auf die Einzeldokumentation von wiederkehrenden Abläufen der Grundpflege und Betreuung verzichtet werden, sofern diese im Qualitätshandbuch beschrieben sind.
- An die Stelle von schematischen Dokumentationsroutinen setzt das Konzept des Strukturmodells auf die fachliche Kompetenz der Pflegenden.



Social



Kontakt

Was heißt das praktisch?

Zum Strukturmodell mit seinen vier Elementen stehen eine Reihe von schriftlichen Darstellungen und Zusammenfassungen auf der Website des Projekts www.ein-step.de zur Verfügung.

Die Umstellung von der bestehenden Dokumentationspraxis auf das Strukturmodell geht in den meisten Fällen mit Veränderungen wichtiger Steuerungs- und Kommunikationsprozesse in den Pflegeeinrichtungen einher. Die bisherigen Praxiserfahrungen zeigen, dass Einrichtungen leichter zum Ziel kommen, wenn sie auf eine qualifizierte Schulung und Begleitung zurückgreifen können. Mit Unterstützung des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung wurden deshalb mehr als 800 Multiplikatoren der Trägerverbände und Prüfinstanzen geschult.

Seit November 2017 führen die Trägerverbände der Altenpflege auf Bundesebene das Projekt in eigener Verantwortung fort. Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung unterstützt die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation weiterhin als Schirmherr. Interessierte ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen können sich an das Projektbüro sowie die Ansprechpartner der Trägerverbände wenden. Auf der Website des Projektbüros www.ein-step.de finden Sie alle weiterführenden Informationen.

Für eine reibungslose Einführung des Strukturmodells können Pflegeeinrichtungen weiterhin umfangreiche Unterstützungsangebote nutzen:

- Das Informationsmaterial unter www.ein-step.de ermöglicht eine erste Orientierung zum Strukturmodell und enthält Downloads, Schulungsunterlagen sowie Hinweise zu pflegefachlichen und juristischen Fragen im Detail.
- Pflegeeinrichtungen, die sich für eine Einführung des Strukturmodells entscheiden, sollten sich an die auf der Website des Projekts www.ein-step.de genannten Ansprechpartner ihres Verbands oder an das gemeinsame Projektbüro der Trägerverbände wenden. Der jeweilige Verband unterstützt durch eigens geschulte Multiplikatoren bei der weiteren Umsetzung. Die Verbände haben dafür eigene Programme aufgelegt, die Schulungen, regionale Reflexionstreffen und Beratungsangebote beinhalten.

Die Umstellung auf das Strukturmodell darf nicht mit der Einführung neuer Formulare verwechselt werden. Sie bedeutet eine umfassende Neuausrichtung der bisherigen Dokumentationspraxis. Die Verantwortlichen in der Einrichtung müssen den Prozess aktiv begleiten und sich darauf einstellen, dass zum Beispiel bisherige Verfahrensanweisungen und das Qualitätshandbuch schrittweise überarbeitet und angepasst werden. Das Thema Pflegedokumentation betrifft fast alle Funktionen und Beschäftigten in den Einrichtungen. Für den Erfolg ist es entscheidend, dass alle Beteiligten durch transparente Kommunikation und interne Fortbildungen in den Prozess einbezogen werden.

Zusammenfassend ergeben sich durch die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation neue Perspektiven:



Social



Kontakt

- Entlastung und Motivationssteigerung der Pflegekräfte durch eine schlanke Pflegedokumentation, die fachlichen Kriterien standhält und gleichzeitig übersichtlich, praxistauglich und zeitschonend ist
- Mehr Zeit für die direkte Pflege und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen
- Impulse zur Gesundheitsförderung, weil die Pflegedokumentation die Kompetenz der Pflegekräfte stärkt und nicht mehr zusätzlicher Belastungsfaktor im beruflichen Alltag ist.

Wo wird es geregelt?

Dem Strukturmodell wurde 2014 durch einen Beschluss der Vertragspartner nach § 113 SGB XI (Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches) bescheinigt, dass es mit den geltenden „Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“ (§ 113 SGB XI) sowie mit den Qualitätsprüfrichtlinien (QPR) des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen vereinbart ist.

Das bedeutet konkret, dass es sich bei dem Strukturmodell um „[...] eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation [...]“ handelt, die „[...] über ein für die Pflegeeinrichtung vertretbares und wirtschaftliches Maß [...]“ nicht hinausgeht (§ 113 Abs. (Absatz) 1 Satz 2 und 3 SGB XI).

Darüber hinaus gibt es in landesrechtlichen Regelungen Hinweise zur Gestaltung der Pflegedokumentation. Auch diese Regelungen stehen einer Einführung des Strukturmodells nicht entgegen.

Auch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen sowie die Länder unterstützen das Projekt vorbehaltlos.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurde bereits gesetzlich klargestellt, dass aufgrund des Strukturmodells erreichte Zeiteinsparungen in den Vergütungsverhandlungen nicht von den Kostenträgern gegengerechnet werden dürfen, sondern der Arbeitsverdichtung entgegenwirken sollen (§ 113 Absatz 1 Satz 6 SGB XI).

13. November 2018



Social



Kontakt

Gesetzentwurf - Anreize für weniger Leiharbeit in der Pflege

Mit einer neuen Regelung wollen wir das Ausweichen auf Pflege-Leiharbeiter in Kliniken vermeiden. Die Kosten für Leiharbeit sollen im Rahmen des Pflegebudgets **nur bis zum Tariflohn vergütet** werden. Diese Regelung ist Teil eines Änderungsantrags, der an das MDK-Reformgesetz angehängt werden soll. Das MDK-Reformgesetz geht am 26. September in die 1. Lesung.

- Pflegekräfte in Krankenhäusern brauchen Kolleginnen und Kollegen, auf die sie sich verlassen können, die sie bei Wochenend- und Nachtdiensten entlasten. Deswegen schaffen wir Anreize, Pflegekräfte fest anzustellen, statt auf Leiharbeit auszuweichen. Leiharbeit in der Pflege soll die Ausnahme sein und nicht die Regel werden. Deswegen werden die höheren Kosten nicht refinanziert.

– Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

Außerdem sollen auch Zusatzkosten („Provisionen“) für die Vermittlung von Leihpersonal nicht refinanziert werden. Mit dem bereits beschlossenen Pflegepersonal-Stärkungsgesetz ändert sich ab dem 1. Januar 2020 die Finanzierung der Pflege in den Krankenhäusern. Dann werden die individuellen Pflegekosten („Pflegebudget“) aus den Fallpauschalen herausgelöst.

23. September 2019



Social



Kontakt

Pflegepersonaluntergrenzen

Nur mit einer guten Pflegepersonalausstattung ist eine sichere und gute Behandlung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus möglich. Mit zwei Maßnahmen sorgen wir deshalb für ausreichend Pflegepersonal: Die bislang geltenden vier pflegesensitiven Krankenhausbereiche werden ab dem 1. Januar 2020 um die Krankenhausbereiche der Herzchirurgie, Neurologie, Neurologie Schlaganfallereinheit und Neurologische Frührehabilitation erweitert. Begleitet wird diese Maßnahme ebenfalls ab 2020 von Vorgaben für die gesamte Pflege im Krankenhaus – dem sogenannten „Ganzhausansatz“.

- ➔ [Personaluntergrenzen für pflegesensitive Krankenhausbereiche \(/personaluntergrenzen.html#c13749\)](/personaluntergrenzen.html#c13749)
- ➔ [Vorgaben für die gesamte Pflege im Krankenhaus/Ganzhausansatz \(/personaluntergrenzen.html#c13743\)](/personaluntergrenzen.html#c13743)

Personaluntergrenzen für pflegesensitive Krankenhausbereiche

Eine Unterbesetzung von pflegesensitiven Bereichen im Krankenhaus kann fatale Folgen für Patientinnen und Patienten haben. Darum gelten künftig für folgende Krankenhausbereiche Personaluntergrenzen:

- die Intensivmedizin,
- die Geriatrie,
- die Kardiologie,
- die Unfallchirurgie,
- Herzchirurgie,
- Neurologie,
- Neurologie Schlaganfallereinheit,
- Neurologische Frührehabilitation.



Social



Kontakt

Die Untergrenzen werden als maximale Anzahl von Patienten pro Pflegekraft festgelegt. Dabei wird zwischen Tag- und Nachtschichten unterschieden.

Mit der Neufassung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung werden die bestehenden Pflegepersonaluntergrenzen bis zum Jahresende aufrecht erhalten und in einem zweiten Schritt mit Geltung ab dem 1. Januar 2020 weiterentwickelt und durch Pflegepersonaluntergrenzen für weitere pflegesensitive Bereiche ergänzt.

Die konkreten Untergrenzen für die Bereiche wurden wie folgt festgelegt:

- Intensivmedizin
 - Tagschicht maximal 2,5 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 3,5 Patienten pro Pflegekraft
 - Ab 1. Januar 2021 gilt: Tagschicht 2 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 3 Patienten pro Pflegekraft
- Geriatrie
 - Tagschicht 10 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 20 Patienten pro Pflegekraft
- Unfallchirurgie
 - Tagschicht 10 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 20 Patienten pro Pflegekraft
- Kardiologie
 - Tagschicht 12 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 24 Patienten pro Pflegekraft
 - Ab 1. Januar 2020 gilt: Tagschicht 10 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 20 Patienten pro Pflegekraft
- Herzchirurgie
 - Tagschicht 7 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 15 Patienten pro Pflegekraft
- Neurologie
 - Tagschicht 10 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 20 Patienten pro Pflegekraft
- Neurologische Schlaganfallereinheit
 - Tagschicht 3 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 5 Patienten pro Pflegekraft
- Neurologische Frührehabilitation
 - Tagschicht 5 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 12 Patienten pro Pflegekraft

In diesem Zusammenhang wird auch festgelegt, welchen Grenzwert der Anteil von Pflegehilfskräften jeweils nicht überschreiten darf, damit ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung steht.

Wie wird sichergestellt, dass die Untergrenzen eingehalten werden?

Die Krankenhäuser müssen für die einzelnen Monate Durchschnittswerte der Personalbesetzung ermitteln und dabei zwischen verschiedenen Stationen und Schichten differenzieren.



Social



Kontakt

Unabhängige Wirtschaftsprüfer oder Buchprüfer müssen die Einhaltung der Untergrenzen bestätigen.

Krankenhäuser, die sich nicht an die Vorgaben halten und die Grenzen unterschreiten, müssen Vergütungsabschläge hinnehmen.

Wie wird sichergestellt, dass für das gesamte Krankenhaus ausreichend Personal zur Verfügung steht?

Die Personaluntergrenzen für pflegesensitive Krankenhausbereiche werden begleitet von einer weiteren Maßnahme: dem sogenannten „Ganzhausansatz“, um im gesamten Haus eine gute Pflege und die Sicherheit der Patienten zu gewährleisten.

Hintergrund und Gesetzgebungsprozess


Die Weiterentwicklung der Untergrenzen wird per Ersatzvornahme durch die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgesetzt. Die Verordnung hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn am 28. Oktober 2019 unterzeichnet. Am 31. Oktober wurde die Verordnung im Bundesgesetzblatt verkündet. Am 1. November ist die Verordnung in Kraft getreten. Diese Neufassung der PpUGV fußt auf der Altfassung, die am 11. Oktober 2018 in Kraft getreten war.


Die erweiterten Pflegepersonaluntergrenzen werden ab dem 1. Januar 2020 gelten. Mit der Ersatzvornahme reagiert das Bundesgesundheitsministerium auf das erneute Scheitern der Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen zu dem Thema.

Bereits seit Juli des vergangenen Jahres haben die Interessenvertreter von Krankenhäusern und Krankenkassen den Auftrag, Personaluntergrenzen für pflegesensitive Krankenhausbereiche selber festzulegen. Diese Verhandlungen sind gescheitert. Dieses Versagen der Selbstverwaltung erfordert unser Handeln zum Schutz der Patienten und Pflegekräfte. Wir werden die Untergrenzen für pflegesensitive Stationen festlegen. Denn die Unterbesetzung von intensivmedizinischen Abteilungen im Krankenhaus kann fatale Folgen für Patienten haben.

– Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

Vorgaben für die gesamte Pflege im Krankenhaus/Ganzhausansatz

Mit dem Ganzhausansatz entsteht ein handhabbares, transparentes und schnell wirksames Instrument, um im gesamten Krankenhaus eine gute Pflege und die Sicherheit der Patienten zu gewährleisten. 

Dazu wird in Zukunft das Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zu individuellem Pflegeaufwand eines Krankenhauses ermittelt. Dieser „Pflegepersonalquotient“ gibt Aufschluss darüber, ob eine Klinik, gemessen am Pflegeaufwand, viel oder wenig Personal einsetzt. 

Kontakt

Krankenhäuser dürfen dabei einen noch festzulegenden Wert nicht unterschreiten. Anderenfalls drohen ihnen Sanktionen.

3. Dezember 2019



Social



Kontakt

Sofortprogramm Pflege

Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz))

Mit dem Gesetz sollen spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege erreicht werden. Das Gesetz ist ein wichtiger Schritt, um die Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten und Pflegebedürftigen weiter zu verbessern.

- ➔ [Pflege im Krankenhaus \(/sofortprogramm-pflege.html#c13144\)](/sofortprogramm-pflege.html#c13144)
- ➔ [Pflege in Pflegeeinrichtungen \(/sofortprogramm-pflege.html#c13145\)](/sofortprogramm-pflege.html#c13145)
- ➔ [Entlastung der Pflege durch Investitionen in Digitalisierung \(/sofortprogramm-pflege.html#c13622\)](/sofortprogramm-pflege.html#c13622)
- ➔ [Steigerung der Attraktivität von Kranken- und Altenpflege \(/sofortprogramm-pflege.html#c13526\)](/sofortprogramm-pflege.html#c13526)
- ➔ [Inkrafttreten und weitere Schritte \(/sofortprogramm-pflege.html#c13528\)](/sofortprogramm-pflege.html#c13528)



Social



Kontakt



Wir halten Wort. Mit der Verabschiedung des Pflege-Sofortprogramms heute im Deutschen Bundestag lösen wir das Versprechen an alle Pflegekräfte in Deutschland ein, ihren Berufsalltag konkret zu verbessern. Ab dem 01.01.2019 können Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen neues Pflegepersonal einstellen. Denn wir stellen sicher, dass die Krankenkassen 13.000 Pflegestellen in der Altenpflege und jede zusätzliche Pflegestelle im Krankenhaus finanzieren.

— Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



Social



Kontakt

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.

Verbesserungen für die Pflege im Krankenhaus

- ✓ jede zusätzliche Pflegekraft wird finanziert
- ✓ Tarifsteigerungen werden voll refinanziert
- ✓ Vergütungen von Azubis in der (Kinder-) Krankenpflege im 1. Ausbildungsjahr werden vollständig refinanziert



© Zentangle/Shutterstock.com

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 werden. Dieses Pflegebudget berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf und die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Die DRG (Diagnosis Related Groups)-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 krankenhausindividuelle Pflegepersonalausstattung in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen auf der Grundlage der von den Krankenhäusern geplanten und nachgewiesenen Pflegepersonalausstattung und der



Social



Kontakt



entsprechenden Kosten (krankenhausindividuelle 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. (zum Beispiel) 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 Tariferhöhungen 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 Aus- bildungsvergütungen 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 Kostenzuwächsen 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



Social



Kontakt



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. (Millionen) 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.



Social



Kontakt

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. (unter anderem) 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. (Milliarden) € 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

Social


Kontakt

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 (Operationen- und Prozedurenschlüssel)) und zur Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD (International Classification of Diseases)) 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.

Social



Kontakt

Näheres zur Förderung



Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat gem. § 8 Abs. (Absatz) 6 SGB XI (Elftes Buch des Sozialgesetzbuches) das Nähere zur Antragstellung einschließlich des Zahlungsverfahrens der Vergütungszuschläge für zusätzliche Pflegestellen in stationären Pflegeeinrichtungen festgelegt. Es liegt online auch ein Antragsmuster vor. Zur Information aller am Verfahren Beteiligten sowie zur Festlegung eines weitgehend unbürokratischen Verfahrens liegt seit Oktober 2019 eine gemeinsame Empfehlung der Pflegeselbstverwaltung vor. Diese wird ergänzt durch eine FAQ (Frequently Asked Questions)-Liste, die bei häufig auftretenden Fragen rund um das Antrags- und Bewilligungsverfahren weiterhelfen soll.

Jede Altenpflegeeinrichtung soll mehr Personal bekommen

Bewohnerzahl	Personalbedarf
bis 40 Bewohner	halbe Stelle
41 bis 80 Bewohner	eine Stelle
81 bis 120 Bewohner	anderthalb Stellen
ab 120 Bewohner	zwei Stellen

© GoodStudio/Shutterstock.com

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



Social



Kontakt

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.

Näheres zur Förderung

Die Voraussetzungen, Ziele, Inhalte, Durchführung der Förderung sowie das Verfahren zur Vergabe der Fördermittel wird durch Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen gem. § 8 Abs. 7 SGB XI geregelt. Auch ein Musterantrag liegt vor.

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



Social



Kontakt

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.



Social



Kontakt



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.

Möglichst lange fit bleiben - betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegekräfte

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.



Social



Kontakt



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.

Näheres zur Förderung

Einzelheiten zu den Voraussetzungen für die Förderung sowie zu dem Verfahren der Förderung werden durch Richtlinien des Spitzenverband Bund der Pflegekassen gem. § 8 Abs. 8 SGB XI geregelt. Auch ein Musterantrag liegt vor.

Inkrafttreten und weitere Schritte

Das Gesetz ist am 1. Januar 2019 in Kraft getreten. Weitere Schritte werden folgen.

3. Mai 2019



Social



Kontakt





Bundesministerium für
wirtschaftliche Zusammenarbeit
und Entwicklung



Zukunftsentwickler.
Wir machen Zukunft.
Machen Sie mit.



BMZ-Informationsbroschüre 3 | 2014

Perspektiven der Urbanisierung – Städte nachhaltig gestalten





Das 21. Jahrhundert ist schon heute das Jahrhundert der Städte. Über die Hälfte der Weltbevölkerung lebt bereits in Städten – im Jahr 2050 werden es aller Voraussicht nach mehr als zwei Drittel sein. Mittlerweile sind Städte und Metropolregionen die zentralen Lebensräume der Menschen. Sie sind die dynamischen Wachstumszentren unserer Zeit, in ihnen bündeln sich die Chancen und Herausforderungen einer globalen nachhaltigen Entwicklung.

Städte sind Orte des Wandels und der Innovation – Orte, in denen verschiedene Akteure zusammenkommen und in denen nachhaltige Entwicklung effektiv gestaltet wird. Gleichzeitig wird es immer schwieriger, Städte als lebenswertes Umfeld zu gestalten. Hohe Luftverschmutzung, Mängel bei der Versorgung mit Wasser und Energie wie bei der Entsorgung von Abfall und Abwasser, chronisch verstopfte Straßen und Fehlen öffentlicher Verkehrsmittel, wachsende soziale Ungleichheit – die Liste der Herausforderungen, denen sich Städte stellen müssen, ließe sich noch um einiges verlängern.

Es liegt auf der Hand, dass hier vor allem auf Selbsthilfe und Eigenverantwortung gesetzt werden muss, um nachhaltige Lösungen zu verwirklichen. Zentrales Anliegen der deutschen Entwicklungspolitik im Bereich der städtischen Entwicklung ist es daher, alle Akteure zu mobilisieren und Prozesse in Gang zu setzen, die zu einer nachhaltigen und inklusiven Entwicklung der Städte und urbanen Räume führen.

Zum einen geht es dabei darum, intelligente Lösungen für die zunehmende Urbanisierung zu finden und Städte zu attraktiven, produktiven und innovativen Arbeits- und Lebensräumen für alle Bewohner zu entwickeln. Das bedeutet insbesondere, städtischer Armut und sozialer Ungleichheit entgegenzuwirken, das technologische Wissen und die verfügbaren Ressourcen im Wasser-, Energie- und Ernährungssektor nachhaltig zu nutzen und eine umwelt- und klimagerechte Stadtentwicklung zu gestalten.

Zum anderen gilt es, die sozialen, wirtschaftlichen und ökologischen Wechselbeziehungen zwischen dem städtischen und dem ländlichen Raum im Sinne nachhaltiger Entwicklung zu nutzen. Denn die Folgen der Urbanisierung sind nicht nur in der Stadt spürbar – städtische Entwicklung bedingt und beeinflusst in hohem Maße die Entwicklung ländlicher Räume und

Gerd Müller

Bundesminister für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung



10 Gründe für Stadtentwicklung

1. Urbanisierung: Die Welt ist zur Stadt geworden

Mehr als 50 Prozent der Weltbevölkerung leben heute in Städten. Für das Jahr 2050 wird ein weiterer Anstieg auf 75 Prozent erwartet.¹ Hohe Urbanisierungsraten in Asien und in Afrika² spiegeln wider, dass der Schwerpunkt der Weltverstädterung sich längst in die Entwicklungs- und Schwellenländer verlagert hat. Dort leben bereits heute mit 2,3 Milliarden Stadtbewohnern doppelt so viele Menschen in städtischen Ballungsräumen wie in Industrienationen. Im Jahr 2030 werden es mit 3,9 Milliarden Menschen viermal so viele sein³; rund 60 Prozent von ihnen unter 18 Jahren.⁴ Somit bestimmt die Verstädterung und eine überproportional junge Bevölkerungsstruktur in zunehmendem Maße die Zukunft der Entwicklungsländer.

Etablierte Metropolregionen wie São Paulo oder Mumbai, aber auch kleine und mittelgroße Städte, werden zu maßgeblichen Lebens- und Wirtschaftsräumen im urbanen Millennium.

2. Prosperität: Produktive Städte sind die Basis wirtschaftlicher Entwicklung

In Städten wird bis zu 80 Prozent des Bruttoinlandsprodukts erarbeitet.⁵ Mit dem Zugang zu Arbeitskräften und Informationen, privaten Initiativen sowie verfügbarer Infrastruktur, Mobilität und Institutionen bieten sie der Volkswirtschaft günstige Rahmenbedingungen für ein nachhaltiges Wirtschaftswachstum. In der globalisierten Wirtschaft sind Städte bedeutende Knotenpunkte für den Transfer und die Bereitstellung von Produkten, Leistungen und Informationen. Weil Städte der Motor des ökonomischen Wachstums sind, liefern sie wesentliche Impulse für die einheimische und internationale Wirtschaft.

3. Erfolgreiche Armutsreduzierung: Mit Städten werden internationale Verpflichtungen umgesetzt

Städte haben ein hohes Potenzial, zur Umsetzung internationaler Vereinbarungen wie der Millenniumentwicklungsziele (MDG) entscheidend beizutragen. Denn hier werden entsprechende Strategien entwickelt und über den koordinierten Einsatz weniger Mittel große Effektivität und Wirkung erzielt. Mit Blick beispielsweise auf das MDG-Unterziel "Verbesserung der Lebensbedingungen für 100 Millionen Slumbewohner" bietet sich in Städten mehr als anderswo die Möglichkeit, der Armut zu entkommen. Städtische Armut und Slums sind jedoch wachsende Probleme in Entwicklungsländern, denen mit integrierten Ansätzen auf der lokalen Ebene begegnet werden muss. Auf Armutsredu-

zierung ausgerichtete Programme in Städten sorgen für bessere und rechtlich gesicherte Wohnbedingungen, für Ausbildung, Beschäftigung sowie Zugang zu sozialen Dienstleistungen.

4. Partner: Städte sind starke internationale Akteure

Reformen der staatlichen Modernisierung und Dezentralisierung stärken die Autonomie und Leistungsfähigkeit städtischer Verwaltungen. Weil sich die Handlungsspielräume und Befugnisse auf der kommunalen Ebene erweitern, werden Städte zunehmend von internationalen Entwicklungsagenturen, Banken und privaten Unternehmen als selbstverantwortlich agierende, gleichberechtigte Akteure wahrgenommen. Städte nutzen diese Möglichkeiten der direkten Partnerschaft auch untereinander, um ihre Entwicklung voranzutreiben und gewinnen so in der internationalen Politik zunehmend an Gewicht. Insbesondere die schnell wachsenden Mittelstädte müssen in diesem Kontext Kapazitäten und Infrastruktur entwickeln, um ihren neuen Anforderungen und Rollen gerecht zu werden.

5. Klimawandel und Biodiversität: Städte sind an Entscheidungen über globale Klimaziele beteiligt und haben bedeutenden Einfluss auf Ökosysteme

Städte emittieren derzeit rund 70 Prozent der klimawirksamen Treibhausgase⁶ und tragen somit Verantwortung für den globalen Klimawandel. Städte sind folglich wichtige Partner und Akteure in der internationalen Klimapolitik und nehmen zunehmend eine Vorreiterrolle ein, beispielsweise in der energieeffizienten Infrastrukturplanung. Zugleich sind Städte mit ihrer Bevölkerungsdichte, Bausubstanz und Infrastruktur unmittelbar den Gefahren des Klimawandels ausgesetzt, so durch küstennahe Taifune, Hitzewellen oder Schlammlawinen. Vor allem die arme Bevölkerung ist

¹ UN HABITAT (Hg.): State of the World's Cities 2010/2011. Nairobi, United Nations Human Settlements Programme 2007. S. 12.

² United Nations (Hg.): World Urbanization Prospects: The 2007 Revision Population Database. New York 2008.

³ Bundeszentrale für politische Bildung: Prognose der städtischen Bevölkerung. Internet: www.bpb.de/themen/WL9MSS,0,Staedtische_Bevolkerung.html, 12.05.2011.

⁴ UNFPA state of world population 2007. Internet: www.unfpa.org/swp/2007/english/chapter_2/changing_demographics.html, 09.08.2011.

⁵ UNEP (Hg.): Towards a Green Economy. Pathways to Sustainable Development and Poverty Eradication, Cities – Investing in energy and resource efficiency. S. 457. Nairobi.

⁶ The Worldwatch Institute (Hg.): State of the World. Our Urban Future. New York (W.W. Norton & Company) 2007.

aufgrund ihrer oft prekären Wohnsituation von extremen Wetterereignissen und Umweltproblemen betroffen. Städte nehmen über ihre Grenzen hinaus maßgeblichen, teils negativen Einfluss auf Ökosysteme. Gleichzeitig sind sie von den Leistungen dieser Ökosysteme, z.B. von sauberem Trinkwasser, abhängig. Intakte Ökosysteme ermöglichen eine leichtere Anpassung an den Klimawandel und sind zugleich wichtige Erholungsräume. In der städtischen Entwicklung muss daher verstärkt der Erhalt biologischer Vielfalt berücksichtigt werden, um wichtige Ökosystemdienstleistungen auch in Zukunft gewährleisten zu können.

6. Chancengleichheit: Eine soziale Stadt fördern

Die städtische Umgebung begünstigt die persönliche Entfaltung, die sich für viele Einwohner mit der Hoffnung auf eine bessere Lebenssituation und sozialen Aufstieg verbindet. Städte sind Orte des sozialen Wandels, in denen sich Jugendliche und Frauen eher individuell entfalten können, deren politische und soziale Teilhabe und individuellen Entscheidungsfreiräume sonst oftmals durch traditionelle Entscheidungsmechanismen eingeschränkt sind. Städte treten durch neue Leitbilder einer sozialen Stadt und mit speziellen Programmen für Frauen und Jugendliche hervor. Besonders Randgruppen sind meist aus den formellen ökonomischen, sozialen sowie politischen Netzwerken ausgeschlossen und können an den Entwicklungsoptionen, die das Wirtschaftswachstum in Städten bietet, nur bedingt teilhaben. Mitbestimmung und politische Teilhabe sind somit Schlüsselemente in der städtischen Gesellschaft, um Chancengleichheit und soziale Inklusion auszubauen. Zugleich trägt eine bürgerorientierte Infrastrukturentwicklung, die z.B. Mobilitätsangebote im städtischen Verkehr verbessert, dazu bei, das Miteinander verschiedener sozialer Gruppen zu erleichtern und den gesellschaftlichen Zusammenhalt zu fördern.

7. Sicherheit: Eine sichere Stadt fördert Entwicklung und Demokratie

Maßnahmen zur urbanen Gewalt- und Kriminalitätsprävention unterstützen die soziale und wirtschaftliche Stabilität. Dies wird besonders in jenen Stadtvierteln sichtbar, in denen sich große soziale und ökonomische Ungleichheiten, Perspektivlosigkeit und die Bereitschaft zu Gewalt und Kriminalität verfestigt haben. Private und öffentliche Investitionen werden vor allem in den Stadtgebieten gemieden, in denen die öffentliche Sicherheit nicht gewährleistet werden kann. Um die Erfolge laufender Entwicklungsbestrebungen zu lebenswerten und sozialen Städten sowie die Ausbildung demokratischer Strukturen und Prozesse zu

unterstützen, ist die Sicherheit in Städten ein zentrales entwicklungspolitisches Anliegen.

8. Governance: In der Stadt wird gute Regierungsführung erfahrbar

Stadtregierungen treffen Entscheidungen, die sich unmittelbar auf das Leben der Bewohner auswirken, von Landrechten bis hin zu Standortentscheidungen für Schulen und Gesundheitsstationen. In der Stadt tritt der Staat seinen Bürgern unmittelbar gegenüber, indem er Zivilgesellschaft und Privatwirtschaft aktiv zur politischen Mitsprache, zur partizipativen Entscheidungsfindung und zur Kontrolle der eigenen kommunalen Dienstleistungen auffordert. Zivilgesellschaft, Privatwirtschaft und Politiker tragen so zu mehr gemeinsamer Verantwortung bei und schaffen ein Umfeld, in dem Städte vermehrt ihre Verantwortung für den demokratischen Konsens wahrnehmen.

9. Urbanität: Städte sind innovative Katalysatoren der Entwicklung

Städte sind ein kreativer Raum für gesellschaftliche, wirtschaftliche, ökologische und politische Innovationen. Denn Städte ermöglichen als Voraussetzung für tragfähige Strategien einen engen und schnellen Austausch aller Akteure. Hier verbindet sich die Anwendung lokalen Wissens mit der konkreten Umsetzung aktueller Herausforderungen, z.B. beim Verbrauch von Ressourcen. Städte nutzen diese Synergien zur Entwicklung, formulieren integrierte sowie wirtschaftlich tragfähige Lösungsansätze und begegnen auf diese Weise unterschiedlichen Herausforderungen. Städte werden damit häufig zu Vorreitern für landesweite und internationale Entwicklungen.

10. Wirtschaftliche Zusammenarbeit: In Städten wächst die Nachfrage

Es besteht eine große Nachfrage von Seiten der Städte, die Herausforderungen bei der Modernisierung der Infrastruktur und Verwaltung mit Unterstützung der Privatwirtschaft zu bedienen. Die Versorgung einer wachsenden Bevölkerung und die Anpassung an nationale und internationale Standards erfordern technische und Managementlösungen von neuen Informations- und Kommunikationstechnologien bis hin zur energieeffizienten Gebäudesanierung. Die deutsche Privatwirtschaft und ihre Einrichtungen, Kammern, Industrie- und Berufsverbände bieten sich als Partner für Städte in Schwellen- und Entwicklungsländern an und halten Investitionen und Know-how bereit.



Green Urban Economy

1. Relevanz

Ökologisches Wirtschaften will dazu beitragen, wirtschaftliches Wachstum nachhaltig zu gestalten und veränderte Konsummuster aufzuzeigen. Das gilt für Industriestaaten wie für Entwicklungs- und Schwellenländer. Die handlungsorientierte Verknüpfung von Wirtschaft, Sozialem und Umwelt mit Fokus auf ein umwelt- und ressourcenschonendes Wachstum steht dabei im Mittelpunkt. Besonderes Gewicht hat dieser Ansatz in Städten und ihrem unmittelbaren Umfeld, denn heute leben fast 55 Prozent der Weltbevölkerung in Städten. In zwei Jahrzehnten wird es rund doppelt so viele Stadtbewohner geben wie heute. Derzeit werden in Städten weltweit rund 70 Prozent aller Ressourcen verbraucht und mehr als 75 Prozent aller CO₂-Emissionen erzeugt. Städte sind aber auch die Säulen der Volkswirtschaft. 80 Prozent der monetär gemessenen weltweiten Wertschöpfung wird in Städten generiert. Im Zuge der Urbanisierung stellen Städte einen wichtigen Hebel für sozial gerechtes und nachhaltiges Wachstum auf der Grundlage ökologischen Wirtschaftens dar.

Städte und Kommunen bieten wirksame Ansätze zu

Ressourceneffizienz und Synergien: Die städtische Politik- und Verwaltungsebene ist hierbei nur ein Akteur neben weiteren bei der Gestaltung von wirtschaftlichen und sozio-kulturellen Gefügen und Netzwerken. In Städten konkretisiert sich die Zusammenarbeit zwischen Bürgern, Staat und Unternehmen. Wechselwirkungen zwischen unterschiedlichen Politikfeldern und Sektoren lassen sich nutzen. Dies macht Städte zur Plattform für Innovationen und Lösungen sowie zu Initiatoren für neue Partnerschaften.

Ansätze für nachhaltige Städte ("Sustainable Cities") stellen ein prioritäres Gebiet im Kontext der Green-Economy-Debatte der United Nations Conference on Sustainable Development (UNCSD, Rio+20-Gipfel) dar und werden im Rahmen der Sustainable Development Goals (SDG) als Beitrag für die internationale Zielagenda nach 2015 diskutiert. In Städten zeigen lokale Handlungsansätze, welche aktive Rolle städtische Akteure bei der wirksamen Umsetzung einer Green Economy spielen und welcher Beitrag, z. B. durch effektive Dienstleistungen und transparente Institutionen zur Verwirklichung der Menschenrechte und Daseinsvorsorge, geleistet werden kann. Die Vorreiterrolle einer Kommune in der nachhaltigen Beschaffung ist ein Wegweiser für private Investitionen und Verhaltensweisen. Kommunale Anreizmechanismen ermutigen lokale Unternehmen, ihre Produktion und ihren Betrieb auf ökologisches Wirtschaften umzustellen.



Eine Frau auf dem Weg zur Arbeit in Myanmars zweitgrößter Stadt Mandalay

Der Weg zu einer grünen und sozial inklusiven Wirtschaft findet in Städten einen wichtigen Katalysator. Entsprechend heißt es im UNEP-Report **Towards a Green Economy**:
"Cities can and should play a leading role in greening economies – in both developed and developing countries."

Zu Kernelementen einer Green Urban Economy zählen somit:

Inklusives Wirtschaftswachstum: Künftige Wachstumsstrategien dürfen fortan nicht mehr allein quantitativ ausgerichtet sein, so dass ein qualitatives Wachstum weiten Teilen der Bevölkerung zugute kommt. Gerade in Städten klappt die Schere zwischen Arm und Reich zunehmend auseinander und wachsende Bevölkerungsteile haben nur unzureichend soziale und ökonomische gesellschaftliche Teilhabe.

Ökologische Verträglichkeit: Als zentrale Elemente müssen der Verbrauch von Ressourcen und der Ausstoß von Treibhausgasen vom wirtschaftlichen Wachstum entkoppelt werden, z. B. durch die Förderung von Innovationen und umweltfreundlichen Technologien. Hier bieten Städte aufgrund ihrer hohen Dichte die Chance effizienter Infrastrukturnetzwerke.

Armutsreduzierung: Inklusives und ökologisch verträglich gestaltetes Wachstum muss darauf abzielen, Armut zu reduzieren und Chancen zu eröffnen. Dies muss zu mehr Einkommenschancen, vor allem im Niedriglohnsegment sowie im städtischen informellen Sektor, führen und den Zugang zu grundlegenden kommunalen Dienstleistungen für Arme und in informellen Siedlungen verbessern.

2. Ansatz der deutschen Entwicklungszusammenarbeit

Um die Wirtschaft zu transformieren, müssen öffentliche und private Akteure auf verschiedenen Ebenen handeln. Nationale und lokale Regierungen können eine ökologische Wirtschaft begünstigen, indem sie Rahmenbedingungen verändern, eine Vorreiterrolle einnehmen, Anreize schaffen und Bürgerinnen und Bürger, Institutionen sowie Unternehmen zu ökologisch verträglichem Handeln motivieren.

Inklusion und Armutsreduzierung sind feste Bestandteile ökologischen Wirtschaftens in der Stadt: Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit unterstützt ihre Partner dabei, den notwendigen rechtlichen Rahmen im Sinne guter Regierungsführung zu schaffen sowie Lösungen für die ökologischen Schlüsselprobleme zu entwickeln und zu finanzieren. Aufgabe einer Green Urban Economy in Zusammenarbeit mit Wirtschaft, Wissenschaft und der Zivilgesellschaft ist es, negativen Auswirkungen des Klimawandels und Fehlinvestitionen vorzubeugen und bereits eingetretene Umweltschäden abzumildern. Ansätze sind hier die Förderung von Energieeffizienz, Investitionen in grüne Technologien und Beschäftigung, Schaffung von Anreizsystemen für nachhaltige Produktions-, Betriebs- und Konsummuster sowie die Etablierung von Standards. Eine inklusive und ökologische Wirtschaft zielt zugleich auf die Armutsreduzierung und die Reduzierung von Ungleichheit.

Handlungsfelder der deutschen Entwicklungszusammenarbeit in der nachhaltigen Kommunal- und Stadtentwicklung umfassen gute Regierungsführung, lokale Wirtschaftsförderung sowie städtisches Umweltmanagement. Diese Bereiche tragen integriert zur *Green-Urban-Economy*-Transformation von der lokalen bis hin zur globalen Ebene bei:

- ökologisches Wirtschaften in internationalen Regelwerken verankern
- Bedeutung von Green Urban Economy in internationalen Netzwerken erhöhen
- Rahmenbedingungen setzen, Anreizsysteme und Finanzierungsmodelle schaffen sowie die Entwicklung von Politikinstrumenten und Kompetenz auf nationaler und lokaler Ebene vorantreiben
- handlungsorientierte Konzepte für Städte entwickeln:
 - kommunale Haushalte auf ökologisches Wirtschaften umstellen
 - Einkommensmöglichkeiten für arme Bevölkerungsschichten bieten und zugleich Beiträge für Umwelt und Klima leisten

- innovative Strategien für umweltfreundlichen Transport, Sanitäreinrichtungen, Abfallmanagement und bürgerorientierte Dienstleistungen
- städtisches Umwelt- und Ressourcenmanagement
- Finanzierung klima- und umweltrelevanter städtischer Infrastruktur bereitstellen

3. Beispiele aus der Praxis

Indien: Deutsch-Indisches Umweltprogramm (IGEPP)

Indiens rasante Industrialisierung und Verstädterung gehen mit starken Belastungen der Umwelt, steigenden Emissionen und wachsendem Ressourcenverbrauch einher. Um den ökonomischen und demografischen Wandel nachhaltig zu bewältigen, fehlen jedoch angepasste technische Lösungen im industriellen und städtischen Sektor, Managementkapazitäten auf den verschiedenen Regierungsebenen und innovative inter-institutionelle Konzepte, die gezielt die Privatwirtschaft einbinden. Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit unterstützt Entscheidungsträger auf nationaler, bundesstaatlicher und lokaler Ebene durch institutionelle Beratung und Dialogforen bei der Förderung innovativer Lösungen für ein effizientes industrielles und städtisches Umweltmanagement. Dadurch werden die Fähigkeiten zur Erarbeitung und Umsetzung von umwelt- und klimapolitischen Lösungsstrategien gestärkt. Das Projekt trägt damit dazu bei, das Potenzial für ein breitenwirksames und nachhaltiges Wachstum im Sinne einer Green Urban Economy zu steigern.

Indonesien: Emissionsminderungsprogramm in Städten/ Abfallmanagement

Mit der voranschreitenden Urbanisierung und der wirtschaftlichen Entwicklung Indonesiens konzentrieren sich in den verdichteten urbanen Räumen klimaschädliche Treibhausgasemissionen. Die indonesische Regierung geht davon aus, dass der Abfallsektor aufgrund unsachgemäßer Ablagerung im Jahr 2005 rund 7,4 Prozent der Gesamtemissionen erzeugt hat. Als Beitrag zur Umsetzung der indonesischen Klimawandelstrategie werden deshalb Maßnahmen zur Emissionsminderung im Abfallsektor in ausgewählten Städten Indonesiens finanziert. Hierzu gehören die Vorbereitung und Durchführung von abfallwirtschaftlichen Investitionsmaßnahmen, z.B. der Bau von Deponieabschnitten nach modernen Standards oder die Errichtung von Sortier- und Kompostieranlagen. Des Weiteren werden die Programmstädte bei der Verbesserung des gesamten kommunalen Abfallmanagementsystems beraten und die technische, finanzielle und institutionelle Kapazität der Stadtreinigungsämter gestärkt.

Weitere Informationen

- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Hg.): Ökologisch Wirtschaften. Green Economy. Bonn 2011.
- ICLEI – Local Governments for Sustainability (Hg.): Briefing Sheet – Green Urban Economy. 2011
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Hg.): Green Growth Strategy. 2011
- Umweltprogramm der Vereinten Nationen (Hg.): Towards a Green Economy. Pathways to Sustainable Development and Poverty Eradication. 2011
- Weltbank (Hg.): Inclusive Green Growth: The Pathway to Sustainable Development. 2012



Stadt und Klimawandel

1. Relevanz

In Städten treffen die Ursachen und Auswirkungen des Klimawandels sowie Akteure für effektive Klimapolitik und innovative Lösungen aufeinander. Das Augenmerk gilt dabei den Kommunen. Sie sind sowohl in der lokalen Bereitstellung und Anpassung öffentlicher Dienstleistungen und Infrastrukturen als auch in der internationalen Artikulation kommunaler Interessen ein wichtiger Partner der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Mit ihrer Nähe zu Bürgern, Unternehmen und politischen Entscheidungsträgern sind Städte in der Lage, effektive politische und organisatorische Strukturen aufzubauen, die für die Anpassung an den Klimawandel benötigt werden.

Denn die Folgen des Klimawandels werden auch zu weit reichenden Beeinträchtigungen urbaner Lebensweisen führen. Städte in Küstenregionen werden ganz besonders von Hochwasser und Überflutungen betroffen sein. 15 der weltweit 20 Megastädte¹ befinden sich in niedrig gelegenen Küstenzonen. 600 Millionen Menschen leben derzeit in diesen Regionen. Insbesondere in den Küstenzonen Afrikas und Asiens wird zukünftig die Anpassung an den Klimawandel eine zentrale Aufgabe sein.

Der Anstieg von Treibhausgasen wird als einer der maßgeblichen Gründe für die Erderwärmung angesehen. Die meisten Emissionen entstehen dort, wo sich die Produktion und der Verbrauch von Ressourcen konzentrieren. Städte beschleunigen den Klimawandel durch ihre hohe Dichte an Treibhausgas emittierenden Sektoren wie Industrie, Verkehr, Wohnen und Abfall. Obwohl Städte nur 0,4 Prozent der Erdoberfläche bedecken, stoßen sie derzeit rund 70 Prozent der klimawirksamen Treibhausgase² aus. Infolge des Städtewachstums werden im Jahr 2030 voraussichtlich sogar 76 Prozent der Emissionen in Städten verursacht.³

In Städten der Entwicklungsländer sind die Folgen der klimatischen Veränderungen besonders spürbar: Während Städte in den OECD-Staaten mit ihren Gesamtemissionen maßgeblich zum Klimawandel beitragen, leiden insbesondere Armutssiedlungen in Entwicklungsländern unter dessen Folgen. Weltweit lebt ein Großteil der Armen in Risikogebieten, an erdrutschgefährdeten Hängen oder in Flusseinzugsgebieten, die am ehesten von extremen Wetterereignissen betroffen sind. Die prekären Wohn- und Lebensverhältnisse, niedrige Einkommen, oftmals unzureichende öffentliche Dienstleistungen, schwache soziale Sicherungssysteme und



Infolge des Klimawandels steigt die Bedrohung durch Hochwasser und Überflutungen in küstennahen Städten.

Infrastrukturmängel sowie die hohe Bevölkerungsdichte erhöhen die Vulnerabilität ihrer Bewohner. Gleichzeitig sind in Entwicklungsländern die öffentlichen Verwaltungen, insbesondere auf lokaler und kommunaler Ebene, oftmals nicht in der Lage, den negativen Konsequenzen des Klimawandels effektiv entgegenzuwirken. Schwache Verwaltungsstrukturen und fehlende praktische Erfahrungen spielen dabei genauso eine Rolle wie knappe kommunale Haushalte. Auch der durch den Klimawandel und Übernutzung verursachte Verlust von Biodiversität hat weitreichende Folgen für Menschen in den Städten, da wichtige Leistungen von Ökosystemen wie die Klimaregulierung verloren gehen.

2. Ansatz der deutschen Entwicklungszusammenarbeit

Synergien zwischen städtischen Sektoren erzielen und städtische Leistungsfähigkeit stärken: Nachhaltige Stadtentwicklung verbindet eine effiziente Ressourcenpolitik mit einer Stärkung der Widerstandsfähigkeit der städtischen Bewohner, der Infrastruktur und von lokalen Wirtschaftskreisläufen. Stadt- und Kommunalverwaltungen kommt in der Entwicklung und lokalen Umsetzung von effektiven Klimaanpassungsmaßnahmen eine besondere Rolle zu. Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit stärkt daher die Hand-

¹ World Bank (Hg.): World Development Report. Washington 2010. S. 91.

² The Worldwatch Institute (Hg.): State of the World. Our Urban Future. New York (W.W. Norton & Company) 2007.

³ International Energy Agency (Hg.): World Energy Outlook. Paris 2008. S. 12.

lungsfähigkeit dieser Behörden. Eine integrierte Herangehensweise nutzt dabei Synergien zwischen den Sektoren und unterstützt sowohl staatliche als auch zivilgesellschaftliche Akteure in ihrer Koordination und Kooperation. Dazu gehören Klimaschutzstrategien, Qualifikationsmaßnahmen für Angestellte der Stadtverwaltungen, Institutionenentwicklung und die Bereitstellung vergünstigter Kredite, die eine angepasste Stadtplanung, Bau- und Infrastrukturentwicklung sowie nachhaltiges Umweltmanagement im Bereich Wasserver- und -entsorgung, Energie, Transport und Abfall ermöglichen. Ökosystembasierte Anpassung bietet vor diesem Hintergrund vielerorts eine gegenüber technischer Anpassung kostengünstige und effiziente Möglichkeit, die Folgen des Klimawandels zu verringern. Darüber hinaus bieten intakte Ökosysteme außerdem Leistungen wie Wasser, Ernährung, Schutz vor Klimaextremen und Erholung, die wiederum der lokalen Bevölkerung zugute kommen.

Armutsorientierte Klimaanpassung auf lokaler Ebene fördern: Ziel der deutschen Entwicklungszusammenarbeit ist es, kommunale Behörden und Einwohner bei der Entwicklung und lokalen Umsetzung von Maßnahmen zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit, insbesondere armer Bevölkerungsgruppen, zu unterstützen. Gerade in Entwicklungsländern wohnt ein Großteil der städtischen Bevölkerung in informellen Siedlungen außerhalb der Planung und Versorgung durch öffentliche Institutionen. Risiko- und Vulnerabilitätsanalysen sowie Frühwarnsysteme werden daher so gestaltet, dass sie diesem Umstand Rechnung tragen und die Wohn- und Lebensbedingungen der armen städtischen Bevölkerung ausreichend berücksichtigen. Eine effektive Beteiligung, insbesondere der armen Bevölkerung, stellt sicher, dass Anpassungsmaßnahmen den Herausforderungen gerecht werden und knappe Haushaltsmittel bedarfsorientiert verwendet werden.

Alle politischen und administrativen Ebenen einbinden: Klimagerechte Kommunal- und Stadtentwicklungspolitiken werden in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit auf internationaler, nationaler sowie lokaler Ebene unterstützt. Mit ihren internationalen Partnern, wie Cities Alliance, Weltbank, UN-HABITAT, UNEP und ICLEI werden Standards für die Umsetzung kommunaler Klimaschutzpolitiken erarbeitet. Auf nationaler Ebene werden Partnerländer bei der Formulierung sowie Umsetzung integrierter Anpassungs- und Emissionsminderungsstrategien unterstützt, die zwischen nationaler, regionaler und lokaler Ebene abgestimmt und international wirksam werden. Eine wichtige Rolle nimmt dabei der Aufbau kommunaler Klimapartnerschaften

ein, um die international vereinbarten Klimaschutzziele zu erreichen.

3. Beispiele aus der Praxis

Seit 2007 besteht die **Cities Development Initiative for Asia (CDIA)**, die sich den besonderen infrastrukturellen und ökologischen Herausforderungen der schnell wachsenden mittelgroßen Städte Asiens widmet. Die regionale Multi-Geber-Initiative wurde von der deutschen Bundesregierung, vertreten durch das BMZ, und der Asiatischen Entwicklungsbank ADB gegründet. Weitere Beiträge leisten die Regierungen Schwedens, Österreichs und die Stadtregierung von Shanghai. Das Regionalvorhaben fördert eine umweltgerechte und armutsorientierte Stadtentwicklung sowie eine Verbesserung der Umwelt- und Lebensbedingungen der Bewohner durch die Entwicklung ressourceneffizienter und sozialverträglicher Infrastrukturmaßnahmen einschließlich deren Vorbereitung auf eine spätere Finanzierung. Die von CDIA vorbereiteten Projekte unterstützen unter anderem den Ausbau des öffentlichen Personennahverkehrs, die Abfallentsorgung mit Methan-Speicherungsoption, die Erhöhung der Energieeffizienz in Gebäudebeständen sowie Anpassungsmaßnahmen im Bereich Hochwasserschutz und Entwässerung. Neben der Vorbereitung entsprechender Investitionsprojekte unterstützt die Initiative die Verbesserung der institutionellen Rahmenbedingungen auf lokaler Ebene.

→ www.cdia.asia

Energie und Kosten einzusparen, eine adäquate Energieversorgung zu sichern sowie wirksame **Klimaschutzmaßnahmen im Gebäudesektor** zu etablieren – das sind die Hauptziele der nationalen Energiepolitik der Ukraine. Die dringend erforderliche Verbesserung der gesetzlichen, institutionellen und finanziellen Rahmenbedingungen für eine effektive nationale Politik zur Energieeinsparung im Gebäudesektor steht im Mittelpunkt des ukrainisch-deutschen Vorhabens. Das Projekt berät das Ministerium für Wohnen und Kommunale Dienste sowie das Bauministerium bei der Erarbeitung von Gesetzesentwürfen und bei der Entwicklung von finanziellen Förderprogrammen und Anreizmechanismen. Auf kommunaler Ebene steht die Einführung eines Energiemanagements in vier Pilotstädten im Vordergrund. Hier wurden Energiemanager geschult, Energiepläne für den Gebäudebestand entwickelt, Daten- und Monitoringsysteme aufgebaut sowie beispielhafte energetische Gebäudesanierungen vorbereitet.

→ www.eeib.org.ua

Weitere Informationen

- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Hg.): Klimawandel und Entwicklung. Die Entwicklungspolitik setzt Akzente. Bonn 2007.
- www.bmz.de/de/mediathek/publikationen/themen/klimaschutz



Stadt und Sicherheit

1. Relevanz

Durch weltweite Urbanisierungsprozesse entwickeln sich Städte zu Zentren gesellschaftlicher und technologischer Innovation. Städte werden zu Motoren der nationalen und globalen Wirtschaftsentwicklung. Gleichzeitig treten in ihnen soziale Ungleichheiten, wirtschaftliche Perspektivlosigkeit, Ausgrenzung benachteiligter Bevölkerungsgruppen sowie Bedrohungen und Risiken deutlich zutage. Diese Ungleichheiten können Gewalt und Kriminalität hervorrufen, aus denen sich Konsequenzen für die individuelle, gesellschaftliche und die gesamtstädtische Entwicklung ergeben.

Private und öffentliche Investitionen meiden Risikogebiete, in denen die öffentliche Sicherheit nicht gewährleistet werden kann. Dies beeinträchtigt unmittelbar die Lebensqualität der Bewohner und die sozioökonomische Stabilität der Kommune. Letztlich werden die Erfolge laufender Entwicklungsbemühungen in Städten durch mangelndes Sicherheitsempfinden und die tatsächliche Gefährdung durch Gewalt und Kriminalität behindert.

Die Ausmaße der Beeinträchtigung durch Gewalt und Kriminalität im städtischen Raum sind beachtlich. UN-Schätzungen gehen davon aus, dass 60 Prozent aller städtischen Bewohner in Entwicklungsländern innerhalb von fünf Jahren mindestens einmal Opfer krimineller Handlungen werden. In Lateinamerika und Afrika betrifft dies sogar 70 Prozent aller Städter, insbesondere in Armensiedlungen.¹ Gerade die sozial Schwächsten trifft materieller Verlust unerbittlich. Junge Menschen zwischen 15 und 24 Jahren sind am häufigsten Täter und Opfer von Gewalt.² Von bewaffneter Gewalt sind Subsahara-Afrika sowie Mittel- und Südamerika am schwersten betroffen.³

Städtische Gewalt- und Kriminalitätsprävention fördert wirtschaftliche Integration: Die Berücksichtigung gewalt- und kriminalitätspräventiver Maßnahmen ist ein wichtiger Bestandteil zur Nachhaltigkeit in Vorhaben der Stadt- und Kommunalentwicklung im Rahmen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Ein besonderes Anliegen ist es, gerade schwache und marginalisierte Gruppen der Gesellschaft wie Frauen, Kinder und Jugendliche vor Übergriffen einschließlich sexueller Gewalt zu schützen, ihnen Entwicklungsraum und Perspektiven zu geben und sie somit an den wirtschaftlichen Entwicklungspotenzialen in der urbanen Gesellschaft teilhaben zu lassen.



UN-Schätzungen gehen davon aus, dass 70 Prozent aller städtischen Bewohner in Afrika innerhalb von fünf Jahren mindestens einmal Opfer krimineller Handlungen werden.

Prävention von Gewalt und Kriminalität stärkt die lokale Demokratie und staatliche Legitimität: Je stärker arme Bevölkerungsgruppen Risiken der Gewalt und Kriminalität ausgesetzt sind, desto eher kann sich politische Gewalt auf Kosten demokratischer Aushandlungsprozesse und staatlicher Legitimität verfestigen. Insbesondere in fragilen Rahmenbedingungen, in denen staatliche Institutionen nur schwach ausgebildet sind, werden präventive Beratungsansätze auf der lokalen Ebene notwendig, denn sie tragen zu einer sozialen und politischen Stabilisierung in den Kommunen und auf nationalstaatlicher Ebene bei.

2. Ansatz der deutschen Entwicklungszusammenarbeit

Eine integrierte Präventionsstrategie verfolgen: Das BMZ unterstützt Partnerinstitutionen in der konfliktensiblen Aushandlung und Umsetzung von gemeinsamen Lösungsansätzen für eine soziale und sichere Stadt. Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit verfolgt hierbei einen integrierten Präventionsansatz, der sowohl räumlich, institutionell als auch zielgruppenspezifisch ausgerichtet ist. Ein

¹ UN HABITAT (Hg.): Enhancing urban safety and security – global report on human settlements 2007. Nairobi (United Nations Human Settlements Programme) 2007. S. 55.

² UNFPA (Hg.): State of World Population 2007. Unleashing the Potential of Urban Growth. New York (United Nations Population Fund) 2007. S. 26.

³ UNDOC (Hg.): Global Burden of Armed Violence. Geneva (Geneva Declaration Secretariat) 2008. S. 4.

sicheres Lebensumfeld kann nur entstehen, wenn die soziale, institutionelle und räumliche Dimension in der Stadtentwicklung mitgedacht wird und dies in nationalen Politiken und kommunalem Denken verankert ist.

Ziel dieser Herangehensweise in der räumlichen Intervention ist es, bei der Planung und Neugestaltung von Siedlungs-, Gemeinschafts- und Gewerbeflächen Standards für die Gestaltung einer physisch sicheren Umwelt zu berücksichtigen. Gewalt- und Kriminalitätsrisiken können konkret durch Maßnahmen wie Beleuchtung oder Übersichtlichkeit des öffentlichen Raumes beeinflusst werden. Es werden Orte abseits der Gewalt geschaffen, die es Bewohnern ermöglichen, ihre Alltagsgeschäfte ohne Angst zu erledigen.

Parallel dazu werden in der sozialen Dimension der gesellschaftliche Zusammenhalt und die Fähigkeiten von Bürgern, insbesondere von Frauen und Jugendlichen, aufgebaut, gemeinsam Probleme der Gewalt und Kriminalität zu bewältigen. Projektansätze zur Thematisierung von Jugendgewalt und -kriminalität zielen auf partizipative und beschäftigungsfördernde Maßnahmen sowie kulturelle und sportliche Anreize mit Akteuren aus Kommunalverwaltung, Polizei, Zivilgesellschaft, sozialen Dienstleistern und Nachbarschaftsorganisationen. Darüber hinaus wird das Vertrauen in formale und informelle Institutionen gestärkt sowie der Stigmatisierung Jugendlicher entgegengewirkt. Zudem wurden Alternativen zu kriminellen Handlungen und Karrieren erarbeitet. Gewalt gegen Frauen und Mädchen soll mithilfe von Aufklärungskampagnen und Beratung eingedämmt werden, die unter Einbindung bürgerschaftlicher Initiativen geplant und zum Beispiel durch Community Policing durchgeführt werden.

Den Zugang zu kommunalen Dienstleistungen ausbauen: Risikogruppen wie Slumbewohner müssen ihre Rechte besser artikulieren und einfordern können. Dazu ist es unabdingbar, dass ihnen ein besserer Zugang zu öffentlichen Leistungen, sozialen Grunddiensten, politischer Teilhabe und Arbeit mit formellen Einkommensmöglichkeiten eröffnet wird. Dies trägt auch dazu bei, ihre persönliche Sicherheit auszubauen. Städtische Gewalt- und Kriminalitätsprävention beweist ihre Wirksamkeit, wenn sie extreme soziale Unterschiede mindert und den Zusammenhalt urbaner Gesellschaften stärkt. Dies verringert Konfliktursachen, baut langfristig Spannungen zwischen den Einwohnergruppen ab und unterstützt die Regierungsfähigkeit auf kommunaler Ebene und darüber hinaus.

Weitere Informationen

- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Hg.): Übersektorales Konzept zur Krisenprävention, Konfliktbearbeitung und Friedensförderung in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Bonn 2005.
- www.bmz.de/de/zentrales_downloadarchiv/themen_und_schwerpunkte/frieden/krisenpraevention.pdf
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Hg.): Urban (In)Security. Joint Networking Event of German Development Cooperation. UN-HABITAT World Urban Forum 5, 22 – 26 March 2010, Rio de Janeiro, Brazil. Bonn 2010.
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Hg.): Jugendgewaltprävention. Reihe: Kinder- und Jugendrechte in der Entwicklungspolitik. Bonn 2011.
- www.bmz.de/de/was_wir_machen/themen/menschenrechte/kinderrechte/index.html

3. Beispiele aus der Praxis

Wie die Integration verschiedener Präventionsansätze gelingen kann, verdeutlicht das Projekt **“Gewaltprävention in städtischen Armenvierteln”** in Khayelitsha/Kapstadt, Südafrika (“Violence Prevention through Urban Upgrading”), das von der deutschen Entwicklungszusammenarbeit gemeinsam mit der Stadtverwaltung Kapstadt, dem südafrikanischen Finanzministerium und dem Khayelitsha-Entwicklungsforum (KDF) getragen wird. Mit der Schaffung gewaltfreier Zonen, so genannter “Safe Nodes Areas”, und einem Bündel von Maßnahmen wie Straßenbeleuchtung, ehrenamtlichen Nachbarschaftspatrouillen und Schulungen zu Konfliktbewältigungsstrategien ist es gelungen, die Kriminalität in dem Township spürbar zu verringern. Insbesondere die von Bewohnern getragenen Initiativen, die durch das Vorhaben gefördert wurden, haben zur Stärkung der Eigenverantwortung beigetragen. Das Verhältnis zwischen Bewohnern und Stadtverwaltung hat sich entscheidend verbessert. Für diesen Erfolg hat Khayelitsha im Mai 2010 den Nationalen Nachhaltigkeitspreis “Impumelelo Award” erhalten.

→ www.vpuu.org.za

Vertrauen in eine funktionierende Rechtsstaatlichkeit und friedliche Konfliktbeilegung aufzubauen, ist eine große Herausforderung in Kolumbien. Dafür wird eine breite Partnerschaft für konfliktpräventive Maßnahmen auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene benötigt. Dies ist das Erfolgsrezept des Vorhabens **“Friedensentwicklung durch Förderung der Zusammenarbeit zwischen Staat und Zivilgesellschaft (CERCAPAZ)”**, das im Auftrag des BMZ in Kolumbien durchgeführt wird. Friedens-, Frauen- und Jugendorganisationen, Kommunen, Privatwirtschaft und Ministerien führen Fortbildungsmaßnahmen zur gewaltfreien Konfliktbearbeitung durch. Sie starten Initiativen, die Versöhnung, Gleichberechtigung und Integration der vom Konflikt gefährdeten und betroffenen Bevölkerungsgruppen fördern. Dass Sport Brücken bauen kann, illustriert die Initiative für Friedensfußball El GOLOMBIAO. Dieses Fußballspiel hat eigene Regeln: Das erste Tor muss von einem Mädchen geschossen werden und faires Spiel wird mit Pluspunkten belohnt. In 85 Gemeinden spielen inzwischen 60.000 Jungen und Mädchen nach den Regeln des GOLOMBIAO. Wo GOLOMBIAO Fuß gefasst hat, ist der Einfluss gewalttätiger Jugendbanden zurückgegangen.

→ www.cercapaz.org



Stadt und gute Regierungsführung

1. Relevanz

Als unterste politisch-administrative Ebene im Staatswesen kommt Städten eine große Bedeutung für die Sicherstellung öffentlicher Leistungen zu. Städte bündeln lokale, nationale und globale Herausforderungen, weil dort Antworten auf übergreifende Fragestellungen wie etwa zum Klimawandel, zu sozialer Gerechtigkeit, zur Achtung und Gewährleistung der Menschenrechte sowie zu politischer und wirtschaftlicher Stabilität gefunden werden müssen.

Doch Stadtverwaltungen in Entwicklungsländern sind häufig weder finanziell noch personell ausreichend ausgestattet, um ihre Aufgaben, z.B. die Erbringung von Dienstleistungen, angemessen erfüllen zu können. Zuverlässige und kontinuierliche Wasser- und Stromversorgung, Abwasser- oder Abfallentsorgung, Instandhaltung und Modernisierung der Bau- und Infrastruktur sind oftmals keine Selbstverständlichkeit. Vor allem arme und sozial benachteiligte Stadtbewohner leiden darunter, denn Slums und informelle Siedlungen sind von vielen kommunalen Leistungen abgeschnitten. Der gleichberechtigte Zugang, insbesondere von armen Bevölkerungsgruppen, Frauen, Migranten oder Menschen mit Behinderungen, zu kommunalen Leistungen ist daher ein zentrales Bestreben, um die räumliche, soziale und ökonomische Spaltung in Städten abzubauen.

In Städten bietet sich zugleich die Chance, gute Regierungsführung erfahrbar zu machen: Eine Vielzahl von Akteuren bestimmt die Entwicklung einer Stadt. Um deren Miteinander im städtischen Raum zu fördern, müssen neue Steuerungsformen auf kommunaler Ebene gefunden werden, die die Rolle des Bürgers als Teilhaber an Ideen und Entscheidungen sowie als Nutzer kommunaler Leistungen ins Zentrum rückt. In der Praxis sind damit der Dialog und die Kooperation zwischen Entscheidungsträgern aus Politik und Verwaltung, Vertretern der Wirtschaft und der Zivilgesellschaft gemeint. In diese Dialogprozesse müssen insbesondere Vertreter armer und marginalisierter städtischer Bevölkerungsgruppen einbezogen werden. Deren partnerschaftliches Zusammenwirken soll ein Umfeld schaffen, in dem Städte ihre Verantwortung für Demokratie, Integration und Nachhaltigkeit sowie ein breites Angebot kommunaler Dienstleistungen wahrnehmen. Ziel ist es, die Lebensbedingungen aller Stadtbewohner zu verbessern und ihre Chancen für eine Entwicklung auszubauen.



Die Stadtbevölkerung integriert ihr Wissen in lokale Planungsprozesse und trägt Verantwortung für nachhaltige Entwicklung.

Die Entscheidungen lokaler Regierungen werden unter anderem durch ein partizipatives und bürgernahes Vorgehen transparenter und verbindlicher. So können die Lebensbedingungen der armen Stadtbevölkerung gezielt und wirksam verbessert werden. Eine demokratische Regierungsführung wird gefestigt und die öffentliche Verwaltung kann die Leistungen für ihre Bürger effizient erbringen. Staatliches Handeln gewinnt in den Augen der Menschen wieder Ansehen und Legitimität.

2. Ansatz der deutschen Entwicklungszusammenarbeit

Aus Sicht der deutschen Entwicklungszusammenarbeit bedeutet die Förderung guter Regierungsführung, die Partnerländer bei der Schaffung von verlässlichen Rahmenbedingungen für eine soziale, ökologische und marktwirtschaftliche Entwicklung zu unterstützen und den verantwortungsvollen Umgang des Staates mit politischer Macht und öffentlichen Ressourcen zu fördern, um Korruption aktiv vorzubeugen und zu bekämpfen. Staatliche Akteure und Institutionen sollen in die Lage versetzt werden, Politikinhalt arbeitsorientiert und nachhaltig zu gestalten.

Für die Stadtentwicklung heißt dies, strukturelle Kommunalreformen im Sinne der Dezentralisierung und kommunalen Selbstverwaltung zu unterstützen, in diesem Prozess Partner bei der städtischen Organisationsentwicklung, bei Reformen der lokalen Politik und Verwaltung oder beim kommunalen Finanzmanagement zu beraten.

Deutschland hat weitreichende Erfahrungen bei der Unterstützung lokaler und nationaler Regierungen zugunsten politischer und fiskalischer Dezentralisierung. Auf städtischer Ebene werden Fähigkeiten für gute Regierungsführung geschult. Auf nationaler Ebene steht die Erarbeitung einer gemeinsamen Dezentralisierungsstrategie und Städtepolitik im Vordergrund. Mit diesem Mehrebenenansatz kann nationale Politikerfahrung an die Bedürfnisse der lokalen Ebene angepasst werden. Deutschland unterstützt gute Regierungsführung in Städten durch technische Beratungsansätze und finanzielle Unterstützung für eine verbesserte Kommunalverwaltung und Bürgerpartizipation sowie den Ausbau eines öffentlichen und bürgerschaftlichen Engagements zur Stärkung der Zivilgesellschaft. Die Finanzierung einer städtischen und einer an die lokalen Bedürfnisse angepassten Infrastruktur ermöglicht es, den Stadtbewohnern bessere Dienstleistungen zu transparenten Konditionen und Tarifen anzubieten. Spezifische Maßnahmen fördern den verbesserten physischen und finanziellen Zugang für arme Bevölkerungsgruppen.

Neue Herausforderungen resultieren aus den fortlaufenden Urbanisierungsprozessen. Die Entstehungsprozesse von Megaregionen und urbanen Korridoren werden erforscht und die Ergebnisse für Konzepte guter Regierungsführung in diesen neuen Stadträumen ausgewertet.

3. Beispiel aus der Praxis

Dhaka, die Hauptstadt Bangladeschs, ist inzwischen die am schnellsten wachsende Stadt der Welt. Zählte sie 1950 noch 500.000 Einwohner, leben hier heute rund 12 Millionen Menschen.¹ Nach wie vor ist die Urbanisierung dieser Metropole unverhältnismäßig. Es wird immer dringlicher, solche Regio-

nen zu stärken und den Druck auf die Städte gleichmäßig zu verteilen. Die dabei zu bewältigenden Aufgaben sind enorm. Gerade aufgrund des stetigen Zuzugs armer Bevölkerungsschichten aus ländlichen Gebieten wachsen Slums in allen Städten. In der zentralistisch geprägten Regierungsstruktur sind die Verwaltungen der urbanen Zentren oftmals nicht in der Lage, selbst einfachste, grundlegende Dienstleistungen zu erbringen. Missmanagement, häufig auf Grund unzureichender Qualifikation der Mitarbeiter, hat gravierende Folgen, vor allem für die ärmsten Stadtbewohner. Es fehlen Sanitäreinrichtungen, Abfallmanagement und ein ausreichendes Angebot an Wohnraum.

Mit dem Projekt **“Gute Regierungsführung im städtischen Bereich”** unterstützt die deutsche Entwicklungszusammenarbeit Beratungs- und Fortbildungsmaßnahmen der verantwortlichen lokalen und nationalen Verwaltungen von kleinen und mittelgroßen Städten. Ziel ist es, der städtischen Bevölkerung Bangladeschs ein nachfrageorientiertes Dienstleistungsangebot zur Verfügung zu stellen und die Lebensbedingungen der armen städtischen Bevölkerung zu verbessern. Ansätze sind die Diskussion kommunaler Strategien mit der Bevölkerung und die Etablierung von Rechenschaftsmechanismen der Stadtverwaltungen über ihr Handeln. Gemeinsam mit den Partnern wird ein Lehrangebot für die Stadtverwaltungen entwickelt, das auch nach dem Ende der Fördermaßnahme von den lokalen Entscheidungsträgern in den Stadtverwaltungen genutzt werden kann.

¹ Bangladesh Ministry of Planning (Hg.): Sixth Five Year Plan FY 2011 – FY 2015. 2010.

Weitere Informationen

- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Hg.): Förderung von Good Governance in der deutschen Entwicklungspolitik. Bonn 2009, www.bmz.de/de/publikationen/reihen/strategiepapiere/konzept172.pdf
- www.giz.de/de/leistungen/251.html
- <https://www.kfw-entwicklungsbank.de/Internationale-Finanzierung/KfW-Entwicklungsbank/Sektoren/Governance/>



Kommunalfinanzierung und städtische Entwicklung

1. Relevanz

Weltweit sehen sich Städte aufgrund von Bevölkerungswachstum und Urbanisierung einem steigenden Investitionsdruck gegenüber. Eine wachsende Zahl von Stadtbewohnern benötigt Trinkwasser, Energie und Transportmöglichkeiten. Abwasser, Abfälle und Treibhausgase müssen reduziert oder umweltschonend entsorgt werden. Ohne Investitionen in die dafür nötige Infrastruktur und den Aufbau entsprechender Managementkapazitäten werden Städte nicht regierbar und wettbewerbsfähig sein. Gleichzeitig machen Unternehmen Investitionsentscheidungen zunehmend davon abhängig, ob ein Standort verlässliche Infrastruktur und Dienstleistungen, eine lebenswerte Umwelt und eine gut funktionierende Verwaltung zu bieten hat.

Von der Finanzkraft der Städte hängt die landesweite Entwicklung ab: Städte sind in der Regel kommunale Gebietskörperschaften und damit Teil des staatlichen Systems, in dem Aufgaben der Daseinsfürsorge an verschiedene Verwaltungsebenen übertragen und dafür öffentliche Mittel zugeteilt werden. Mit ihren Einnahmen müssen Städte kommunale Aufgaben erfüllen (neben Basisdienstleistungen auch Wirtschaftsförderung, Gesundheitsversorgung, Schulen, Kulturstätten), laufende Kosten decken (Personal, Betrieb und Instandhaltung von kommunalem Anlagevermögen) sowie Investitionen planen und finanzieren. Die Finanzkraft einer Stadt hat stets Auswirkungen auf die städtischen Dienstleistungs- und Infrastrukturangebote für das Umland und die nationale Entwicklung.

Städte in den Partnerländern der deutschen Entwicklungszusammenarbeit stehen dabei vor einer Reihe von Herausforderungen:

- Die Einkommensbasis von Städten ist gemessen an ihren Aufgaben und im Vergleich zu höheren Regierungsebenen (Zentralstaat, Provinzen oder Bundesstaaten) grundsätzlich niedrig, der städtische Finanzhaushalt entsprechend klein.
- In den meisten Entwicklungsländern bestehen die Einnahmen von Städten zum großen Teil aus Zuweisungen des Zentralstaats. Diese Zuweisungen sind häufig unzuverlässig, intransparent und unzureichend. Die Systeme zur Bereitstellung öffentlicher Mittel arbeiten nicht effizient oder die knappen öffentlichen Ressourcen reichen nicht aus, um den Bedarf auf allen Regierungs- und Verwaltungsebenen zu decken. Damit ist die kommunale Planungssicherheit und mit ihr die Investitionsbereitschaft gefährdet. In vielen Partnerländern der Entwicklungszusammenarbeit werden im Zuge von Dezentralisierungsbestrebungen Auf-



In der Buchhaltung der Stadtverwaltung Biratnagar, Nepal

- gaben der Daseinsfürsorge an Städte übertragen, jedoch häufig ohne die nötigen finanziellen Grundlagen dafür zu schaffen (asymmetrische Dezentralisierung bzw. mangelhafte Konnexität).
- Die Finanzautonomie von Städten ist häufig eingeschränkt. Zum einen kann in der Regel ein Großteil der zentralen Zuweisungen nur zweckgebunden eingesetzt werden. Zum anderen liegt die Entscheidungsgewalt über die Bemessungsgrundlage und die Steuersätze bei der übergeordneten Gebietskörperschaft oder sogar beim Zentralstaat, sodass Städte nicht die Autonomie haben, Einnahmen bei steigenden Kosten anzupassen.
- Tarife und Gebühren für kommunale Dienstleistungen reichen oft nicht aus, um die Betriebskosten zu decken. Zum einen, weil die rechtlichen Grundlagen (Kostendeckungsgrad) auf einer höheren Ebene getroffen werden. Zum anderen, weil die Kostendeckung entweder sozial nicht vertretbar ist oder politisch bzw. sozial nicht durchgesetzt werden kann.
- Viele Städte haben nicht die personellen und institutionellen Kapazitäten, um ihre Steuern und Gebühren einzutreiben (niedrige Hebeeffizienz) oder um die Einnahmen effizient und bürgernah einzusetzen. Haushalte werden ohne Bürgerbeteiligung und in vielen Fällen intransparent geplant oder gehen an den Bedürfnissen der Bürger vorbei.
- Es gibt häufig noch keine wirksamen Kontroll-, Sanktions- und Anreizmechanismen, um einen verantwortungsvollen Umgang der Kommunen mit den zur Verfügung stehenden Mitteln zu gewährleisten. Vielerorts ist die Realität geprägt von Intransparenz, Korruption und geringer Rechenschaftslegung.
- Für alternative Finanzierungsmöglichkeiten (Kredite, Zugang zum Kapitalmarkt über Anleihen) sind in vielen

Ländern die wirtschaftlichen und rechtlichen Voraussetzungen nicht gegeben oder durch Rechts- und Planungsunsicherheit erheblich erschwert. Dies trifft auch für PPPs (Public Private Partnerships) zu, die sich darüber hinaus teilweise dafür nicht eignen bzw. politisch nicht opportun sind.

2. Ansatz der deutschen Entwicklungszusammenarbeit

Ausgehend von der fiskalischen Dezentralisierung unterstützt die deutsche Entwicklungszusammenarbeit Veränderungsprozesse der innerstaatlichen Finanzbeziehungen. Ziel ist es, institutionelle, technische und personelle Voraussetzungen der Städte zu verbessern, ihre Selbstverwaltungskapazität zu stärken und das Zusammenspiel mit den involvierten Institutionen zu optimieren.

Transparente und effektive Finanzbeziehungen zwischen Staat, Stadt und Bürger werden auf verschiedenen Ebenen parallel beraten und unterstützt:

Auf **nationaler Ebene** fördert die deutsche Entwicklungszusammenarbeit die Ausgestaltung der institutionellen und rechtlichen Rahmenbedingungen für ein ausgewogenes System innerstaatlicher Finanzbeziehungen. Dazu gehört die Entwicklung von vorhersehbaren, ausreichenden und bedarfsgerechten Transfermechanismen, die Zuweisung von fiskalischen Entscheidungskompetenzen und eigener Einnahmequellen an subnationale Gebietskörperschaften, die Entwicklung nationaler Verfahren und Standards für kommunales Finanzmanagement sowie die Einführung von Kontrollsystemen.

Auf **regionaler Ebene** fördert und stärkt die Entwicklungszusammenarbeit z.B. die Aufsichts- und Unterstützungsfunktionen der regionalen Verwaltungen, die Zusammenarbeit zwischen Regional- und Kommunalverwaltungen zur besseren Abstimmung von Ausgabenplanung und Finanzierung. Künftig wird auch eine gemeinsame Investitionsplanung von benachbarten Städten und ihrem Umland (in Metropolregionen) von der Unterstützung der Entwicklungszusammenarbeit profitieren.

Auf **lokaler Ebene** unterstützt die Entwicklungszusammenarbeit Städte dabei, ihr Finanzmanagement zu verbessern und die verfügbaren Mittel effektiv, effizient und transparent zu erheben und bedarfsorientiert einzusetzen. Eine bessere Haushaltsplanung, modernes Rechnungswesen und die Einführung von Bürgerbeteiligung und Mechanismen zur Rechenschaftslegung werden durch Beratung und Trainings ermöglicht.

Außerdem unterstützt sie die Städte, ihre Rolle im innerstaatlichen Finanzsystem zu stärken und in Verhandlungen um mehr Mittel auf lokaler Ebene zu nutzen. Darüber hinaus stellt die Entwicklungszusammenarbeit Mittel für die Finanzierung von kommunaler Infrastruktur (z.B. Wasser- und Energieversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung, Gesundheits- und Bildungseinrichtungen) bereit und bietet Aus- und Fortbildung für Organisation und Betrieb der neuen Anlagen an. Es stehen dafür verschiedene Finanzierungsinstrumente zur Verfügung. Am häufigsten ist die Projekt- oder Programmfinanzierung über Darlehen und Zuschüsse an den Zentralstaat. Wo effektive fiskalische Transfersysteme vorhanden sind, können Mittel über zentrale Budgets oder kommunale Investitionsfonds bereitgestellt werden. Die Mittel werden dann auf Basis von Leistungskriterien vergeben. In Ländern mit einem starken Finanzsektor können Kreditlinien für kommunale Projekte über lokale Banken oder Finanzinstitutionen bereitgestellt werden. Hierbei wird darauf geachtet, dass die Darlehen an die Kommunen von diesen auch zurückgezahlt werden können.

→ www.giz.de/fachexpertise/html/3173.html

3. Beispiele aus der Praxis

Die **Kommunen in Nepal** praktizieren eine kameralistische Buchhaltung. Dieses System ermöglicht weder eine Bilanzierung, noch eine Aussage über das Anlagevermögen und die Verbindlichkeiten einer Stadt. In Nepal unterstützt die GIZ die Entwicklung und Einführung einer modernen doppelten Buchführung, die internationalen Standards entspricht und zugleich die lokalen Bedarfe und Rahmenbedingungen berücksichtigt. Das System verbessert das Rechnungsmanagement und erlaubt den Städten, belastbare Aussagen über ihre finanzielle Situation zu treffen und eine realistische Finanzplanung vorzunehmen. Dies erhöht die Planungssicherheit und fördert die Transparenz gegenüber den Bürgern.

Des Weiteren wurde mit Unterstützung der GIZ ein System für leistungsbezogene Finanzzuweisungen für Städte eingeführt, die Anpassung des innerstaatlichen Finanztransfersystems an die künftigen föderalen Rahmenbedingungen beraten und die Einnahmen auf lokaler Ebene gestärkt.

Die KfW finanziert zudem über einen Stadtentwicklungsfonds Einkommen generierende Projekte (Busbahnhöfe, Märkte) mit Darlehen und soziale Projekte (z.B. Gesundheitsstationen) mit Zuschüssen.

Weitere Informationen

- KfW (2008): Financing Urban Infrastructure. Innovative Financial Instruments for Cities
- GIZ (2010): Fiskaldezentralisierung und kommunale Finanzen: Good Financial Governance im Mehrebenensystem
- The World Bank (2005): Local Financing for Sub-Sovereign Infrastructure in Developing Countries
- UN-Habitat (2008): Municipal Financing and Urban Development
- UN-Habitat (2009): Guide to Municipal Finance
- Liebig, Klaus/Mandana Bahrinipour/Laura Fuesers/Benjamin Knödler/Christian Schönhofen/Mareike Stein (2008): Municipal borrowing for infrastructure service delivery in South Africa – a critical review, Deutsches Institut für Entwicklungspolitik, Studies 34
- Commonwealth Local Government Forum (2011): Municipal Finance for Inclusive Development: Innovative models for funding infrastructure and services for state and local self-governments



Stadt und Armut

1. Relevanz

Mit dem rasanten Wachstum der Städte wird in Zukunft nicht nur der überwiegende Teil der Weltbevölkerung in Städten wohnen – auch die Armut konzentriert sich zunehmend in den städtischen Räumen. Bereits in der Agenda 21, einem 1992 international verabschiedeten Leitpapier zu nachhaltiger Entwicklung, wurde auf internationaler Ebene die Stadt als wichtiger Ort und Akteur für die Erreichung von Entwicklungszielen bestimmt. Städten kommt eine besondere Rolle als Akteure in umfassenden Entwicklungsprozessen zu. Zudem ziehen sie aufgrund der Aussicht auf bessere Lebensbedingungen immer mehr Menschen an. Durch die hohe Bevölkerungskonzentration in Städten kann über Bildungsinitiativen und Beschäftigungsförderung sowie den Zugang zu Infrastruktur, Grundversorgung und Wohnraum gezielt auch die arme Bevölkerung erreicht werden. Ein koordinierter Mitteleinsatz trägt hier effizient und wirksam zur Erreichung der Millenniumsziele (MDGs) bei – besonders des MDG 7, Ziel 4, zur Verbesserung der Lebensbedingungen für 100 Millionen Slumbewohner. Obwohl dieses globale Entwicklungsziel eine wichtige Basis zur Bekämpfung städtischer Armut ist, geht es nicht weit genug: Es gelang zwar, bereits im Jahr 2010 die Lebensbedingungen von über 200 Millionen Slumbewohnern zu verbessern (100 Millionen mehr als vorgegeben), global stieg die Slumbewölkerung jedoch auf 863 Millionen Menschen an – eine Tatsache, die sich zum Teil auf die rasche Verstädterung zurückführen lässt. Die absolute Zahl der Slumbewohner wird sich voraussichtlich bis 2030 auf zwei Milliarden Menschen verdoppeln. In einigen Regionen und Städten wird der Anteil der Armen unter den Stadtbewohnern noch zusätzlich wachsen. Trotz der bereits erreichten Erfolge besteht somit dringender Handlungsbedarf.

Armut ist multidimensional: Armut bedeutet nicht nur geringes Einkommen, sondern auch Marginalisierung und gesellschaftliche Ausschluss im Sinne geringer Chancen und mangelnder Beteiligungsmöglichkeiten am politischen, wirtschaftlichen und soziokulturellen Leben. Arme Bevölkerungsteile sind einer besonderen Gefährdung durch Risiken, Missachtung der Menschenwürde und ihrer Rechte sowie fehlenden Zugang zu Ressourcen ausgesetzt¹. Da Entscheidungsträger in Stadtverwaltungen und Versorgungsbetrieben oftmals nur unzureichend auf die Herausforderungen wachsender städtischer Armut vorbereitet sind, resultiert städtisches Wachstum



Der Bau kommunaler Pflastersteinstraßen schafft lokale Erwerbsmöglichkeiten in Äthiopien.

vielerorts aus wachsenden informellen Siedlungen und Slums. Auch wenn die Städte allein Armut nicht beheben können, so kommt doch der kommunalen Selbstverwaltung aufgrund ihrer Bürgernähe eine besondere Rolle bei der Erarbeitung von lokalen Handlungsstrategien zu. Stadtverwaltungen schöpfen noch nicht sämtliche Potenziale bei der Bekämpfung städtischer Armut aus. Der Klimawandel ist eine zusätzliche Herausforderung: Hier ist die arme Bevölkerung wirtschaftlich und sozial besonders anfällig, denn sie lebt oftmals in gefährdeten Gebieten und kann sich nur unzureichend gegen kurz- und langfristige Umweltveränderungen schützen.

Qualitative Armut ist Auslöser für soziale Konflikte:

Das qualitative Ausmaß städtischer Armut wird vielfach unterschätzt. Bei der geläufigen Armutsdefinition, welche in erster Linie auf die übliche Einkommensgrenze von 1,25 Dollar pro Tag abzielt, wird häufig außer Acht gelassen, dass die Lebenshaltungskosten in der Stadt deutlich höher sind als auf dem Land: Nahrungsmittel und Wasser müssen gekauft, Unterkunft und Fahrkarten zur oftmals weit entfernten Arbeit bezahlt werden. Die armen städtischen Haushalte verfügen meist nicht nur über ein geringes, sondern auch unregelmäßiges Einkommen. Es mangelt ihnen an Zugang zu sauberem Wasser und sanitären Einrichtungen. Hinzu kommen weitere soziale und politische Unsicherheiten: Slumbewohner werden von den Stadtverwaltungen selten als Bürger mit Rechten wahrgenommen, sondern als Landbesetzer und Illegale übergangen oder durch Zwangsräumungen vertrieben. In der Regel sind sie von politischen Entscheidungs- und Planungsprozessen ausgeschlossen. Besonders schwerwiegend auf alle Lebensumstände wirkt zudem der äußerst beengte Wohnraum, der meist nur behelfsmäßig errichtet ist und unzureichend Schutz bietet.

¹ BMZ-Aktionsprogramm 2015

Extreme soziale und ökonomische Unterschiede zwischen einzelnen Stadtteilen sind mitverantwortlich für soziale Spannungen und Gewalt. Städte bieten aber auch Möglichkeiten eines effektiven sozialen Dialogs sowie die Chance, wirtschaftliches Wachstum gerechter zu gestalten und somit soziale Konflikte aktiv zu mindern.

2. Ansatz der deutschen Entwicklungszusammenarbeit

Ziel der deutschen Entwicklungszusammenarbeit ist es, nachhaltige und inklusive Stadtentwicklungsstrategien und -maßnahmen als Grundlage für breitenwirksames Wirtschaftswachstum und Verbesserung der Lebensumstände der städtischen Bevölkerung gemeinsam mit den Partnern zu fördern und umzusetzen. Hierbei stützt sich die deutsche Entwicklungszusammenarbeit auf eine multidimensionale Armutsdefinition, die wirtschaftliche, politische, sozioökonomische, kulturelle und sicherheitsrelevante Aspekte beinhaltet.

Um wirkungsvoll zur Reduzierung städtischer Armut beizutragen, arbeitet die deutsche Entwicklungszusammenarbeit mit staatlichen und nichtstaatlichen Akteuren aller Ebenen sowie den jeweiligen Zielgruppen zusammen. Dabei wird die Leistungsfähigkeit von städtischen Verwaltungen gestärkt. Zudem werden Gruppen der Zivilgesellschaft darin unterstützt, bei der Planung und Umsetzung von Stadtentwicklungsmaßnahmen die Interessen der Armen angemessen zu artikulieren. Ein breitenwirksamer Zugang zu öffentlichen Gütern und Dienstleistungen steht hier im Vordergrund. Maßnahmen für arme Bevölkerungsgruppen beinhalten die Förderung der Selbsthilfe und Organisation mit den Zielen der Selbstbestimmung, der sozialen Gerechtigkeit und der demokratischen und ökonomischen Beteiligung.

Konkrete Beiträge zur Bekämpfung städtischer Armut leistet Deutschland durch die Förderung von partizipativer Stadtentwicklungsplanung und sozialem Wohnungsbau, der Legalisierung und Sanierung von Armutssiedlungen sowie der stadtweiten Verbesserung nachfrageorientierter Infrastrukturversorgung, z.B. in den Bereichen Trink- und Abwasser, Abfall oder Transport. Dies wird mit sozialpolitischen Maßnahmen wie Jugend- und Beschäftigungsförderung (z.B. Vergabe von Mikrokrediten, Kleingewerbeberatung, städtische Beschäftigungsprogramme) und ggf. auch mit Konfliktprävention abgestimmt. Zudem werden in verschiedenen Partnerländern kommunale Entwicklungsfonds für den Auf- und Ausbau sozialer und einkommensschaffender Infrastrukturen finanziell unterstützt und beraten.

Weitere Informationen

- Göran Tannerfeldt, Per Ljung: More Urban, Less Poor. An Introduction to Urban Development and Management. London 2006.
- GTZ: Armutsbekämpfung in Städten. Lessons Learnt aus Vorhaben der Technischen Zusammenarbeit. Eschborn 2005.
- UN Habitat: State of the World's Cities 2010/2011. Bridging the Urban Divide. Nairobi 2010.
- GIZ Äthiopien: Poverty-oriented Urban Development, Addis Abeba 2013.

Zur Bekämpfung der städtischen Armut beteiligt sich das BMZ an zwei internationalen Initiativen. Die 1999 gegründete globale Initiative "Cities Alliance" verbessert die Lebensbedingungen der städtischen Armen durch die Entwicklung und Umsetzung von Strategien zur Stadtentwicklung und Slumsanierung. Die 2007 zusammen mit der Asiatischen Entwicklungsbank ins Leben gerufene "Cities Development Initiative for Asia" (CDIA) unterstützt Stadtverwaltungen dabei, Entwicklungsstrategien in konkrete Infrastrukturprojekte umzusetzen, die auch den städtischen Armen zugutekommen.

3. Beispiel aus der Praxis

Deutschland trägt zur Verbesserung der Lebensbedingungen in verschiedenen Städten Äthiopiens bei. Im Programm "Förderung der städtischen Verwaltung und des Dezentralisierungsprozesses" (UGDP) werden seit 2005 in enger Kooperation mit dem äthiopischen Ministerium für Bau und Stadtentwicklung verschiedene Regional- und Stadtverwaltungen beraten.

Das Vorhaben leistet einen bedeutenden Beitrag zu effizienten und bürgernahen Verwaltungs- und Planungsverfahren, zur nachfrageorientierten Dienstleistungsversorgung und zur Minderung städtischer Armut. Durch das deutsche Engagement wurden Zugang und Zufriedenheit der Bürger zu kommunalen Dienstleistungen, Gesundheit, Bildung und Einkommensmöglichkeiten verbessert. Stadtverwaltungen sind in der Lage, lokale Infrastrukturprojekte arbeitsintensiv zu gestalten und schufen somit über 100.000 Beschäftigungsmöglichkeiten für zumeist arme Bevölkerungsgruppen. Schwerpunktmäßig fördernde UGDP die Entwicklung des Pflastersteinsektors im Bereich des Straßenbaus, der für die Schaffung von Arbeitsplätzen, die Verbesserung der Mobilität, die Wertsteigerungen von marginalisierten Landflächen sowie für steigende Investitionen in kleine und mittlere Unternehmen an neu gepflasterten Straßen von hoher Bedeutung ist. Ebenso konnten lokal angepasste Methoden effektiver Beteiligung aller städtischen Bürger an Prozessen der Infrastruktur- und Finanzplanung sowie der Priorisierung von Stadtentwicklungsmaßnahmen von Stadtverwaltungen sowie Bürgern und Bürgerinnen erprobt und institutionalisiert werden. UGDP ermöglichte darüber hinaus die Entstehung von Spar- und Kreditgruppen in acht Städten, gab technische Unterstützung für die Ausgestaltung und Umsetzung eines Systems zur Messung eines breitenwirksamen Wachstums und förderte den Aufbau von Dachorganisationen auf städtischer, regionaler und föderalstaatlicher Ebene, um einen vereinfachten Zugang zu Finanzmärkten für arme Bevölkerungsgruppen zu erreichen.

- www.cdia.asia (Cities Development Initiative for Asia)
- www.citiesalliance.org (Cities Alliance)
- www.sdi.net.org (Slum Dwellers International)
- www.achr.net (Asian Coalition for Housing Rights)
- www.habitants.org (International Alliance of Inhabitants)
- www.kfw-entwicklungsbank.de/International-financing/KfW-Entwicklungsbank/Sectors/Stadtentwicklung/



Stadt und Menschenrechte

1. Relevanz

Menschenrechte begründen Ansprüche des Individuums gegenüber dem Staat auf allen politisch-administrativen Ebenen. Auf der städtischen Ebene leisten u.a. die Grundversorgung mit Wasser, Gesundheitsdienstleistungen und Bildung ihren Beitrag zur konkreten Verwirklichung der Menschenrechte. Die städtische Ebene, in Form ihrer lokalen Regierung, Verwaltung und Versorgungsunternehmen, trägt somit im Rahmen ihrer Möglichkeiten zur Achtung, zum Schutz und zur Gewährleistung von Menschenrechten bei.

Städten als politisch administrative Einheiten des Staats obliegt es u.a., dass

- der Einzelne vor Eingriffen des Staates geschützt wird (Achtungspflicht),
- Menschenrechtsverletzungen durch Dritte vorgebeugt wird (Schutzpflicht) und
- Maßnahmen legislativer, administrativer oder finanzieller Art ergriffen werden, um Menschenrechte konkret zu verwirklichen (Gewährleistung).

Damit Menschenrechte in und von Städten geachtet, geschützt und gewährleistet werden, müssen kommunale Politik und Verwaltung entsprechend handlungsfähig sein. Ihre Strukturen, Kapazitäten und Konzepte müssen den Anspruch erfüllen, ihren Bürgern ein menschenwürdiges und rechtsbasiertes Leben in der Stadt zu sichern. Zugleich müssen zivilgesellschaftliche Akteure darin unterstützt werden, ihren berechtigten Anliegen Gehör und Stimme zu verschaffen.

Recht auf Wohnen in wachsenden Städten:

Nachhaltige Stadtentwicklung leistet konkret einen Beitrag für das Menschenrecht auf angemessene Unterkunft, entsprechend Artikel 11 des für Vertragsstaaten verbindlichen Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UN-Sozialpakt). Kernelemente dieses Rechts sind u.a. Zugang zu ausreichend großem, bezahlbarem Wohnraum mit qualitativen Mindeststandards, Basisinfrastruktur und Rechtssicherheit über den Besitz. Menschen haben folglich Zugang zum privaten Wohnungsmarkt, zu öffentlich geförderten Wohnangeboten und Entscheidungsprozessen zu Wohnraumfragen. Keine soziale Gruppe ist gezwungen, an benachteiligten Standorten ohne Zugang zu sozialen Basisdienstleistungen zu wohnen. Willkürlicher Abbruch und Zwangsräumungen von Wohnstätten sind im Zuge der Achtungspflicht der Menschenrechte durch die städtische Ebene ausgeschlossen.



Straßenszene in der Stadt der Toten in Kairo

In der Regel bleibt das Recht auf angemessene Unterkunft vor allem den benachteiligten sozialen Gruppen verwehrt und verletzt somit das Gebot der Nichtdiskriminierung. In vielen wachsenden Städten in Entwicklungsländern finden neue Stadtbewohner keine adäquate Unterkunft jenseits von informellen Siedlungen und prekären Wohnverhältnissen („Slums“). Informelle Siedlungen stellen aufgrund der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Marginalisierung benachteiligter Bevölkerungsgruppen zumeist ein menschenrechtliches Problem dar. Seine Bürger vor jedweder Diskriminierung zu schützen fällt, unter die Schutzpflicht der Menschenrechte der städtischen Ebene.

Angesichts rasanter Urbanisierung, wachsender städtischer Armutssiedlungen und sozialer Ungleichheit in vielen Städten der Welt wird die Frage nach einem menschenwürdigen Leben in urbanen Ballungszentren immer drängender. Der Zuzug in die Städte selbst basiert auf dem Menschenrecht auf Freizügigkeit (Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte [Zivilpakt], Artikel 12), das jedem Menschen das Recht verleiht, sich frei innerhalb eines Landes zu bewegen und an seinem Aufenthaltsort seine politischen, sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Rechte wahrzunehmen. Wie in diesem Kontext die städtische Ebene ihrer Gewährleistungspflicht der Menschenrechte angesichts knapper Haushalte, mangelnder lokaler Mandate und Kapazitäten nachkommen kann, steht im Fokus der Beratung durch die deutsche Entwicklungszusammenarbeit zur Stadtentwicklung.

Menschenrechte in Städten verwirklichen:

Damit Menschenrechte Wirkung entfalten können, müssen staatliche Mandatsträger einerseits in ihren finanziellen und institutionellen Kapazitäten gestärkt werden, aber andererseits zugleich einer Rechenschaftspflicht unterliegen. Eine menschenrechtsbasierte Stadtentwicklung stärkt die Möglichkeiten der Bürger, ihren Rechten und Anliegen Aufmerksamkeit zu verschaffen, sich in Entscheidungsprozesse einzu-

bringen und deren Umsetzung zu begleiten. Ein besonderes Augenmerk der deutschen Entwicklungszusammenarbeit liegt hier insbesondere auf Frauen und Kindern, die aufgrund ihrer sozialen Stellung, kulturellen Rollen bzw. altersbedingten Abhängigkeit besondere Zugangsbedingungen und Beteiligungsmöglichkeiten benötigen.

Stadtpolitik und Verwaltung obliegt es, Stadtentwicklung menschenrechtskonform zu gestalten. Ziel- und Interessenskonflikte, Priorisierung, verfügbare Kapazitäten stellen die städtische Ebene oftmals vor große Herausforderungen. In diesem Kontext ist die Beteiligung gerade marginalisierter Gruppen in der Stadtentwicklung von besonderer Bedeutung, um eine den Bedingungen entsprechende, größtmögliche Verwirklichung der Menschenrechte in Städten zu erreichen. Den Rahmen für deren Einbindung bilden international die Allgemeinen Bemerkungen des UN-Ausschusses für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, die UN-Frauenrechtskonvention und die UN-Kinderrechtskonvention.

2. Ansatz der deutschen Entwicklungszusammenarbeit

Auf der lokalen Ebene haben die Achtung, der Schutz und die Gewährleistung der Menschenrechte den größten unmittelbaren Einfluss auf das Leben der Bewohner. Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit begleitet Partner und gesellschaftliche Akteure in Entwicklungsländern bei der schrittweisen Umsetzung einer nachhaltigen Stadtentwicklung. Auf diese Weise leistet sie einen aktiven Beitrag zu einem menschenwürdigen, rechtsbasierten Umfeld:

- nachfrageorientierte Verbesserung prekärer Wohnverhältnisse durch Teilhabe der Bürger an Planungs- und Umsetzungsverfahren
- soziale und ökonomische Einbindung informeller Quartiere in das "offizielle" Stadtgebiet
- verbesserte Wahrnehmung der Anliegen von schwachen Gesellschaftsgruppen bei politischen Entscheidungsprozessen
- Verankerung einer vorausschauenden und bürgernahen Stadtentwicklungsplanung, die das Recht auf Freizügigkeit mit Zugang zu angemessener Unterkunft verbindet

Bei der Verbesserung städtischen Wohnraums achtet die deutsche Entwicklungszusammenarbeit darauf, dass die infrastrukturelle Aufwertung eines Slums seine Bewohner nicht in direkter oder indirekter Form verdrängt. Zum Schutz vor Zwangsvertreibungen und zur Stärkung der Zivilgesellschaft trägt die deutsche Entwicklungszusammenarbeit gemäß Artikel 11 des Sozialpakts bei, indem sie die Bewohner

Weitere Informationen

- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights/UN-HABITAT: The Right to Adequate Housing. Fact Sheet No. 21 (2009).
- BMZ: Menschenrechte in der deutschen Entwicklungspolitik. Konzept. BMZ-Strategiepapier 4/2011. Bonn 2011.
- BMZ: Menschenrechte konkret. FactSheets zum Menschenrechtsansatz in der entwicklungspolitischen Zusammenarbeit. Bonn 2010.

– insbesondere Frauen, Kinder und Jugendliche – in die Planung und Umgestaltung von Stadtquartieren einbezieht. Ihre Stimme wird gegenüber staatlichen Vertretern darin gestärkt, ihre Rechte auf ein angemessenes Wohnumfeld und transparente Informationen zur städtischen Planung und Entwicklung einzufordern.

Darüber hinaus fördert die deutsche Entwicklungszusammenarbeit zugleich die Fähigkeit kommunaler Akteure und Stadtvertreter, menschenrechtsbasierte Pflichten gegenüber ihren Bürgern wahrzunehmen. Hierzu werden Stadtverwaltungen zu verbesserter Rechenschaftslegung gegenüber anderen staatlichen Verwaltungsebenen und der Zivilgesellschaft beraten. Durch Dialogforen und Bürgerhaushalte wird ein regelmäßiger Austausch zwischen Bürgern und Staat etabliert. Auf diese Weise werden Rechenschaftspflicht, Partizipation und Zugangsgleichheit für alle Bewohner in der kommunalen Praxis gestärkt.

3. Beispiel aus der Praxis

Ägyptens Städte wachsen rapide, meist jenseits staatlicher oder kommunaler Planung. Etwa 60 Prozent der Bevölkerung im Großraum Kairo leben in informellen Stadtvierteln. In diesen dicht bevölkerten Stadtteilen fehlt es an vielem, was ein menschenwürdiges Leben ausmacht: nutzbare Freiflächen, soziale Dienstleistungen, Zugang zu Trinkwasser, Abwasser- und Abfallentsorgung.

Das beteiligungsorientierte Entwicklungsprogramm in städtischen Armutsgebieten, das die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung durchführt, setzt auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene an, um die Lebensbedingungen für Bewohner informeller Gebiete zu verbessern. In verschiedenen informellen Stadtvierteln von Kairo und Giza diskutieren Bürger und Bürgerinnen ihre Bedürfnisse untereinander und stimmen sie mit den Behörden ab. Jugendliche, Frauen, zivilgesellschaftliche Gruppen und Geschäftsleute sind an Planung und Umsetzung der Maßnahmen beteiligt. Auf diese Weise wird ihr Recht auf Mitbestimmung und ein menschenwürdiges Wohnumfeld mit Zugang zu Wasser, sozialen Dienstleistungen und Bildung schrittweise umgesetzt.

Bei dieser komplexen Aufgabe ist es wichtig, dass zwischen Zivilbevölkerung, Staat sowie weiteren relevanten Akteuren ein Vertrauensverhältnis, basierend auf Transparenz und Rechenschaft, hergestellt wird.

- UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (1997): The right to adequate housing: forced evictions (Allgemeine Bemerkung Nr. 7).
- UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (1991): The right to adequate housing. (Allgemeine Bemerkung Nr. 4).
- Praxisbeispiel: <http://egypt-urban.net/>
- Sonderberichterstatte für das Recht auf angemessene Unterkunft: www.ohchr.org/EN/Issues/Housing/Pages/HousingIndex.aspx



Stadt und Ressourceneffizienz – der urbane NEXUS

1. Relevanz

Das 21. Jahrhundert ist das Jahrhundert der Städte. Im Jahr 2030 werden mit fünf Milliarden städtischen Bewohnern voraussichtlich genauso viele Menschen in urbanen Räumen leben wie noch im Jahr 1987 auf dem gesamten Globus. Diese Menschen entscheiden mit ihren Grundansprüchen Wasser, Energie und Nahrungsmittel über den zukünftigen globalen Ressourcenverbrauch. Um eine Versorgung bei wachsender Bevölkerung und veränderten Konsummustern im Rahmen globaler Grenzen zu sichern, ist eine nachhaltige Ressourcenwirtschaft unerlässlich. Eine Schlüsselfunktion kommt hierbei dem verantwortungsvollen Umgang mit all-gemeinen Gütern wie Luftqualität und Grundwasser zu.

Mit der Verbreitung des urbanen Lebensstils verdreifacht sich laut Weltbankstudien bis 2030 der urbane Flächenverbrauch. Metropolregionen, geprägt durch ein Stadt-Land-Kontinuum, werden städtische Lebensrealität. In diesen Ballungsräumen nehmen konkurrierende und konfliktbeladene Land- und Ressourcennutzungen zu. Im Jahr 2030 werden bereits rund 40 Prozent der Menschheit unzureichend mit Wasser versorgt sein. Zugleich werden der globale Energieverbrauch und Nahrungsmittelbedarf bis 2025 um jeweils 36 Prozent zunehmen. Der städtische Versorgungsbedarf übersteigt bereits heute oftmals die Produktions- und Bereitstellungskapazitäten des Umlands.

Das Leben in Städten wirkt sich somit durch Ressourcenübernutzung, Verlust an Biodiversität und Anstieg an CO₂-Emissionen weit über Stadtgrenzen hinaus als ökologischer Fußabdruck aus. Hierbei stehen Stadt und Land in enger Abhängigkeit zueinander, wie das Beispiel der Ernährungssicherheit verdeutlicht. Denn ohne Märkte in den Städten gibt es keine Einnahmen auf dem Land – ohne Landwirtschaft keine Lebensmittel für die Städte. Intakte Ökosysteme im städtischen Umland bilden daher nicht nur wichtige Naherholungsräume, sondern sind zugleich ein natürliches Kapital für widerstandsfähige und produktive Städte.

Effizientes sektorübergreifendes Ressourcenmanagement ist demnach ein Beitrag zu nachhaltiger Stadtentwicklung, sodass eine ungesteuerte Urbanisierung dem Erreichen der Millenniums-Entwicklungsziele (MDGs) nicht entgegen läuft. Städtische Agglomerationen sind hierbei Katalysatoren für Innovationen in Wirtschaft, Wissenschaft und Gesellschaft. Sie profitieren von der Konzentration spezialisierter Forschungseinrichtungen, Firmen und Dienstleistern, welche neue Impulse setzen.

Wichtig sind integrierte Planungs- und Koordinierungsprozesse und die Überwindung singular agierender Sektoren bzw. rein sektoraler Maßnahmen, um Urbanisierung im Rahmen der natürlichen Grenzen verträglich zu gestalten. Hierzu ist es notwendig, intersektorale NEXUS-Lösungen zu entwickeln, die Synergien für gesteigerte Ressourceneffizienz aufzeigen und über einzelne Sektorsilos hinaus planen und handeln. Gute Ansätze werden insbesondere im Zusammenspiel der drei Sektoren Wasser, Energie und Ernährung sichtbar.

2. Ansatz der deutschen Entwicklungszusammenarbeit

Im November 2011 leistete Deutschland unter gemeinsamer Federführung der Bundesministerien für Entwicklungszusammenarbeit (BMZ) und Umwelt (BMU) mit der "Bonn 2011 Conference: The Water, Energy and Food Security Nexus – Solutions for the Green Economy" einen sichtbaren Beitrag zur Vorbereitung auf die Rio+20-Nachhaltigkeitskonferenz der Vereinten Nationen. Im Austausch mit einem international renommierten und breit gefächerten Akteurskreis wurden die engen Bezüge zwischen den Bereichen Wasser, Energie und Ernährungssicherung als wichtige Dimension des nachhaltigen Wirtschaftens positioniert und konkrete Initiativen angestoßen.

Durch eine integrierte NEXUS-Perspektive werden entscheidende entwicklungspolitische Gewinne sichtbar:

- **Politikkohärenz steigern:** Synergien und Zielkonflikte zwischen Sektoren werden identifiziert und Anreize zu Kooperation und Koordination, sowie zur Vermeidung negativer Auswirkungen gesetzt; z.B. durch nachhaltige Stadt-Umland-Beziehungen zur Nahrungsmittelproduktion in Nähe der Verbrauchermärkte oder die Begrenzung ungezügelter Landnahme.
- **Ressourcenzugang verbessern:** Ein koordinierter menschenrechtsbasierter Ansatz des Zugangs zu Wasser, Energie und Ernährung wird zum Wohl gerade der armen Bevölkerungsteile ausgebaut und in Sektorstrategien verankert; z.B. der Ausbau der urbanen und sozialen Mobilität unter Berücksichtigung von Ressourcenkonflikten, u.a. um Land.
- **Aus weniger mehr machen:** Mit dem Ziel einer gesteigerten Ressourcenproduktivität werden Mechanismen etab-

liert, die die bestmögliche Verteilung knapper Ressourcen sowie eine nachhaltige Intensivierung ihrer Bewirtschaftung ermöglichen; z.B. durch Optimierung von Wasser- und Energieverbrauch in der Nahrungsmittelproduktion im städtischen Umland.

- **Ressourcenvergeudung beenden, Ressourcenverluste verringern:** Durch die Verringerung von Abfall und Ressourcenverlusten in Versorgungsketten werden ökonomische und ökologische Gewinne realisiert und der Verbrauch sektorübergreifend gesenkt; z.B. die energieeffiziente und sichere Bereitstellung von Wasser im Rahmen der fortschreitenden Urbanisierung und Industrialisierung.
- **Natürliche Ressourcen in Wert setzen:** Durch den Schutz von Ökosystemen wird die Bereitstellung natürlicher Ressourcen gesichert und somit eine nachhaltige Lebensweise gefördert; z.B. durch den gezielten Schutz ökologisch wertvoller Flächen und Verbesserung des Mikroklimas durch städtisches Grünflächenmanagement.
- **Konsumenteneinfluss mobilisieren:** Nachhaltige und resourceneffiziente Konsummuster senken den Verbrauch und verändern das Angebot mit dem Ergebnis eines geringeren ökologischen Fußabdrucks; z.B. durch die Förderung grüner Gebäude und Nachbarschaften durch städtische Planungs- und Finanzierungsinstrumente in Zusammenarbeit mit partizipativen Gremien.

3. Beispiele aus der Praxis

Im Kontext der fortschreitenden Urbanisierung unterstützt die deutsche Bundesregierung die Verankerung einer integrierten NEXUS-Perspektive in städtischen Ballungsräumen sowohl über die Studien, Aufarbeitung von Fallbeispielen, Pilotinitiativen in ausgewählten Metropolregionen in Partnerländern wie über Vorhaben der technischen und finanziellen Zusammenarbeit. Die urbane Transformation birgt die Gefahr wachsender städtischer Versorgungslücken, insbesondere in den Bereichen Wasser- und Energieversorgung sowie Bodennutzung. Der NEXUS-Ansatz, Schlüsselsektoren integriert zu betrachten, kann in diesem Kontext einen wesentlichen Beitrag zur langfristig nachhaltigen Entwicklung schnell wachsender Städte

leisten. Städte planen und managen in der Regel weltweit entlang sektoraler Zuständigkeiten und können somit oftmals die wechselseitigen Beziehungen und damit einhergehenden Synergien in der Umsetzung nicht adäquat nutzen.

Das regionale Beratungsvorhaben **Integriertes Ressourcenmanagement in Asiatischen Städten: der urbane Nexus** fördert lokale sektorübergreifende Handlungsansätze und Pilotinitiativen in ausgewählten Städten in sechs Ländern Asiens (China, Indonesien, Mongolei, Philippinen, Thailand, Vietnam). Das Vorhaben leistet einen Beitrag zum Aufbau institutioneller und personeller Kapazitäten bei städtischen Schlüsselakteuren, bei Stadtverwaltungen und Versorgern. Darüber hinaus moderiert das Vorhaben den regionalen Wissensaustausch zwischen Pilotstädten und bestehenden Städtenetzwerken zum Thema der integrierten Optimierung von Wasser-, Energie- und Ernährungssicherheit im Kontext von Urbanisierung, Wirtschaftswachstum und steigendem Ressourcenverbrauch.

Das Vorhaben der technischen und finanziellen Zusammenarbeit zur **Förderung klimafreundlicher Biogastechnologie** in Brasilien hat zum Ziel, diese Technologie in der Abwasserreinigung zu verbreiten und die energetische Nutzung anderer Biogasquellen breitenwirksam zu initiieren.

Demonstrationsprojekte zur energetischen Nutzung von landwirtschaftlichen Abfällen, spezifische Investitionen in Kläranlagen und weitere für die Wasserbereitstellung wichtige Aggregate sind in der Planung. In der Abwasser- und Abfallbehandlung entstehende klimaschädliche Methangase sollen so genutzt werden. Bestehende Verfahren sollen mittels Technologietransfer optimiert werden zur Verminderung klimaschädlicher Gase sowie zum Aufbau einer alternativen Stromerzeugung und zur Ausrichtung der Abwasserreinigung an erhöhte Umweltstandards.

Das Vorhaben bietet Beratung zur Stärkung des Biogasmarkts in Brasilien (Normenwesen, Entwicklungspartnerschaften mit Wirtschaft und Forschung) und für einzelne Investitionsmaßnahmen. Im Rahmen der finanziellen Zusammenarbeit werden in Kooperationen mit zwei Wasserunternehmen die Finanzierung des Neubaus und die Rehabilitierung bestehender Kläranlagen einschließlich der Beratungsleistungen vorbereitet.

Weitere Informationen

- The Water, Energy & Food Security Resource Platform NEXUS (englische Website), www.water-energy-food.org
- Stockholm Environment Institute (englische Website), www.sei-international.org/rio20/water-land-energy-nexus
- World Economic Forum (englische Website), www.weforum.org/videos/risks-focus-3-water-food-energy-nexus
- International Food Policy Research Institute (englische Website), www.ifpri.org/blog/water-energy-and-food-security-nexus
- BMZ- Innovationsrat diskutiert die zentralen Zukunftsherausforderungen Wasser-, Energie- und Ernährungssicherheit, 20.03.2012, www.bmz.de/de/presse/aktuelleMeldungen/archiv/2012/maerz/20120320_pm_73_innovationsbeirat/index.html



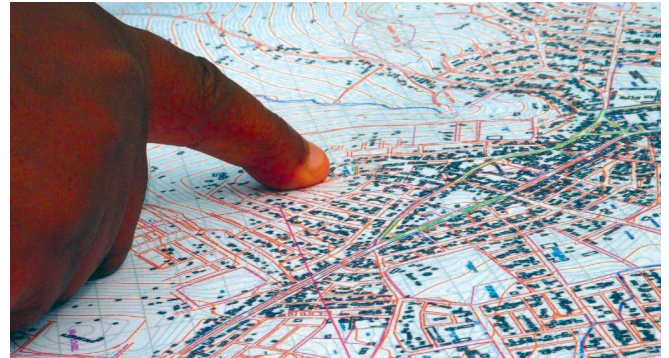
Nachhaltige Entwicklung von Metropolregionen

1. Relevanz

Die schnell voranschreitende Urbanisierung bewirkt bis in die Mitte des 21. Jahrhunderts eine bedeutende wirtschaftliche, politische und sozioökonomische Transformation weltweit. 95 Prozent des zukünftigen städtischen Wachstums wird in den urbanen Ballungsräumen von Entwicklungsländern stattfinden. Insbesondere in Asien und Afrika verlaufen diese Entwicklungen höchst dynamisch. Urbanisierung und Globalisierung verdichten die Beziehungen zwischen Städten und ihrem Umland als auch zwischen Städten untereinander. Das rasche Wachstum von Städten in Entwicklungsländern geht einher mit einem drastisch erhöhten Flächen- und Ressourcenverbrauch. Benachbarte Städte und Siedlungen unterschiedlicher Größe, Wirtschaftsstruktur und soziokultureller Prägung werden räumlich und funktional enger miteinander verflochten. Städte wandeln sich zu Stadtregionen und beeinflussen zunehmend umliegende ländliche Räume. Die Abteilung für wirtschaftliche und soziale Angelegenheiten des UN-Sekretariats (UNDESA) führt für das Jahr 2011 weltweit 426 städtische Ballungsräume mit einer bis zehn Millionen Einwohnern auf, davon 314 in weniger entwickelten Ländern. Für 2025 werden weltweit 631 solcher urbaner Agglomerationen, davon 530 in weniger entwickelten Ländern, erwartet.

Metropolregionen zeichnen sich durch ihre Funktionen und Merkmale aus, die über ihre eigenen Grenzen hinaus in den nationalen und teils gar internationalen Kontext hinausragen. Besonders hervorzuheben sind die politisch-administrativen und wirtschaftlichen Entscheidungs- und Kontrollfunktionen, die sich in ihnen als bevorzugte Standorte bündeln, ihre Innovations- und Wettbewerbsfunktion, basierend auf gesellschaftlicher und institutioneller Dichte und Nähe, ihre Gateway-Funktion als Verkehrsknotenpunkte, Märkte und Wissenszentren, sowie ihre kulturelle und sozioökonomische Symbolfunktion im nationalen wie teils internationalen Kontext. Darin liegen erhebliche Potenziale für die wirtschaftliche und soziale Entwicklung sowohl für die jeweilige Metropolregion selbst als auch für den größeren regionalen und nationalen Entwicklungskontext. Zudem treten Metropolregionen als wichtige Akteure in globalen Netzwerken auf.

Es liegt ein hoher Entwicklungsdruck in sozialer, wirtschaftlicher und ökologischer Hinsicht auf diesen Regionen. Demografisches Wachstum und Migrationsbewegungen, unzureichende öffentliche Dienstleistungen und Mandate, intransparente Landmärkte und eingeschränkter Zugang zum Arbeitsmarkt begünstigen die Herausbildung sozioökonomisch



Planung produktiver Stadt-Land-Beziehungen für nachhaltige Entwicklung von Metropolen

konzentrierter Standorte innerhalb von Metropolregionen, insbesondere in städtischen Rand- und Zwischengebieten. Ausgedehnte Siedlungen der armen Stadtbevölkerung mit prekären Lebensbedingungen sind somit Ausdruck fehlender wirtschaftlicher, sozialer und politischer Teilhabe und Regierungsführung in urbanen Ballungsräumen. Ein zunehmend urbaner Lebensstil fördert wenig nachhaltige Konsummuster, die städtische Agglomerationen mit Blick auf den Erhalt von Biodiversität und Ökosystemdienstleistungen an ihre Grenzen bringen und umliegende ländliche Räume über Gebühr belasten.

2. Ansatz der deutschen Entwicklungszusammenarbeit

Auf Grundlage der demografischen Entwicklung der nächsten Jahrzehnte stellen Metropolregionen ein wichtiges Lebensmodell der Zukunft in den Partnerländern der deutschen Entwicklungszusammenarbeit dar. Sie tragen als Knotenpunkte der nationalen und teils globalen Ökonomie und Vorreiter technologischer, sozialer und kultureller Innovationen entscheidend zu Entwicklungsprozessen bei. Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit sieht die Herausforderungen in den Stadt-Umland-Beziehungen und den Stadt-Stadt-Beziehungen in Stadtregionen und entwickelt ihr Beratungs-, Finanzierungs- und Instrumentenangebot für urbane Agglomerationen und Metropolregionen in Partnerländern bedarfsgerecht weiter. Bestehende Strukturen der Regierungsführung sind vielfach in der effizienten Koordinierung und Kooperation zwischen Politik, öffentlicher Verwaltung im Mehrebenensystem und privaten Dienstleistern überfordert.

Um die vielfältigen sozialen, ökonomischen, ökologischen Herausforderungen zielgerichtet zu adressieren, konzentriert

sich die deutsche Entwicklungszusammenarbeit auf vier prioritäre multisektorale Handlungsfelder:

- a) **Metropolregionen als innovative Wirtschaftsregionen:**
In Metropolregionen findet Güter- und Informationsaustausch zwischen lokaler, nationaler und globaler Wirtschaft statt, an denen sich wissensbasierte Unternehmen ansiedeln und in denen Innovationen für ein nachhaltiges Wirtschaften entstehen und umgesetzt werden. Hierfür sind entsprechende Rahmenbedingungen erforderlich.
- b) **Metropolregionen als inklusiver Arbeitsmarkt- und Wohnstandort:** Metropolregionen bieten aufgrund des wirtschaftlichen Wachstums ein breites Dienstleistungs- und Beschäftigungsangebot, das auch armen Zielgruppen zu Gute kommen kann. Ungeklärte Zuständigkeiten, geringe Kapazitäten sowie unzureichende Finanzausstattung der Gebietskörperschaften verhindern bislang wirksame Strategien zur gezielten räumlichen Entwicklung und zum besseren Markt- und Dienstleistungszugang armer Gruppen, insbesondere in städtischen Rand- und Zwischengebieten.
- c) **Metropolregionen als eng vernetzte Nexus-Systeme:**
Metropolregionen sind auf Grund der Konzentration von Menschen, Produktion und Konsum Großverbraucher von Energie und natürlichen Ressourcen. Die Stoff- und Energiekreisläufe von Metropolregionen haben aufgrund ihrer räumlichen und sektoralen Verflechtungen besondere Potenziale zur Effizienzsteigerung, z.B. durch die Ausgestaltung von Infrastruktur. Hierfür sind – neben umfangreichen Investitionen – regionale Steuerungssysteme und sektorenübergreifende Nexus-Ansätze erforderlich.
- d) **Metropolregionen als Governancesysteme:**
Für die Organisation und Steuerung der multisektoralen Herausforderungen sind veränderte Governancestrukturen für urbane Agglomerationen erforderlich. Kennzeichnend für Metropolregionen in ihrer Vielzahl und Vielschichtigkeit von politischen und verwaltungstechnischen Zuständigkeiten sind häufig fehlende, schlecht organisierte bzw. demokratisch nicht legitimierte Konstellationen und Prozesse in Politik und Verwaltung.

3. Beispiele aus der Praxis

Im Auftrag des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) erarbeitet das Sektorvorhaben "Nachhaltige Entwicklung von Metropolregionen" über Analysen und fachlichen Austausch eine konzeptionelle und methodische Herangehensweise zu Lösungsansätzen für, mit und in Metropolregionen. Die vernetzte Vorgehensweise fördert den intra- und inter-

institutionellen sowie regionalen/überregionalen Dialog und Wissenstransfer. Im Vordergrund steht die Erarbeitung empirisch belegter und handlungsleitender Konzepte und Strategien zur Unterstützung der nachhaltigen und armutsmindernden Entwicklung von Metropolregionen in den oben genannten vier Handlungsfeldern.

Die Instrumentenentwicklung und Pilotierung bezieht sich im Einzelnen auf folgende Bereiche:

- Grundlagenstudien in den ausgewiesenen vier Handlungsfeldern
- Akteursanalysen in metropolitanen Räumen
- Toolkit zu Organisations- und Governancestrukturen in Metropolen
- Instrumente für die Anwendung sektorübergreifender Entwicklungsstrategien (NEXUS)
- Beratungsangebote zu Grüner Wirtschaftsführung (Green Urban Economy)
- Wissensaustausch, Lernnetzwerke und Partnerschaften (u.a. zwischen Akteuren der kommunalen Ebene)

Dabei werden die Erfahrungen laufender Vorhaben der deutschen Entwicklungszusammenarbeit aus verschiedenen Kontinenten als Lernfelder genutzt.

Im Zuge der Urbanisierung wachsen bislang beratene Partnerstädte zu urbanen Zentren heran oder befinden sich zunehmend in Urbanisierungskorridoren bzw. wachsenden Agglomerationsräumen. Maßnahmen zu nachhaltiger Stadtentwicklung müssen somit vermehrt über die eigenen Stadt- und Mandatsgrenzen hinauswirken. Zentrale Fragestellungen sind hier:

- Wie kann mit Stadtgrenzen überschreitenden Maßnahmen umgegangen werden?
- Wie können sich Städte im Verbund zu Fragen der Raumordnung und Investitionsplanung aufstellen?
- Wie können Metropolregionen als regionale Entwicklungseinheiten einen Beitrag zur nationalen Entwicklung leisten?

Neben den Partnern aus Politik und Verwaltung betreten hier neue Akteure aus Zivilgesellschaft, Wirtschaft und Wissenschaft die Bühne, deren Interessen und Dynamik die Potenziale des Standorts einer Metropolregion entscheidend mitprägen.

Internationale und europäische Beispiele eines erfolgreichen Regionalmanagements von Ballungsräumen werden aufgearbeitet und in den Orientierungsrahmen des BMZ zur Zusammenarbeit mit Metropolregionen einfließen.

Weitere Informationen

- Knieling, Jörg (Hrsg.), 2009: Metropolregionen: Innovation, Wettbewerb, Handlungsfähigkeit
- Ludwig, Mandel, Schwiager, Terizakis (Hrsg.), 2009: Metropolregionen in Deutschland
- GIZ URBANET, Thematischer Fokus "Metropolitan Regions" (englische Website), www.urbanet.info
- Metropolis, globales Städtenetzwerk (englische Website): www.metropolis.org/initiatives

Impressum

Herausgeber

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ),
Öffentlichkeits-, Informations- und Bildungsarbeit

Redaktion

BMZ, Referat Wasser; Energie; Stadtentwicklung; Geosektor

Gestaltung

BLOCK DESIGN Kommunikation & Werbung, Berlin

Druck

Bonifatius Druck und Verlag, Paderborn.
Das Original wurde auf FSC-zertifiziertem Papier gedruckt.

Bildnachweis

Titelfoto: www.irinnews.org

Green Urban Economy: Jason Gutierrez/IRIN

Stadt und Klimawandel: GIZ/Robert Heine

Stadt und Sicherheit: GIZ/Kamikazz

Stadt und gute Regierungsführung GIZ/Silke Irmscher

Kommunalfinanzierung und städtische Entwicklung: Ralf Bäcker/GIZ

Stadt und Armut: GIZ

Stadt und Menschenrechte: Claudia Wiens/GTZ/PDP, Publikation "Cairo's Informal Areas Between Urban Challenges and Hidden Potentials. Facts. Voices. Visions." (2009)

Nachhaltige Entwicklung von Metropolregionen: Alexandra Linden

Stand

Neuaufgabe, April 2014

Bezugsstelle

Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 48 10 09 | 18132 Rostock

Tel. +49 (0) 1805 77 80 90 (Festpreis 14 Cent/Min., abweichende Preise aus den Mobilfunknetzen möglich)

Fax +49 (0) 1805 77 80 94

publikationen@bundesregierung.de

Postanschriften der Dienstsitze

BMZ Bonn

Dahlmannstraße 4

53113 Bonn

Tel. + 49 (0) 228 99 535 - 0

Fax + 49 (0) 228 99 535 - 3500

BMZ Berlin | im Europahaus

Stresemannstraße 94

10963 Berlin

Tel. + 49 (0) 30 18 535 - 0

Fax + 49 (0) 30 18 535 - 2501

poststelle@bmz.bund.de

www.bmz.de



www.bmz.de

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

- a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 19/4453, 19/4729, 19/4944 Nr. 6 –

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)**

- b) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Axel Gehrke, Marc Bernhard,
Stephan Brandner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/4537 –

**Gerechte Finanzierungsgrundlagen für die Erbringung
behandlungspflegerischer Leistungen in der stationären,
ambulanten und häuslichen Pflege**

- c) zu dem Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Susanne Ferschl,
Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/4523 –

Ausreichend Krankenhauspersonal dauerhaft sichern

- d) zu dem Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann, Susanne Ferschl,
Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/4524 –

Pflegepersonal in der Altenpflege nachhaltig stärken

A. Problem

Zu Buchstabe a

Die Bundesregierung stellt fest, dass – obwohl die Zahl der Beschäftigten und der Auszubildenden in der Alten- und Krankenpflege angestiegen sei – der Bedarf an Pflegekräften nicht gedeckt werden könne. Die Personalunterdeckung habe eine Arbeitsverdichtung zur Folge, woraus ein höherer Krankenstand bei den Pflegekräften und ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf resultierten.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller stellen fest, dass auf Grund unterschiedlicher Regelungen Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen für die gleichen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege von den gesetzlichen Krankenkassen keinen Leistungsersatz erhielten, wie es im ambulanten oder häuslichen Bereich der Fall sei. Daran ändere auch das neue Pflegepersonal-Stärkungsgesetz nichts.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller kritisieren, dass das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sich zum einen nur auf die Pflegekräfte konzentriere und andere Berufe im Krankenhaus nicht einbeziehe. Zum anderen könne durch den neuen Pflegepersonalquotienten der genaue Personalbedarf in der Pflege nicht beschrieben werden. Außerdem werde im Gesetzentwurf weder die mangelhafte Investitionsfinanzierung in den Krankenhäusern durch die Bundesländer bzw. die Investitionslücke nicht thematisiert noch würden die Reha-Kliniken in das Regelwerk einbezogen.

Zu Buchstabe d

Die Antragsteller monieren, dass die Bundesregierung mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz nicht nachhaltig auf die grundlegenden Probleme in der Altenpflege reagiere, sondern einseitig die Arbeitsbedingungen im Krankenhausbereich verbessere. Dadurch drohe eine einseitige Verlagerung des Pflegenotstands auf den Altenpflegebereich. Zudem fehle eine zukunftssichere Finanzierung, was weitere Kostenbelastungen für die Familien mit Pflegebedarf nach sich zieht.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sollen Sofortmaßnahmen für eine spürbare Entlastung der Pflegekräfte in der Kranken- und Altenpflege durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen ergriffen werden. Dadurch werde die Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegebedürftigen weiter verbessert.

Darüber hinaus soll durch Neuregelungen im Infektionsschutzgesetz der Schutz der öffentlichen Gesundheit gestärkt werden.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller fordern, die ungerechte Behandlung von pflegebedürftigen Heimbewohnern bei der Finanzierung von medizinisch pflegenderischer Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) durch entsprechende gesetzgeberische Maßnahmen zu beenden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/4537 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller fordern, dass auch weitere Berufe, wie Hebammen, Heilmittelerufe und Reinigungspersonal im Krankenhaus, aus den Fallpauschalen herausgenommen und bedarfsgerecht finanziert und die Reha-Kliniken in die Regelungen einbezogen werden. Zudem solle statt des Pflegepersonalquotienten ein pflegewissenschaftlich ermitteltes, valides Instrument zur Ermittlung des Personalbedarfs entwickelt werden und eine Kofinanzierung zusätzlicher Krankenhausinvestitionen bis zu einer Gesamthöhe von 2,5 Milliarden Euro pro Jahr für die kommenden zehn Jahre durch den Bund festgeschrieben werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/4523 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe d

Aus Sicht der Antragsteller fehlt ein Gesamtkonzept für bessere Arbeitsbedingungen im Pflegebereich, das u. a. sowohl eine verbindliche Personalbemessung als auch die komplette Refinanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Altenpflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenpflege beinhaltet sowie die tarifliche Bezahlung auch in der häuslichen Krankenpflege festschreibt.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/4524 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

Zu den Buchstaben b bis d

Annahme der Anträge.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

1. Bund, Länder und Gemeinden

Mit der Fortführung und dem Ausbau des Krankenhausstrukturfonds zur Anpassung bestehender Versorgungskapazitäten an den tatsächlichen Versorgungsbe-

darf sowie zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Krankenhausversorgung wird ab dem Jahr 2019 ein Finanzvolumen von bis zu 4 Milliarden Euro bereitgestellt, das je zur Hälfte durch die Länder und aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der GKV aufzubringen ist.

Darüber hinaus können für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden jährliche Mehrbelastungen im Bereich der Beihilfe im niedrigen bis mittleren zweistelligen Millionenbereich entstehen.

Beim Bundeszuschuss zur landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergeben sich im Jahr 2019 Mehrausgaben von bis zu 13 Millionen Euro, die bis zum Jahr 2022 jährlich auf bis zu 18 Millionen Euro ansteigen werden.

Für die Sozialhilfeträger können sich aus der Kofinanzierung der Maßnahmen nach § 8 Absatz 7 und 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) und aus den Wegekostenzuschlägen nach § 89 Absatz 3 SGB XI jährliche Mehrausgaben im einstelligen Millionenbereich ergeben. Im Bereich der Hilfen für Gesundheit können den Sozialhilfeträgern aus den Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) jährliche Mehrausgaben im niedrigen einstelligen Millionenbereich für das Jahr 2019 und im mittleren einstelligen Millionenbereich für die Jahre 2020, 2021 und 2022 entstehen.

Die auf den Bundshaushalt entfallenden Mehrausgaben werden innerhalb der betroffenen Einzelpläne ausgeglichen.

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Maßnahmen des Gesetzes entstehen der GKV im Jahr 2018 Mehrausgaben in Höhe von voraussichtlich rund 7 Millionen Euro. Im Jahr 2019 ergeben sich Mehrausgaben von rund 1,7 Milliarden Euro, im Jahr 2020 von rund 2 Milliarden Euro, im Jahr 2021 von rund 2,2 Milliarden Euro und im Jahr 2022 von rund 2,4 Milliarden Euro. Einen wesentlichen Anteil daran machen die jährlichen Kosten ab dem Jahr 2019 in Höhe von rund 640 Millionen Euro für die Finanzierung der zusätzlichen Stellen in Pflegeheimen aus.

Dem Krankenhausstrukturfonds werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2019 bis 2022 Mittel in Höhe von jährlich 500 Millionen Euro bereitgestellt.

Den Mehrausgaben stehen Einsparpotenziale gegenüber, die durch strukturelle Effekte im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds entstehen und nicht genau quantifiziert werden können.

3. Soziale Pflegeversicherung

Auf der Grundlage der insgesamt geschätzten finanziellen Auswirkungen dieses Gesetzes entstehen für die soziale Pflegeversicherung im Jahr 2019 zusätzliche Ausgaben in Höhe von rund 240 Millionen Euro, im Jahr 2020 in Höhe von rund 260 Millionen Euro, im Jahr 2021 in Höhe von rund 250 Millionen Euro und im Jahr 2022 in Höhe von rund 150 Millionen Euro.

Zu den Buchstaben b bis d

Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand wurden nicht erörtert.

E. Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes ergeben sich für die Verwaltung und die Wirtschaft sowohl Belastungen als auch Entlastungen. Unter dem einmaligen Erfüllungsaufwand ist für die Wirtschaft mit Entlastungen in Höhe von rund 90 000 Euro zu rechnen, für die Verwaltung ergeben sich Belastungen in Höhe von rund 1,9 Millionen Euro. Außerdem entsteht dem Bundesversicherungsamt ein vorübergehender Personalmehraufwand für die gesamte Dauer der Bearbeitung von Vorgängen zum Krankenhausstrukturfonds in Höhe von rund 2,5 Millionen Euro. Hinsichtlich des laufenden Erfüllungsaufwandes ergeben sich dauerhafte Entlastungen in Höhe von rund 470 000 Euro für die Wirtschaft und rund 630 000 Euro für die Verwaltung.

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht ein geringfügiger Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft ergibt sich unter dem einmaligen Erfüllungsaufwand eine Entlastung von insgesamt rund 90 000 Euro. Dabei verrechnet sind rund 1,4 Millionen Euro an Belastungen, die auf die Beantragung der Zuschüsse zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf in ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenpflege entfallen.

Jährlich werden in der Summe Entlastungen erreicht, die sich ab dem Jahr 2021 auf rund 470 000 Euro jährlich belaufen. Dabei handelt es sich um eine Entlastung im Sinne der „One in, one out“-Regel der Bundesregierung, insbesondere durch die Aufhebung von Nachweispflichten.

Im laufenden Erfüllungsaufwand sind Bürokratiekosten aus Informationspflichten in Höhe von rund 64 000 Euro enthalten.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 4,6 Millionen Euro. Davon entfallen rund 2,8 Millionen Euro auf die Bundesverwaltung und rund 1,9 Millionen Euro auf die Selbstverwaltung. Für die Verwaltung der Länder entsteht kein einmaliger Erfüllungsaufwand. Rund 2,5 Millionen Euro des auf die Bundesverwaltung entfallenden einmaligen Erfüllungsaufwandes entfallen auf vorübergehenden Personalmehraufwand im Bundesversicherungsamt für die Bearbeitung des Krankenhausstrukturfonds.

In der Summe verschiedener Be- und Entlastungen ergibt sich für die Verwaltung insgesamt eine dauerhafte Entlastung in Höhe von rund 630 000 Euro jährlich. Diese entfällt überwiegend auf die Selbstverwaltung. Die Entlastung der Selbstverwaltung ergibt sich vor allem aus der für Vertreterinnen und Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen entfallenden Aufgabe, in den jährlichen Budgetverhandlungen mit den Krankenhäusern für bestimmte Leistungen einen höheren Fixkostendegressionsabschlag oder eine längere Abschlagsdauer zu vereinbaren. Für die Verwaltung der Länder kommt es zu einer geringfügigen jährlichen Belastung.

Zu den Buchstaben b bis d

Der Erfüllungsaufwand wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a

Die sich aus diesem Gesetz ergebenden Mehraufwendungen für die private Krankenversicherung belaufen sich im Jahr 2018 auf bis zu 1 Million Euro, im Jahr 2019 auf rund 35 Millionen Euro und steigen bis zum Jahr 2022 auf rund 85 Millionen Euro an.

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich aus der anteiligen Mitfinanzierung der rund 13 000 zusätzlichen Stellen Mehrausgaben von rund 44 Millionen Euro jährlich. Aus der anteiligen Mitfinanzierung der Fördermaßnahmen zur Digitalisierung entstehen in den Jahren 2019 bis 2021 Mehraufwendungen von insgesamt bis zu 22 Millionen Euro. Aus der anteiligen Mitfinanzierung der Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Beruf, Pflege und Familie entstehen Mehraufwendungen von jeweils bis zu 7 Millionen Euro in den Jahren 2019 bis 2024. Durch die Umstellung der Zuschüsse für häusliche Beratungsbesuche auf verhandelte Entgelte entstehen Mehraufwendungen von etwa 2 Millionen Euro jährlich.

Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau sind wegen des geringen Umfangs der finanziellen Auswirkungen im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt nicht zu erwarten.

Zu den Buchstaben b bis d

Weitere Kosten wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;
- b) den Antrag auf Drucksache 19/4537 abzulehnen;
- c) den Antrag auf Drucksache 19/4523 abzulehnen;
- d) den Antrag auf Drucksache 19/4524 abzulehnen.

Berlin, den 7. November 2018

Der Ausschuss für Gesundheit

Erwin Rüdgel
Vorsitzender

Dr. Roy Kühne
Berichterstatter

Dr. Edgar Franke
Berichterstatter

Dr. Axel Gehrke
Berichterstatter

Nicole Westig
Berichterstatterin

Harald Weinberg
Berichterstatter

Kordula Schulz-Asche
Berichterstatterin

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals

(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)

– Drucksachen 19/4453, 19/4729 –

mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals	Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)	(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1	Artikel 1
Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. § 17a wird wie folgt geändert:	1. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 werden die Wörter „Die Kosten der in § 2 Nr. 1a genannten Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütungen“ durch die Wörter „Die Kosten der in § 2 Nummer 1a genannten mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten, die Ausbildungsvergütungen für die in § 2 Nummer 1a genannten Berufe“ ersetzt.	
bb) Die Sätze 3 und 4 werden wie folgt gefasst:	
„Bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sind Personen,	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege ausgebildet werden, im zweiten und dritten Jahr ihrer Ausbildung im Verhältnis 9,5 zu 1 auf die Stelle einer in diesen Berufen voll ausgebildeten Person anzurechnen. Personen, die in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, sind nach dem ersten Jahr ihrer Ausbildung im Verhältnis 6 zu 1 auf die Stelle einer in den Berufen der Krankenpflege oder der Kinderkrankenpflege voll ausgebildeten Person anzurechnen.“</p>	
<p>b) In Absatz 3 Satz 3 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und wird in seiner Entwicklung nicht durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes begrenzt“ eingefügt.</p>	
<p>2. § 17b wird wie folgt geändert:</p>	<p>2. § 17b wird wie folgt geändert:</p>
<p>a) In Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „soweit Absatz 4 keine abweichenden Regelungen enthält“ eingefügt.</p>	<p>a) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:</p>	<p>b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:</p>
<p>„(4) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung aus dem Vergütungssystem auszugliedern und eine neue Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln. Hierfür haben sie insbesondere bis zum 31. Januar 2019 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu vereinbaren. Die Krankenhäuser haben die Vorgaben zur Ausgliederung und zur bundeseinheitlichen Definition nach den Sätzen 1 und 2 für die Abgrenzung ihrer Kosten und Leistungen rückwirkend ab dem 1. Januar 2019 anzuwenden. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben die Bewertungsrelationen für das DRG-Vergütungssystem erstmals für das Jahr 2020 um die Summe der Bewertungsrelationen der nach Satz 1 auszugliedernden Pflegepersonalkosten und die Zusatzentgelte um die pflegerelevanten Kosten zu vermindern sowie auf dieser Grundlage die Fallpau-</p>	<p>„(4) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen aus dem Vergütungssystem auszugliedern und eine neue Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln. Hierfür haben sie insbesondere bis zum 31. Januar 2019 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu vereinbaren und dabei auch Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal festzulegen, das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist. Die Krankenhäuser haben die Vorgaben zur Ausgliederung und zur bundeseinheitlichen Definition nach den Sätzen 1 und 2 für die Abgrenzung ihrer Kosten und Leistungen rückwirkend ab dem 1. Januar 2019 anzuwenden. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben die Bewertungsrelationen für das DRG-Vergütungssystem erstmals für das</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>schalenvereinbarung bis zum 30. September 2019 abzuschließen. Sie haben die nach Satz 1 auszugliedernden Pflegepersonalkosten bis zum 30. September 2019 in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je voll oder teilstationärem Belegungstag auszuweisen und den Katalog jährlich weiterzuentwickeln. Der Katalog ist erstmals für das Jahr 2020 von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 für die Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes anzuwenden. Für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und die Entwicklung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung nach Satz 1 sowie für die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Definition nach Satz 2 gelten die Regelungen nach Absatz 2 Satz 4 bis 7 zur Einbindung der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, zur Beschlussfassung sowie zu den Teilnahme und Zugangsrechten des Bundesministeriums für Gesundheit entsprechend. Für die Ausweisung der auszugliedernden Pflegepersonalkosten in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen und die Weiterentwicklung des Katalogs nach Satz 5 gelten die Veröffentlichungspflichten nach Absatz 2 Satz 8 entsprechend. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 berichten dem Bundesministerium für Gesundheit über die Auswirkungen, die die Einführung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen und kosten in den Jahren 2020 bis 2024 hat. Sie haben hierzu zum 31. August 2021 einen Zwischenbericht und zum 31. August 2025 einen abschließenden Bericht vorzulegen.“</p>	<p>Jahr 2020 um die Summe der Bewertungsrelationen der nach Satz 1 auszugliedernden Pflegepersonalkosten und die Zusatzentgelte um die pflegerelevanten Kosten zu vermindern sowie auf dieser Grundlage die Fallpauschalenvereinbarung bis zum 30. September 2019 abzuschließen. Sie haben die nach Satz 1 auszugliedernden Pflegepersonalkosten bis zum 30. September 2019 in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je voll oder teilstationärem Belegungstag auszuweisen und den Katalog jährlich weiterzuentwickeln. Der Katalog ist erstmals für das Jahr 2020 von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 für die Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes anzuwenden. Für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und die Entwicklung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung nach Satz 1 sowie für die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Definition nach Satz 2 gelten die Regelungen nach Absatz 2 Satz 4 bis 7 zur Einbindung der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, zur Beschlussfassung sowie zu den Teilnahme und Zugangsrechten des Bundesministeriums für Gesundheit entsprechend. Für die Ausweisung der auszugliedernden Pflegepersonalkosten in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen und die Weiterentwicklung des Katalogs nach Satz 5 gelten die Veröffentlichungspflichten nach Absatz 2 Satz 8 entsprechend. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 berichten dem Bundesministerium für Gesundheit über die Auswirkungen, die die Einführung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen und kosten in den Jahren 2020 bis 2024 hat. Sie haben hierzu zum 31. August 2021 einen Zwischenbericht und zum 31. August 2025 einen abschließenden Bericht vorzulegen.“</p>
<p>c) In Absatz 5 Satz 1 wird im Satzteil vor der Aufzählung die Angabe „bis 3“ durch die Angabe „bis 4“ ersetzt.</p>	<p>c) u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 2	Artikel 2
Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	0. In § 10 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz werden die Wörter „§ 17b Absatz 3 Satz 6 und 7“ durch die Wörter „§ 17b Absatz 3 Satz 4 bis 6“ ersetzt.
1. Nach § 12 wird folgender § 12a eingefügt:	1. Nach § 12 wird folgender § 12a eingefügt:
„§ 12a	„§ 12a
Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019	Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019
(1) Zur Fortführung der Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung werden dem beim Bundesversicherungsamt errichteten Strukturfonds in den Jahren 2019 bis 2022 weitere Mittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro jährlich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt. Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung nach Satz 1 erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. § 12 Absatz 1 Satz 3 und 6 gilt entsprechend. Über die Förderung der in § 12 Absatz 1 Satz 3 genannten Zwecke hinaus können auch die folgenden Vorhaben gefördert werden:	(1) Zur Fortführung der Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung werden dem beim Bundesversicherungsamt errichteten Strukturfonds in den Jahren 2019 bis 2022 weitere Mittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro jährlich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt. Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung nach Satz 1 erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. § 12 Absatz 1 Satz 3 und 6 gilt entsprechend. Über die Förderung der in § 12 Absatz 1 Satz 3 genannten Zwecke hinaus können auch die folgenden Vorhaben gefördert werden:
1. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen,	1. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen an Hochschulkliniken, soweit Hochschulkliniken und nicht universitäre Krankenhäuser an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind,
2. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Krankenhausverbänden, Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen und telemedizinischer Netzwerkstrukturen,	2. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. Vorhaben zur Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit der Krankenhäuser und	3. un verändert
4. Vorhaben zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in den mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a Buchstabe e bis g.	4. un verändert
	Vorhaben nach Satz 4 Nummer 2 zur Bildung von telemedizinischen Netzwerkstrukturen können auch insoweit gefördert werden, als Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind.
<p>(2) Von dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag, abzüglich der jährlichen notwendigen Aufwendungen des Bundesversicherungsamts für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung sowie der jährlichen Aufwendungen nach § 14, kann jedes Land in den Jahren 2019 bis 2022 jährlich bis zu 95 Prozent des Anteils beantragen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Oktober 2018 ergibt. Soweit ein Land den ihm nach Satz 1 jährlich zustehenden Anteil nicht ausschöpft, kann der verbleibende Anteil noch bis zum 31. Dezember 2022 beantragt werden. Fördermittel, die von einem Land bis zum 31. Dezember 2022 durch vollständig und vorbehaltlos eingereichte Anträge nicht vollständig beantragt worden sind, verbleiben beim Gesundheitsfonds; der auf die Beteiligung der privaten Krankenversicherungen entfallende Anteil ist an diese zurückzuzahlen. Mit den verbleibenden 5 Prozent des Betrags nach Satz 1 können jährlich Vorhaben gefördert werden, die sich auf mehrere Länder erstrecken und für die die beteiligten Länder einen gemeinsamen Antrag stellen (länderübergreifende Vorhaben). Innerhalb eines Jahres nicht ausgeschöpfte Teile des Betrags nach Satz 4 können von den Ländern noch bis zum 31. Dezember 2022 gemeinsam beantragt werden. Soweit die Mittel nach Satz 4 bis zum 31. Dezember 2022 durch vollständig und vorbehaltlos gestellte Anträge nicht vollständig beantragt worden sind, verbleiben sie beim Gesundheitsfonds; der auf die Beteiligung der privaten Krankenversicherungen entfallende Anteil ist an diese zurückzuzahlen.</p>	(2) un verändert
(3) Voraussetzung für eine Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 2 ist, dass	(3) Voraussetzung für eine Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 2 ist, dass

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Januar 2019 noch nicht begonnen hat,	1. un verändert
2. das antragstellende Land, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens (Ko-Finanzierung) trägt, wobei das Land mindestens die Hälfte dieser Ko-Finanzierung aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringen muss,	2. un verändert
3. das antragstellende Land sich verpflichtet,	3. un verändert
a) in den Jahren 2019 bis 2022 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2015 bis 2017 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht, und	
b) die in Buchstabe a genannten Mittel um die vom Land getragenen Mittel nach Nummer 2 zu erhöhen und	
4. die in Absatz 4 genannten Kriterien erfüllt sind.	4. un verändert
<p>Beträge, mit denen sich die Länder am Volumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten nach § 6 Absatz 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen nicht auf die vom Land zu tragenden Kosten nach Satz 1 Nummer 2 und auf die in den Jahren 2019 bis 2022 bereitzustellenden Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a angerechnet werden. Mittel aus dem Strukturfonds dürfen nicht gewährt werden, wenn der Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land auf Grund der zu fördernden Maßnahme zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist. Für Mittel der Investitionsförderung, auf deren Rückzahlung das Land verzichtet hat, gilt Satz 2 entsprechend. Das Bundesversicherungsamt prüft die Anträge und weist die Mittel zu, bis der in Absatz 2 Satz 1 genannte Anteil des Landes ausgeschöpft ist. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesversicherungsamt zurückzuzahlen, wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist. Die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesversicherungsamts</p>	<p>Beträge, mit denen sich die Länder am Volumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten nach § 6 Absatz 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen nicht auf die vom Land zu tragenden Kosten nach Satz 1 Nummer 2 und auf die in den Jahren 2019 bis 2022 bereitzustellenden Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a angerechnet werden. Mittel aus dem Strukturfonds dürfen nicht gewährt werden, soweit der Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land auf Grund der zu fördernden Maßnahme zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist. Für Mittel der Investitionsförderung, auf deren Rückzahlung das Land verzichtet hat, gilt Satz 2 entsprechend. Das Bundesversicherungsamt prüft die Anträge und weist die Mittel zu, bis der in Absatz 2 Satz 1 genannte Anteil des Landes ausgeschöpft ist. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesversicherungsamt zurückzuzahlen, wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist. Die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesversicherungsamts</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
werden aus dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag gedeckt. Dies gilt auch für die Aufwendungen des Bundesversicherungsamts, die nach dem 31. Dezember 2020 für die Durchführung der Förderung nach § 12 entstehen. Die Sätze 1 bis 6 gelten entsprechend für länderübergreifende Vorhaben.	werden aus dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag gedeckt. Dies gilt auch für die Aufwendungen des Bundesversicherungsamts, die nach dem 31. Dezember 2020 für die Durchführung der Förderung nach § 12 entstehen. Die Sätze 1 bis 6 gelten entsprechend für länderübergreifende Vorhaben.
(4) In der Rechtsverordnung nach § 12 Absatz 3 kann auch das Nähere geregelt werden	(4) u n v e r ä n d e r t
1. zu den Kriterien der Förderung nach Absatz 1 und zum Verfahren der Vergabe der Fördermittel,	
2. zum Nachweis der Förderungsvoraussetzungen nach Absatz 3 Satz 1 und	
3. zum Nachweis zweckentsprechender Verwendung der Fördermittel und zur Rückzahlung überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel.“	
2. § 14 Satz 1 bis 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	2. u n v e r ä n d e r t
„Das Bundesversicherungsamt gibt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen eine begleitende Auswertung des durch die Förderung nach den §§ 12 und 12a bewirkten Strukturwandels in Auftrag. Die hierfür erforderlichen nicht personenbezogenen Daten werden ihm von den antragstellenden Ländern auf Anforderung zur Weiterleitung an die mit der Auswertung beauftragte Stelle zur Verfügung gestellt. Zwischenberichte über die Auswertung sind dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen jährlich, für die Förderung nach § 12a erstmals zum 31. Dezember 2020, vorzulegen. Die bis zum 31. Dezember 2020 entstehenden Aufwendungen für die Auswertung der Förderung nach § 12 werden aus dem Betrag nach § 12 Absatz 1 Satz 1 und 2 gedeckt. Die nach diesem Zeitpunkt entstehenden Aufwendungen für die Auswertung nach § 12 und die Aufwendungen für die Auswertung nach § 12a werden aus dem Betrag nach § 12a Absatz 1 Satz 1 und 2 gedeckt.“	
3. § 17b Absatz 3 Satz 4 und 5 wird aufgehoben.	3. § 17b wird wie folgt geändert :
	a) Der Überschrift wird ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>b) In Absatz 2 Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „insbesondere wirken sie mit den Abrechnungsbestimmungen darauf hin, dass die Voraussetzungen, unter denen bei Wiederaufnahme von Patientinnen und Patienten eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen sind, dem Wirtschaftlichkeitsgebot hinreichend Rechnung tragen“ eingefügt.</p>
	<p>c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p>
	<p>aa) Die Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.</p>
	<p>bb) Folgender Satz wird angefügt:</p>
	<p>„Widerspruch und Klage gegen die Verpflichtung zur Teilnahme an der Kalkulation haben keine aufschiebende Wirkung.“</p>
	<p>d) Absatz 7 wird wie folgt geändert:</p>
	<p>aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:</p>
	<p>aaa) In Nummer 1 werden nach dem Wort „Vergütungssystem“ die Wörter „einschließlich Vorschriften über die Pflegepersonalkostenvergütung nach Absatz 4“ eingefügt.</p>
	<p>bbb) In Nummer 2 werden die Wörter „und seine“ durch die Wörter „einschließlich der Pflegepersonalkostenvergütung nach Absatz 4 und die“ ersetzt.</p>
	<p>bb) In Satz 6 werden die Wörter „Absatz 3 Satz 6“ durch die Wörter „Absatz 3 Satz 4“ ersetzt.</p>
<p>4. Dem § 17c Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:</p>	<p>4. Dem § 17c Absatz 5 werden die folgenden Sätze angefügt:</p>
<p>„Liegt die Einwilligung des Versicherten nach Satz 2 vor, gilt § 301 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.“</p>	<p>„Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung haben eine Vereinbarung zu treffen, die das Nähere zur Übermittlung der Daten entsprechend § 301 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch regelt. Die Übermittlung der Daten nach Satz 3 setzt jeweils die schriftliche</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Einwilligung der Versicherten hierzu voraus. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.“
	4a. In § 17d Absatz 1 Satz 7 zweiter Halbsatz werden die Wörter „§ 17b Absatz 3 Satz 6 und 7“ durch die Wörter „§ 17b Absatz 3 Satz 4 bis 6“ ersetzt.
5. In § 18 Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „den §§ 17b und 17d“ durch die Wörter „§ 17b, sofern nicht das Krankenhausentgeltgesetz oder die Bundespflegesatzverordnung eine krankenhausesindividuelle Vereinbarung vorsehen,“ ersetzt.	5. u n v e r ä n d e r t
6. In § 28 Absatz 4 Nummer 4 werden die Wörter „Zu und Abschläge und sonstigen Entgelte“ durch die Wörter „Zu und Abschläge, sonstigen Entgelte und der tagesbezogenen Pflegeentgelte“ ersetzt.	6. u n v e r ä n d e r t
Artikel 3	Artikel 3
Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	u n v e r ä n d e r t
In § 17a Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 2 geändert worden ist, werden nach den Wörtern „ausgebildet werden,“ die Wörter „nach dem ersten Jahr ihrer Ausbildung“ eingefügt.	
Artikel 4	Artikel 4
Änderung der Bundespflegesatzverordnung	Änderung der Bundespflegesatzverordnung
Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 6b des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 6b des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. In § 3 Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „40“ durch die Angabe „55“ ersetzt.	1. u n v e r ä n d e r t
2. § 11 wird wie folgt geändert:	2. u n v e r ä n d e r t
a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:	
„In der Vereinbarung ist zu regeln, dass Mittel, die nicht zweckentsprechend für die Fi-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>finanzierung der Tarifierhöhungen von Pflegepersonal verwendet wurden, zurückzuzahlen sind.“</p>	
<p>b) Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt geändert:</p>	
<p>aa) In Nummer 2 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.</p>	
<p>bb) Folgende Nummer 3 wird angefügt:</p>	
<p>„3. erstmals für das Jahr 2018 den Nachweis, dass die zusätzlichen Mittel für Tarifierhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für die Finanzierung des Pflegepersonals verwendet wurden.“</p>	
	<p>3. In § 18 Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „ist für die Jahre 2017 bis 2019“ durch die Wörter „sind für die Jahre 2017 und 2018“ ersetzt, werden nach den Wörtern „dass die“ die Wörter „nach Satz 1“ eingefügt und wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „für das Jahr 2019 sind eine Rückzahlung von Mitteln und eine Absenkung des Gesamtbetrags nicht vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass die nach Satz 1 vereinbarten Mittel vollständig für die Finanzierung von Personal zur Erreichung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung verwendet wurden“ eingefügt.</p>
<p>Artikel 5</p>	<p>Artikel 5</p>
<p>Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung</p>	<p>Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung</p>
<p>Die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vom 17. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2350), wird wie folgt geändert:</p>	<p>Die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vom 17. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2350), wird wie folgt geändert:</p>
<p>1. Dem § 1 wird folgende Überschrift vorangestellt:</p>	<p>1. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>„Teil 1</p>	
<p>Förderung nach § 12 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“.</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. § 8 wird wie folgt geändert:	2. § 8 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 werden im Satzteil vor der Aufzählung die Wörter „oder der von diesem nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit der Auswertung beauftragten Stelle“ gestrichen.	
bb) In Satz 3 werden die Wörter „oder die von ihm mit der Auswertung nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragte Stelle“ gestrichen.	
	b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
	„Spätestens innerhalb von 15 Monaten nach Abschluss eines Vorhabens übersenden die Länder dem Bundesversicherungsamt sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen den Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel; das Bundesversicherungsamt kann die Frist in begründeten Ausnahmefällen einmalig verlängern.“
b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „oder der von ihm mit der Auswertung nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragten Stelle“ gestrichen.	c) u n v e r ä n d e r t
c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:	d) u n v e r ä n d e r t
„(4) Das Bundesversicherungsamt übermittelt die ihm von den zuständigen obersten Landesbehörden nach Absatz 1 Satz 1 und 3 sowie die von den Ländern nach Absatz 3 Satz 1 übermittelten Unterlagen an die von ihm mit der Auswertung nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragte Stelle.“	
3. Nach § 10 wird folgende Überschrift eingefügt:	3. u n v e r ä n d e r t
„Teil 2	
Förderung nach § 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
4. § 11 wird durch die folgenden §§ 11 bis 18 ersetzt:	4. § 11 wird durch die folgenden §§ 11 bis 18 ersetzt:
„§ 11	„§ 11
Förderungsfähige Vorhaben	Förderungsfähige Vorhaben
(1) Ein Vorhaben wird nach § 12a Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 oder Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gefördert, wenn	(1) Ein Vorhaben wird nach § 12a Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 oder Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gefördert, wenn
1. ein Krankenhaus oder Teile von akutstationären Versorgungseinrichtungen eines Krankenhauses dauerhaft geschlossen werden, insbesondere wenn ein Standort, eine unselbstständige Betriebsstätte oder eine Fachrichtung eines Krankenhauses geschlossen wird,	1. u n v e r ä n d e r t
2. akutstationäre Versorgungskapazitäten, insbesondere Fachrichtungen mehrerer Krankenhäuser, in wettbewerbsrechtlich zulässiger Weise standortübergreifend konzentriert werden, insbesondere sofern	2. akutstationäre Versorgungskapazitäten, insbesondere Fachrichtungen mehrerer Krankenhäuser, in wettbewerbsrechtlich zulässiger Weise standortübergreifend konzentriert werden, insbesondere sofern
a) Versorgungseinrichtungen betroffen sind, für die	a) Versorgungseinrichtungen betroffen sind, die von einem nicht universitären Krankenhaus an eine Einrichtung eines Hochschulklinikums verlegt werden, und für die
aa) der Gemeinsame Bundesausschuss Mindestmengen festgelegt hat oder	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) in den Krankenhausplänen der Länder Mindestfallzahlen vorgesehen sind,	bb) u n v e r ä n d e r t
b) es sich um Versorgungseinrichtungen zur Behandlung seltener Erkrankungen handelt oder	b) es sich um Versorgungseinrichtungen zur Behandlung seltener Erkrankungen handelt, die von einem nicht universitären Krankenhaus an eine Einrichtung eines Hochschulklinikums verlegt werden, oder
c) die beteiligten Krankenhäuser eine dauerhafte Zusammenarbeit im Rahmen eines Krankenhausverbunds, etwa durch gemeinsame Abstimmung des Versorgungsangebots, vereinbart haben,	c) u n v e r ä n d e r t
3. ein Krankenhaus oder Teile von akutstationären Versorgungseinrichtungen eines Krankenhauses, insbesondere ein Standort, eine	3. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
unselbständige Betriebsstätte oder eine Fachrichtung, mindestens aber eine Abteilung eines Krankenhauses, umgewandelt werden in	
a) eine bedarfsnotwendige andere Fachrichtung oder	
b) eine nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung, insbesondere in eine Einrichtung der ambulanten, der sektorenübergreifenden oder der palliativen Versorgung, in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder in eine Einrichtung der stationären Rehabilitation; bei Umwandlung eines gesamten Krankenhauses in eine Einrichtung der sektorenübergreifenden Versorgung muss mindestens die Hälfte der stationären Versorgungskapazitäten des Krankenhauses von der Umwandlung betroffen sein,	
4. die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen, Systeme oder Verfahren oder bauliche Maßnahmen erforderlich sind, um	4. die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen, Systeme oder Verfahren oder bauliche Maßnahmen erforderlich sind, um
a) die Informationstechnik der Krankenhäuser, die die Voraussetzungen des Anhangs 5 Teil 3 der BSI-Kritisverordnung erfüllen, an die Vorgaben von § 8a des BSI-Gesetzes anzupassen oder	a) u n v e r ä n d e r t
b) telemedizinische Netzwerkstrukturen insbesondere zwischen Krankenhäusern der Schwerpunkt und Maximalversorgung einerseits und Krankenhäusern der Grund und Regelversorgung andererseits zu schaffen; im Rahmen der geförderten telemedizinischen Netzwerkstrukturen sind Dienste der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen nach § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu nutzen, sobald diese zur Verfügung stehen,	b) telemedizinische Netzwerkstrukturen insbesondere zwischen Krankenhäusern der Schwerpunkt und Maximalversorgung einschließlich der Hochschulkliniken einerseits und Krankenhäusern der Grund und Regelversorgung andererseits zu schaffen; im Rahmen der geförderten telemedizinischen Netzwerkstrukturen sind Dienste der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen nach § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu nutzen, sobald diese zur Verfügung stehen,
5. es die Bildung eines integrierten Notfallzentrums zum Gegenstand hat oder	5. u n v e r ä n d e r t
6. Ausbildungskapazitäten in mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a	6. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Buchstabe e bis g des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geschaffen oder erweitert werden.	
(2) Als Beginn der Umsetzung eines zu fördernden Vorhabens gilt der Abschluss eines der Ausführung zuzurechnenden Liefer-, Dienstleistungs- oder Werkvertrags. Im Fall von Baumaßnahmen gelten Planungen und Baugrunduntersuchungen nicht als Beginn des Vorhabens. Einzelne Vorhaben, die selbständige Abschnitte eines vor dem 1. Januar 2019 begonnenen Vorhabens darstellen, können gefördert werden, wenn sie nach dem 1. Januar 2019 begonnen werden und die Voraussetzungen des Absatzes 1 erfüllen.	(2) u n v e r ä n d e r t
(3) Nicht gefördert werden können Vorhaben nach Absatz 1 Nummer 1, wenn ein zeitlicher und örtlicher Zusammenhang mit dem Aufbau von Behandlungsplätzen oder der Neuaufnahme entsprechender Fachrichtungen an anderen Krankenhäusern besteht.	(3) u n v e r ä n d e r t
§ 12	§ 12
Förderungsfähige Kosten	Förderungsfähige Kosten
(1) Gefördert werden können	(1) Gefördert werden können
1. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 1 die Kosten für eine Verminderung der Zahl der krankenhauplanerisch festgesetzten Betten des Krankenhauses mit	1. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 1 die Kosten für eine Verminderung der Zahl der krankenhauplanerisch festgesetzten Betten des Krankenhauses mit
a) 1 500 Euro je Bett bei einer Verminderung um 11 bis 30 Betten,	a) 4 500 Euro je Bett bei einer Verminderung um 11 bis 30 Betten,
b) 2 000 Euro je Bett bei einer Verminderung um 31 bis 60 Betten,	b) 6 000 Euro je Bett bei einer Verminderung um 31 bis 60 Betten,
c) 2 750 Euro je Bett bei einer Verminderung um 61 bis 90 Betten,	c) 8 500 Euro je Bett bei einer Verminderung um 61 bis 90 Betten,
d) 4 000 Euro je Bett bei einer Verminderung um mehr als 90 Betten;	d) 12 000 Euro je Bett bei einer Verminderung um mehr als 90 Betten,
bei vollständiger Schließung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts die Kosten der Schließung,	höchstens jedoch jeweils in Höhe der tatsächlich entstehenden Kosten , bei vollständiger Schließung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts die Kosten der Schließung,
2. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2, 3 und 5 die Kosten für die Schließung eines	2. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses sowie die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen,	
3. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2, die die in § 11 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis c genannten Voraussetzungen nicht erfüllen, gilt Nummer 1 entsprechend; ist eine vollständige Schließung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts Bestandteil des Vorhabens, auch die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen,	3. un verändert
4. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 4 die Kosten für die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informations- oder kommunikationstechnischer Anlagen sowie die Kosten für die erforderlichen baulichen Maßnahmen; für bauliche Maßnahmen dürfen nur 10 Prozent der beantragten Fördermittel verwendet werden,	4. un verändert
5. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 6 die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen und die Kosten für die erstmalige Ausstattung der Ausbildungsstätten.	5. un verändert
(2) § 2 Absatz 1 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass auch die Kosten für die Aufrechterhaltung des Gebäude und Anlagenbetriebs nach Stilllegung akutstationärer Versorgungskapazitäten nicht förderungsfähig sind, soweit es sich nicht um unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen handelt.	(2) un verändert
(3) § 2 Absatz 3 und 4 gilt entsprechend.	(3) un verändert
§ 13	§ 13
Verwaltungsaufgaben des Bundesversicherungsamts	un verändert
(1) Das Bundesversicherungsamt veröffentlicht auf seiner Internetseite die nach § 12a Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf die einzelnen Länder entfallenden Anteile, die sich aus dem Königsteiner Schlüssel nach dem Stand vom 1. Oktober 2018 abzüglich des Betrags nach Absatz 2 ergeben, sowie den Betrag, der für die Förderung länderübergreifender Vorhaben zur Verfügung steht.	
(2) Das Bundesversicherungsamt schätzt bis zum Ende des ersten Quartals des Jahres 2019	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>die ihm bis zum 31. Dezember 2024 voraussichtlich entstehenden Aufwendungen nach § 12a Absatz 3 Satz 7 und 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie nach § 14 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und passt diese Schätzung jährlich an die tatsächlich entstandenen Ausgaben an.</p>	
<p>(3) Das Bundesversicherungsamt veröffentlicht auf seiner Internetseite jährlich bis zum 30. März eines Jahres folgende Kennzahlen zum Stand 31. Dezember des Vorjahres, erstmals zum Stand 31. Dezember 2019, ohne Bezug zu den geförderten Vorhaben:</p>	
<p>1. Zahl der gestellten Anträge insgesamt und differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben sowie Gegenstand der gestellten Anträge, differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben,</p>	
<p>2. die Höhe der beantragten Fördermittel insgesamt und differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben sowie</p>	
<p>3. die Höhe der bewilligten Fördermittel insgesamt und differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben.</p>	
<p>(4) Das Bundesversicherungsamt kann zum Zweck einer einheitlichen und wirtschaftlichen Durchführung des Förderverfahrens nähere Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens treffen und verlangen, dass die Unterlagen nach den §§ 14 und 17 in einem einheitlichen Format oder in einer maschinell auswertbaren Form übermittelt werden.</p>	
<p style="text-align: center;">§ 14</p>	<p style="text-align: center;">§ 14</p>
<p style="text-align: center;">Antragstellung</p>	<p style="text-align: center;">u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(1) Die Länder können bis zum 31. Dezember 2022 Anträge an das Bundesversicherungsamt auf Auszahlung von Fördermitteln nach § 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aus dem Strukturfonds stellen. Wird ein fristgemäß gestellter Antrag nach Fristablauf bestandskräftig abgelehnt oder zurückgenommen oder werden Fördermittel nach § 16 zurückgezahlt, kann das antragstellende Land, soweit sein Anteil nach § 13 Absatz 1 noch nicht ausgeschöpft ist, oder können die gemeinsam antragstellenden Länder, soweit</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
der Betrag nach § 13 Absatz 1, der für die Förderung länderübergreifender Vorhaben zur Verfügung steht, noch nicht ausgeschöpft ist, auch nach dem 31. Dezember 2022 Fördermittel beantragen.	
(2) Dem Antrag sind die in § 4 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, 2 und 7 genannten Unterlagen sowie darüber hinaus folgende Unterlagen beizufügen:	
1. die Erklärung zur Verpflichtung, die Voraussetzungen des § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einzuhalten,	
2. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 1 die Bestätigung, dass	
a) die stillgelegte Versorgungsfunktion durch Krankenhäuser in erreichbarer Nähe sichergestellt ist,	
b) der betroffene Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land auf Grund der Schließung nicht zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsfinanzierung verpflichtet ist,	
3. bei allen Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 die Bestätigung,	
a) dass die Konzentration von akutstationären Versorgungskapazitäten wettbewerbsrechtlich zulässig ist,	
b) der betroffene Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land auf Grund des Vorhabens nicht zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsfinanzierung verpflichtet ist,	
4. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a zusätzlich die Bestätigung, dass für die betroffenen akutstationären Versorgungskapazitäten Mindestmengen oder Mindestfallzahlen bestehen,	
5. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe b zusätzlich die Bestätigung, dass es sich bei den betroffenen akutstationären Versorgungskapazitäten um Versorgungseinrichtungen zur Behandlung seltener Erkrankungen handelt,	
6. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe c zusätzlich die Bestätigung, dass	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
die beteiligten Krankenhäuser eine dauerhafte Zusammenarbeit im Rahmen eines Krankenhausverbunds vereinbart haben,	
7. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b die Erklärung, dass die mit der Umwandlung beabsichtigte Nachfolgenutzung in Übereinstimmung mit den maßgeblichen rechtlichen Vorgaben steht,	
8. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe a die Bestätigung, dass die vorgesehenen Maßnahmen erforderlich sind, um die Informationstechnik des Krankenhauses an die Vorgaben von § 8a des BSI-Gesetzes anzupassen,	
9. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b die Bestätigung, dass die vorhandenen Dienste der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen nach § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genutzt werden, sobald diese zur Verfügung stehen,	
10. die Berechnung des Barwerts nach § 12 Absatz 3 in Verbindung mit § 2 Absatz 3 Satz 3 einschließlich einer Erläuterung der zu Grunde gelegten versicherungsmathematischen Annahmen, wenn ein förderfähiges Vorhaben durch Aufnahme eines Darlehens des Krankenhausträgers finanziert werden soll,	
11. bei länderübergreifenden Vorhaben zusätzlich die Erklärung,	
a) in welchem Umfang die beteiligten Länder jeweils die Kosten des Vorhabens nach § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes tragen,	
b) in welchem Verhältnis die Fördermittel an die beteiligten Länder ausbezahlt sind,	
c) in welchem Umfang die beteiligten Länder den ihnen zustehenden Anteil nach § 12a Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Anspruch nehmen und	
d) in welchem Umfang die beteiligten Länder jeweils zurückzuzahlende Beträge aufbringen würden.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 15	§ 15
Auszahlungsbescheide des Bundesversicherungsamts	u n v e r ä n d e r t
(1) Für die Auszahlungsbescheide des Bundesversicherungsamts gilt § 6 Absatz 1 entsprechend.	
(2) Die Bescheide sind mit einem Rückforderungsvorbehalt für den Fall zu versehen, dass die Voraussetzungen für eine Auszahlung der Fördermittel von Anfang an nicht bestanden haben oder nachträglich entfallen sind, der Finanzierungsanteil des Strukturfonds höher als 50 Prozent liegt, das Land nicht mindestens die Hälfte der Ko-Finanzierung nach § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringt, Beträge nicht zweckentsprechend verwendet worden sind, die Nachweise nach § 17 nicht oder nicht vollständig vorgelegt werden oder die Auswertung nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ergibt, dass die Verpflichtungen nach § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht eingehalten worden sind.	
(3) § 6 Absatz 3 und 4 gilt entsprechend.	
§ 16	§ 16
Rückforderung, Verzinsung und Bewirtschaftung von Fördermitteln	u n v e r ä n d e r t
(1) Das Bundesversicherungsamt macht Rückforderungsansprüche gegenüber den Ländern durch Bescheid geltend, soweit einer der in § 15 Absatz 2 genannten Sachverhalte eingetreten ist. Bei länderübergreifenden Vorhaben sind Rückforderungsansprüche nur gegenüber dem beteiligten Land geltend zu machen, bei dem der die Rückforderung begründende Sachverhalt eingetreten ist. Im Übrigen gilt § 7 Absatz 1 und 2 Satz 2 und 3 sowie Absatz 3 entsprechend.	
(2) Für die Bewirtschaftung der Fördermittel gilt § 9 entsprechend.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 17	§ 17
Auswertung der Wirkungen der Förderung	u n v e r ä n d e r t
<p>(1) Für die Auswertung der Wirkungen der Förderung übermitteln die zuständigen obersten Landesbehörden dem Bundesversicherungsamt sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zum 1. April eines Jahres, erstmals zum 1. April 2020, für die Vorhaben, für die das Bundesversicherungsamt Fördermittel bewilligt hat,</p>	
1. den Stand der Umsetzung und den voraussichtlichen Abschluss des Vorhabens,	
2. Zwischenergebnisse über die Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel oder die begründete Erklärung, dass eine entsprechende Zwischenprüfung nicht erfolgt,	
3. Angaben über die Höhe der ausgezahlten Mittel,	
4. aussagekräftige Unterlagen, aus denen sich ergibt, dass die Bestimmungen des § 12a Absatz 3 Satz 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, insbesondere die Verpflichtungen nach § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eingehalten worden sind und	
5. aussagekräftige Unterlagen zur Höhe des für die Krankenhäuser und die Länder jeweils entstehenden Erfüllungsaufwands.	
(2) Im Übrigen gilt § 8 Absatz 1 Satz 2 und 3 sowie Absatz 2 und 3 entsprechend.	
§ 18	§ 18
Beteiligung der privaten Krankenversicherung	u n v e r ä n d e r t
<p>Im Fall einer Beteiligung der privaten Krankenversicherung an der Förderung nach § 12a Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind diese Mittel dem Strukturfonds zuzuführen. Das Nähere über die Zahlung, Rückzahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils vereinbart das Bundesversicherungsamt mit dem Verband der privaten Krankenversicherungen.“</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 6	Artikel 6
Änderung des Infektionsschutzgesetzes	Änderung des Infektionsschutzgesetzes
Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. Dem § 16 wird folgender § 15a vorangestellt:
	„§ 15a
	Durchführung der infektionshygienischen und hygienischen Überwachung
	(1) Bei der Durchführung der folgenden infektionshygienischen oder hygienischen Überwachungen unterliegen Personen, die über Tatsachen Auskunft geben können, die für die jeweilige Überwachung von Bedeutung sind, den in Absatz 2 genannten Pflichten und haben die mit der jeweiligen Überwachung beauftragten Personen die in Absatz 3 genannten Befugnisse:
	1. infektionshygienische Überwachung durch das Gesundheitsamt nach § 23 Absatz 6 und 6a,
	2. infektionshygienische Überwachung durch das Gesundheitsamt nach § 36 Absatz 1 und 2,
	3. hygienische Überwachung durch das Gesundheitsamt nach § 37 Absatz 3 und
	4. infektionshygienische Überwachung durch die zuständige Behörde nach § 41 Absatz 1 Satz 2.
	(2) Personen, die über Tatsachen Auskunft geben können, die für die Überwachung von Bedeutung sind, sind verpflichtet, den mit der Überwachung beauftragten Personen auf Verlangen die erforderlichen Auskünfte insbesondere über den Betrieb und den Betriebsablauf einschließlich dessen Kontrolle zu erteilen und Unterlagen einschließlich dem tatsächlichen Stand entsprechende technische Pläne vorzulegen. Der Verpflichtete kann die Aus-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	kunft auf solche Fragen verweigern, deren Beantwortung ihn selbst oder einen der in § 52 Absatz 1 der Strafprozessordnung bezeichneten Angehörigen der Gefahr aussetzen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden; Entsprechendes gilt für die Vorlage von Unterlagen.
	(3) Die mit der Überwachung beauftragten Personen sind, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist, befugt,
	1. Betriebsgrundstücke, Betriebs- und Geschäftsräume, zum Betrieb gehörende Anlagen und Einrichtungen sowie Verkehrsmittel zu Betriebs- und Geschäftszeiten zu betreten und zu besichtigen,
	2. sonstige Grundstücke sowie Wohnräume tagsüber an Werktagen zu betreten und zu besichtigen,
	3. in die Bücher oder sonstigen Unterlagen Einsicht zu nehmen und hieraus Abschriften, Ablichtungen oder Auszüge anzufertigen,
	4. sonstige Gegenstände zu untersuchen oder
	5. Proben zur Untersuchung zu fordern oder zu entnehmen.
	Der Inhaber der tatsächlichen Gewalt ist verpflichtet, den Beauftragten der zuständigen Behörde oder des Gesundheitsamtes die Grundstücke, Räume, Anlagen, Einrichtungen und Verkehrsmittel sowie sonstigen Gegenstände zugänglich zu machen. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt.
	(4) Weitergehende Pflichten und Befugnisse, insbesondere unter den Voraussetzungen der §§ 16 oder 17 oder nach den Vorschriften des 5. Abschnitts, bleiben unberührt.“
1. § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 wird wie folgt gefasst:	2. § 23 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:
„7. Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Nummern 1 bis 6 genannten Einrichtungen vergleichbar	7. entfällt

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>sind, einschließlich Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden,“.</i>	
	aa) In Nummer 8 wird das Wort „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt.
	bb) In Nummer 9 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
	cc) Die folgenden Nummern 10 und 11 werden angefügt:
	„10. Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden und
	11. ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen.“
	b) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) In Nummer 6 wird das Wort „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt.
	bb) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
	cc) Folgende Nummer 8 wird angefügt:
	„8. ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen.“
	c) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 6a eingefügt:
	„(6a) Die infektionshygienische Überwachung von ambulanten Pflegediensten, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen, erstreckt sich auch auf Orte, an denen die Intensivpflege erbracht wird. Die ambulanten Pflegedienste haben dem Gesundheitsamt auf dessen Anforderung die Na-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	men und Kontaktdaten der von ihnen versorgten Personen und der vertretungsberechtigten Personen mitzuteilen.“
	d) Absatz 7 wird aufgehoben.
2. § 36 wird wie folgt geändert:	3. § 36 wird wie folgt geändert:
	a) Dem Absatz 1 Nummer 7 werden die Wörter „nicht unter § 23 Absatz 5 Satz 1 fallende“ vorangestellt.
	b) Absatz 3 wird aufgehoben.
a) In Absatz 4 Satz 3 werden nach dem Wort „Lunge“ die Wörter „oder auf andere von der obersten Landesgesundheitsbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle zugelassene Befunde“ eingefügt.	c) u n v e r ä n d e r t
b) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:	d) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:
<p>„(6) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung festzulegen, dass Personen, die nach dem 31. Dezember 2018 in die Bundesrepublik Deutschland eingereist sind und die <i>aufgrund</i> ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren, nach ihrer Einreise ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen haben, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen solcher schwerwiegender übertragbarer Krankheiten vorhanden sind, sofern dies zum Schutz der Bevölkerung vor einer Gefährdung durch schwerwiegende übertragbare Krankheiten erforderlich ist; § 34 Absatz 4 gilt entsprechend. Personen, die kein auf Grund der Rechtsverordnung erforderliches ärztliches Zeugnis vorlegen, sind verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf Ausschluss schwerwiegender übertragbarer Krankheiten im Sinne des Satzes 1 zu dulden; Absatz 5 Satz 5 gilt entsprechend. In der Rechtsverordnung nach Satz 1 ist zu bestimmen:</p>	<p>„(6) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung festzulegen, dass Personen, die nach dem 31. Dezember 2018 in die Bundesrepublik Deutschland eingereist sind und die auf Grund ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren, nach ihrer Einreise ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen haben, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen solcher schwerwiegender übertragbarer Krankheiten vorhanden sind, sofern dies zum Schutz der Bevölkerung vor einer Gefährdung durch schwerwiegende übertragbare Krankheiten erforderlich ist; § 34 Absatz 4 gilt entsprechend. Personen, die kein auf Grund der Rechtsverordnung erforderliches ärztliches Zeugnis vorlegen, sind verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf Ausschluss schwerwiegender übertragbarer Krankheiten im Sinne des Satzes 1 zu dulden; Absatz 5 Satz 5 gilt entsprechend. In der Rechtsverordnung nach Satz 1 ist zu bestimmen:</p>
1. das jeweils zugrunde liegende erhöhte Infektionsrisiko im Hinblick auf bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten,	1. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. die jeweils betroffenen Personengruppen unter Berücksichtigung ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation,	2. un verändert
3. Anforderungen an das ärztliche Zeugnis nach Satz 1 und zu der ärztlichen Untersuchung nach Satz 2 sowie	3. un verändert
4. die Frist, innerhalb der das ärztliche Zeugnis nach der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland vorzulegen ist.	4. un verändert
Das Robert Koch-Institut kann zu den Einzelheiten nach Satz 3 Nummer 1 Empfehlungen abgeben. Die Landesregierungen können die Ermächtigung nach Satz 1 durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen.“	Das Robert Koch-Institut kann zu den Einzelheiten nach Satz 3 Nummer 1 Empfehlungen abgeben. Die Landesregierungen können die Ermächtigung nach Satz 1 durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen.“
c) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 7.	e) un verändert
d) Nach Absatz 7 wird folgender Absatz 8 eingefügt:	f) Nach Absatz 7 wird folgender Absatz 8 eingefügt:
„(8) Die nach § 71 Absatz 1 Satz 1 des Aufenthaltsgesetzes zuständigen Behörden unterrichten unverzüglich die zuständigen Behörden über die Einreise der in der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Satz 1 oder in der Rechtsverordnung nach Absatz 7 Satz 1 genannten Personen. Hierzu werden Familienname, Geburtsname, Vornamen, Schreibweise der Namen nach deutschem Recht, Geburtsdatum, Geschlecht und Staatsangehörigkeiten sowie die Anschrift im Bundesgebiet übermittelt.“	„(8) Die mit der polizeilichen Kontrolle des grenzüberschreitenden Verkehrs beauftragten Behörden oder die nach § 71 Absatz 1 Satz 1 des Aufenthaltsgesetzes zuständigen Behörden unterrichten unverzüglich die zuständigen Behörden über die Einreise der in der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Satz 1 oder in der Rechtsverordnung nach Absatz 7 Satz 1 genannten Personen. Hierzu werden Familienname, Geburtsname, Vornamen, Schreibweise der Namen nach deutschem Recht, Geburtsdatum, Geschlecht und Staatsangehörigkeiten sowie die Anschrift im Bundesgebiet übermittelt. Zu diesem Zweck können die mit der polizeilichen Kontrolle des grenzüberschreitenden Verkehrs beauftragten Behörden die gemäß Satz 2 zu übermittelnden Daten bei den in der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Satz 1 oder in der Rechtsverordnung nach Absatz 7 Satz 1 genannten Personen erheben. “
e) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 9 und wie folgt gefasst:	g) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 9 und wird wie folgt gefasst:
„(9) Durch die Absätze 4 bis 7 wird das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.“	„(9) Durch die Absätze 4 bis 7 wird das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.“
	4. § 37 Absatz 3 Satz 2 und 3 wird aufgehoben.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	5. § 41 Absatz 1 Satz 3 bis 5 wird aufgehoben.
3. § 69 Absatz 1 Nummer 11 wird wie folgt gefasst:	6. un verändert
„11. Kosten für ärztliche Untersuchungen nach § 36 Absatz 5 bis 7.“	
4. In § 73 Absatz 1a Nummer 19 wird die Angabe „oder 3,“ durch die Wörter „oder Satz 3, Absatz 6 Satz 2 erster Halbsatz oder Absatz 7 Satz 2 erster Halbsatz“ ersetzt.	7. § 73 Absatz 1a wird wie folgt geändert:
	a) Die Nummern 3 bis 5 werden wie folgt gefasst:
	„3. entgegen § 15a Absatz 2 Satz 1, § 16 Absatz 2 Satz 3, auch in Verbindung mit § 25 Absatz 2 Satz 1 oder 2 zweiter Halbsatz oder einer Rechtsverordnung nach § 17 Absatz 4 Satz 1, oder entgegen § 29 Absatz 2 Satz 3, auch in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 32 Satz 1, eine Auskunft nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt,
	4. entgegen § 15a Absatz 2 Satz 1, § 16 Absatz 2 Satz 3, auch in Verbindung mit § 25 Absatz 2 Satz 1 oder 2 zweiter Halbsatz oder einer Rechtsverordnung nach § 17 Absatz 4 Satz 1, eine Unterlage nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt,
	5. entgegen § 15a Absatz 3 Satz 2, § 16 Absatz 2 Satz 2, auch in Verbindung mit § 25 Absatz 2 Satz 1 oder einer Rechtsverordnung nach § 17 Absatz 4 Satz 1, oder entgegen § 51 Satz 2 ein Grundstück, einen Raum, eine Anlage, eine Einrichtung, ein Verkehrsmittel oder einen sonstigen Gegenstand nicht zugänglich macht,“.
	b) In Nummer 19 wird die Angabe „oder 3“ durch die Wörter „oder Satz 3, Absatz 6 Satz 2 erster Halbsatz oder Absatz 7 Satz 2 erster Halbsatz“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 7	Artikel 7
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I. S. 3214) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I. S. 3214) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	0. Dem § 11 Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:
	„Ist bei stationärer Behandlung die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme in die stationäre Einrichtung jedoch nicht möglich, kann die Unterbringung der Begleitperson auch außerhalb des Krankenhauses oder der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erfolgen. Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art und Dauer der Leistungen für eine Unterbringung nach Satz 2 nach pflichtgemäßem Ermessen; die Kosten dieser Leistungen dürfen nicht höher sein als die für eine Mitaufnahme der Begleitperson in die stationäre Einrichtung nach Satz 1 anfallenden Kosten.“
1. § 20 Absatz 6 wird wie folgt geändert:	1. un verändert
a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:	
„Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sollen ab dem Jahr 2019 insgesamt für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 7,52 Euro umfassen.“	
b) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	
„Von diesem Betrag wenden die Krankenkassen für jeden ihrer Versicherten mindestens 2,15 Euro für Leistungen nach § 20a und mindestens 3,15 Euro für Leistungen nach § 20b auf. Von dem Betrag für Leistungen nach § 20b wenden die Krankenkassen für Leistungen nach § 20b, die in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und in Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
erbracht werden, für jeden ihrer Versicherten mindestens 1 Euro auf.“	
c) Im bisherigen Satz 4 wird die Angabe „1 und 2“ durch die Angabe „1 bis 3“ ersetzt.	
2. In § 20a Absatz 3 Satz 6 wird die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 5“ ersetzt.	2. un v e r ä n d e r t
3. § 20b Absatz 3 wird wie folgt geändert:	3. un v e r ä n d e r t
a) In Satz 1 wird nach dem Wort „Unternehmen“ ein Komma und werden die Wörter „insbesondere Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches,“ eingefügt.	
b) In Satz 3 werden nach dem Wort „Unternehmensorganisationen“ die Wörter „und die für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 oder der Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 oder 2 des Elften Buches auf Landesebene maßgeblichen Verbände“ eingefügt.	
c) In Satz 4 werden nach Wort „Unternehmensorganisationen“ die Wörter „und der für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 oder der Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 oder 2 des Elften Buches auf Landesebene maßgeblichen Verbände“ eingefügt.	
4. § 20d Absatz 3 wird wie folgt geändert:	4. un v e r ä n d e r t
a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Berichtspflichten“ die Wörter „erstmals zum 31. Dezember 2015“ gestrichen.	
b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:	
„Die Träger nach Absatz 1 vereinbaren auch gemeinsame Ziele zur Erhaltung und zur Förderung der Gesundheit und der Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches.“	
5. § 37 wird wie folgt geändert:	5. un v e r ä n d e r t
a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:	
„(2a) Zur pauschalen Abgeltung der Vergütungszuschläge der Pflegekassen nach § 8 Absatz 6 des Elften Buches leisten die Krankenkassen jährlich 640 Millionen Euro an	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt hierzu von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“	
b) Der bisherige Absatz 2a wird Absatz 2b.	
6. § 40 wird wie folgt geändert:	6. § 40 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	a) u n v e r ä n d e r t
„Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, so erbringt die Krankenkasse erforderliche stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. Für pflegende Angehörige erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation unabhängig davon, ob die Leistung nach Absatz 1 ausreicht. Die Krankenkasse kann für pflegende Angehörige diese stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht.“	
b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
aa) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:	aa) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:
„ <i>Im Fall ihrer stationären Rehabilitation haben pflegende Angehörige auch Anspruch auf die Versorgung des Pflegebedürftigen. Die Krankenkasse bewilligt und erbringt die Leistungen zur Versorgung des Pflegebedürftigen nach den Vorschriften des Elften Buches. Hierzu fordert die Krankenkasse von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen die notwendigen Unterlagen zur Feststellung der erforderlichen Leistungen an. Die Pflegekasse erstattet der Krankenkasse die Aufwendungen für die Leistungen nach Satz 3.</i> “	„ Bei einer stationären Rehabilitation haben pflegende Angehörige auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen. “

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) Im bisherigen Satz 3 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.	bb) Im bisherigen Satz 3 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.
cc) In den bisherigen Sätzen 7 und 8 wird die Angabe „Satz 6“ <i>jeweils</i> durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt.	cc) In den bisherigen Sätzen 7 und 8 wird jeweils die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 8“ ersetzt.
7. Dem § 60 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:	7. Dem § 60 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
„Für Krankenfahrten zur ambulanten <i>zahnärztlichen oder ambulant fachärztlichen</i> Behandlung gilt die Genehmigung nach Satz 4 als erteilt, wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:	„Für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung gilt die Genehmigung nach Satz 4 als erteilt, wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:
1. ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“,	1. u n v e r ä n d e r t
2. eine Einstufung gemäß § 15 des Elften Buches in den Pflegegrad 3, 4 oder 5, bei Einstufung in den Pflegegrad 3 zusätzlich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität, oder	2. u n v e r ä n d e r t
3. <i>eine den Nummern 1 und 2 vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität nach Maßgabe der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12.“</i>	3. bis zum 31. Dezember 2016 eine Einstufung in die Pflegestufe 2 gemäß § 15 des Elften Buches in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung und seit dem 1. Januar 2017 mindestens eine Einstufung in den Pflegegrad 3.“
8. § 87 wird wie folgt geändert:	8. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 2a Satz 17 bis 20 wird wie folgt gefasst:	
„Mit Wirkung zum 1. April 2019 ist durch den Bewertungsausschuss eine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu treffen, nach der Videosprechstunden in einem weiten Umfang ermöglicht werden. Die im Hinblick auf Videosprechstunden bisher enthaltene Vorgabe von Krankheitsbildern im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen entfällt. Bei der Anpassung sind die Besonderheiten in der Versorgung von Pflegebedürftigen durch Zuschläge und die Besonderheiten in der psychotherapeutischen Versorgung zu berücksichtigen. Die Anpassung erfolgt auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 291g.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) Nach Absatz 2j wird folgender Absatz 2k eingefügt:	
<p>„(2k) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen sind Videosprechstundenleistungen vorzusehen für die Untersuchung und Behandlung von den in Absatz 2i genannten Versicherten und von Versicherten, an denen zahnärztliche Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 119b Absatz 1 erbracht werden. Die Videosprechstundenleistungen nach Satz 1 können auch Fallkonferenzen mit dem Pflegepersonal zum Gegenstand haben. § 71 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Anpassung erfolgt auf Grundlage der Vereinbarung nach § 291g.“</p>	
	8a. Dem § 109 wird folgender Absatz 5 angefügt:
	<p>„(5) Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen und Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen verjähren in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie entstanden sind. Dies gilt auch für Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden sind. Satz 1 gilt nicht für Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden sind. Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs entsprechend.“</p>
9. § 119b wird wie folgt geändert:	9. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 wird das Wort „sollen“ durch das Wort „haben“ ersetzt und wird nach dem Wort „Leistungserbringern“ das Wort „zu“ eingefügt.	
bb) In Satz 2 werden nach der Angabe „Satz 1“ die Wörter „innerhalb von drei Monaten“ eingefügt.	
cc) Folgender Satz wird angefügt:	
<p>„Stationäre Pflegeeinrichtungen benennen eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit mit den vertragsärztlichen Leistungserbringern im Rahmen der Verträge nach Satz 1.“</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>b) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 2a und 2b eingefügt:</p>	
<p>„(2a) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 haben erstmals bis zum 30. Juni 2019 im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene verbindliche Anforderungen für die Informations- und Kommunikationstechnik zum elektronischen Datenaustausch im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern nach Absatz 1 Satz 1 zu vereinbaren. In der Vereinbarung können auf Verlangen der für die Interessensvertretung maßgeblichen Verbände auf Bundesebene auch technische Anforderungen an den elektronischen Datenaustausch mit ambulanten Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern, Apotheken sowie mit Heil und Hilfsmittelerbringern berücksichtigt werden. Sobald die Dienste der Telematikinfrastruktur nach § 291a für den Bereich der Altenpflege zur Verfügung stehen, sollen sie in der Vereinbarung berücksichtigt werden.“</p>	
<p>(2b) Telemedizinische Dienste, insbesondere Videosprechstunden sollen im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern nach Absatz 1 Satz 1 Verwendung finden.“</p>	
<p>c) Dem Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:</p>	
<p>„Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen evaluieren auf Grundlage einer von ihnen zu treffenden Vereinbarung die mit den Kooperationsverträgen nach Absatz 1 verbundenen Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen. Über die Ergebnisse berichten sie der Bundesregierung im Abstand von drei Jahren, erstmals bis zum 30. Juni 2019.“</p>	
	<p>10. § 132a wird wie folgt geändert:</p>
<p>10. In § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 werden nach dem Wort „Arbeitsentgelte“ die Wörter „sowie erstmals bis zum 30. Juni 2019 Grundsätze für die</p>	<p>a) In Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 werden nach dem Wort „Arbeitsentgelte“ die Wörter „sowie erstmals bis zum 30. Juni 2019 Grund-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Vergütung von längeren Wegezeiten in <i>unterversorgten</i> ländlichen Räumen durch Zuschläge unter Einbezug der ambulanten Pflege nach dem Elften Buch“ eingefügt.	sätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, durch Zuschläge unter Einbezug der ambulanten Pflege nach dem Elften Buch“ eingefügt.
	b) Nach Absatz 4 Satz 6 werden die folgenden Sätze eingefügt:
	„Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden; insoweit gilt § 71 nicht. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten nach Satz 6 jederzeit einzuhalten und sie auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen.“
	10a. § 132d wird wie folgt geändert:
	a) Die Absätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:
	„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Absatz 3 erstmals bis zum 30. September 2019 einen einheitlichen Rahmenvertrag über die Durchführung der Leistungen nach § 37b. Den besonderen Belangen von Kindern ist durch einen gesonderten Rahmenvertrag Rechnung zu tragen. In den Rahmenverträgen sind die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die wesentlichen Elemente der Vergütung festzulegen. Der deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigung der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Rahmenverträge sind in geeigneter Form öffentlich bekannt zu machen. Personen oder Einrichtungen, die die in den Rahmenverträgen festgelegten Voraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf Abschluss eines zur Versorgung berechtigenden Vertrages

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>mit den Krankenkassen einzeln oder gemeinsam nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Satz 1 oder Satz 2 und unter Wahrung des Gleichbehandlungsgrundsatzes. In dem Vertrag nach Satz 6 werden die Einzelheiten der Versorgung festgelegt. Dabei sind die regionalen Besonderheiten angemessen zu berücksichtigen.</p>
	<p>(2) Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt der Verträge nach Absatz 1 durch eine von den jeweiligen Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese im Fall der Rahmenverträge nach Absatz 1 Satz 1 oder Satz 2 vom Bundesversicherungsamt und im Fall der Verträge nach Absatz 1 Satz 6 von der für die vertragschließenden Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung.“</p>
	<p>b) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „Empfehlungen nach Absatz 2“ durch die Wörter „Rahmenverträgen nach Absatz 1“ ersetzt.</p>
	<p>10b. Dem § 136c werden die folgenden Absätze 5 und 6 angefügt:</p>
	<p>„(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember 2019 Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die besonderen Aufgaben können sich insbesondere ergeben aus</p>
	<p>a) einer überörtlichen und krankenhaushübergreifenden Aufgabenwahrnehmung,</p>
	<p>b) der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für Seltene Erkrankungen, oder</p>
	<p>c) der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>Zu gewährleisten ist, dass es sich nicht um Aufgaben handelt, die bereits durch Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder nach den Regelungen dieses Buches finanziert werden. § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt. Soweit dies für die Erfüllung der besonderen Aufgaben erforderlich ist, sind zu erfüllende Qualitätsanforderungen festzulegen, insbesondere Vorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zu einzuhaltenden Mindestfallzahlen oder zur Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen. Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen.</p>
	<p>(6) Für Beschlüsse nach den Absätzen 1 bis 5 gilt § 94 entsprechend.“</p>
<p>11. In § 137i Absatz 6 Satz 1 wird nach den Wörtern „Absatz 1 Satz 1“ ein Komma und werden die Wörter „letztmalig für das Jahr 2019,“ eingefügt.</p>	<p>11. § 137i wird wie folgt geändert:</p>
	<p>a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p>
	<p>aa) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:</p>
	<p>„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft überprüfen bis zum 31. August 2019 im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung die in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen und vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung mit Wirkung zum 1. Januar 2020 eine Weiterentwicklung der in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern sowie der zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen. Darüber hinaus</p>
	<p>1. vereinbaren sie im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 31. August 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020 Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	für alle gemäß § 108 zugelassenen Krankenhäuser für die pflegesensitiven Bereiche der Neurologie und Herzchirurgie,
	<p>2. legen sie im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 1. Januar eines Jahres, erstmals bis zum 1. Januar 2020, weitere pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern fest, für die sie Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für alle gemäß § 108 zugelassenen Krankenhäuser bis zum 31. August des jeweils selben Jahres mit Wirkung für das Folgejahr, erstmals bis zum 31. August 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2021, im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbaren.</p>
	<p>Für jeden pflegesensitiven Bereich im Krankenhaus sind die Pflegepersonaluntergrenzen nach den Sätzen 1 und 2 differenziert nach Schweregradgruppen nach dem jeweiligen Pflegeaufwand, der sich nach dem vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus entwickelten Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand bestimmt, festzulegen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat den Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand zum Zweck der Weiterentwicklung und Differenzierung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern jährlich zu aktualisieren.“</p>
	<p>bb) Im neuen Satz 10 wird das Wort „Vergütungsabschlägen“ durch die Wörter „Sanktionen nach Absatz 5“ ersetzt.</p>
	<p>cc) Im neuen Satz 13 werden die Wörter „Vergütungsabschläge nach Satz 7“ durch die Wörter „Sanktionen nach Satz 10“ und wird die Angabe „30. Juni 2018“ durch die Angabe „31. Januar 2019“ ersetzt.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 werden die Wörter „den in den Sätzen 4 bis 6 vorgesehenen Verfahrensschritten“ durch die Wörter „dem in Satz 4 vorgesehenen Verfahrensschritt“ ersetzt.
	bb) Die Sätze 4 und 6 werden aufgehoben.
	cc) Im bisherigen Satz 5 wird das Wort „Sie“ durch die Wörter „Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1“ ersetzt, werden die Wörter „oder die Erreichung der konkreten Zeitziele des Zeitplans“ gestrichen und wird nach dem Wort „gefährdet“ das Wort „sind“ durch das Wort „ist“ ersetzt.
	c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 1 wird aufgehoben.
	bb) Der neue Satz 1 wird wie folgt gefasst:
	„Das Bundesministerium für Gesundheit kann auf Kosten der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 Datenerhebungen oder Auswertungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen.“
	cc) Der neue Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
	„Wird das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus beauftragt, sind die notwendigen Aufwendungen des Instituts aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren. Für die Aufgaben, die dem Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus nach der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung und nach dieser Vorschrift übertragen sind, gilt das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus als von den Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragt. Die notwendigen Aufwendungen des Insti-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>tuts für die Erfüllung dieser Ausgaben sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren, der entsprechend zu erhöhen ist. Für die Aufwendungen des Instituts nach § 137a gilt § 137a Absatz 4 Satz 3 entsprechend.“</p>
	<p>d) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:</p>
	<p>„(3a) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet spätestens bis zum 31. Januar 2019 ein Konzept zur Abfrage und Übermittlung von Daten, die für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen im Sinne des Absatzes 1 als Datengrundlage erforderlich sind. Soweit für die Herstellung der Datengrundlage nicht Daten aller Krankenhäuser erforderlich sind, legt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus in dem Konzept nach Satz 1 auch die Auswahl der Krankenhäuser und die von ihnen zu übermittelnden Daten fest. Die für die Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen erforderlichen Daten, die von den Krankenhäusern nicht bereits nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt werden, sind erstmals spätestens bis zum 31. Mai 2019 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf maschinenlesbaren Datenträgern zu übermitteln. Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren Pauschalen, mit denen der Aufwand, der bei den ausgewählten Krankenhäusern bei der Übermittlung der Daten nach Satz 2 entsteht, abgegolten wird. Die Pauschalen sollen in Abhängigkeit von Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze gezahlt werden. Die Pauschalen nach Satz 4 sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren, der entsprechend zu erhöhen ist. Das Institut bereitet diese Daten in einer Form auf, die eine stations- und schichtbezogene sowie eine nach dem Pflegeaufwand gemäß Absatz 1</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Satz 3 entsprechend differenzierte Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen ermöglicht, und stellt sie für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen im Sinne des Absatzes 1 zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 zur Verfügung.“
	e) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
	aa) In den Sätzen 1 und 4 werden jeweils die Wörter „Personalgruppen und“ gestrichen.
	bb) In Satz 5 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 8“ ersetzt.
	cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:
	„Die Krankenhäuser teilen zusätzlich den jeweiligen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einmal je Quartal die Anzahl der Schichten mit, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung oder nach den Vorgaben einer Vereinbarung der Vertragsparteien nach Absatz 1 nicht eingehalten worden sind. Die Mitteilung muss spätestens bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Beginn des folgenden Quartals, aufgeschlüsselt nach Monaten und nach der Art der Schicht, erfolgen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 und den jeweils zuständigen Landesbehörden einmal je Quartal eine Zusammenstellung der Angaben nach Satz 6.“
	f) Nach Absatz 4 werden die folgenden Absätze 4a bis 4c eingefügt:
	„(4a) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht bis zum 15. Februar eines Jahres, erstmals zum 15. Februar 2019, auf seiner Internetseite für jedes Krankenhaus unter Nennung des Namens und des Institutions-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	kennzeichens des jeweiligen Krankenhauses und soweit möglich für jeden Standort eines Krankenhauses gesondert
	1. die Angaben der Krankenhäuser über die pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern, die diese auf Grund der in § 5 Absatz 3 und 4 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung oder in einer Vereinbarung der Vertragsparteien nach Absatz 1 übermittelt haben,
	2. die jeweils geltenden Pflegepersonaluntergrenzen und
	3. den auf der Grundlage des Katalogs zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand ermittelten Pflegeaufwand in den pflegesensitiven Bereichen in den Krankenhäusern.
	Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist.
	(4b) Für Krankenhäuser, die ihre nach § 5 Absatz 3 und 4 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung oder in einer Vereinbarung der Vertragsparteien nach Absatz 1 festgelegten Mitteilungspflichten nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen, ist durch die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes ein Vergütungsabschlag zu vereinbaren.
	(4c) Widerspruch und Klage gegen die Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern und gegen die für die pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen haben keine aufschiebende Wirkung.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	g) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:
	<p>„(5) Hält ein Krankenhaus die nach Absatz 1 oder in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen nicht ein, ohne dass ein nach Absatz 1 Satz 9 oder in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung bestimmter Ausnahmetatbestand vorliegt oder die Voraussetzungen einer nach Absatz 1 Satz 9 oder in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung bestimmten Übergangsregelung erfüllt sind, haben die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes ab dem 1. April 2019 entsprechend der Bestimmung nach Absatz 1 Satz 10 Sanktionen in Form von Vergütungsabschlägen oder einer Verringerung der Fallzahl zu vereinbaren. Verringerungen der Fallzahl sind mindestens in dem Umfang zu vereinbaren, der erforderlich ist, um die Unterschreitung der jeweiligen Pflegepersonaluntergrenze auszugleichen. Vergütungsabschläge sind in einer Höhe zu vereinbaren, die in einem angemessenen Verhältnis zum Grad der Nichteinhaltung der jeweiligen Pflegepersonaluntergrenze steht. Die in Satz 1 genannten Sanktionen können durch die Vereinbarung von Maßnahmen ergänzt werden, die das Krankenhaus zur Gewinnung zusätzlichen Pflegepersonals zu ergreifen hat. In begründeten Ausnahmefällen können die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbaren, dass bereits vereinbarte Sanktionen ausgesetzt werden.“</p>
	h) In Absatz 6 Satz 1 wird nach den Wörtern „Absatz 1 Satz 1“ ein Komma und werden die Wörter „nur für das Jahr 2019,“ eingefügt.
12. Nach § 137i wird folgender § 137j eingefügt:	12. Nach § 137i wird folgender § 137j eingefügt:
„§ 137j	„§ 137j
Pflegepersonalquotienten, Verordnungsermächtigung	Pflegepersonalquotienten, Verordnungsermächtigung
(1) Zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser und Sicherung der	(1) Zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser und Sicherung der

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>pflegerischen Versorgungsqualität ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jährlich, erstmals zum 31. Mai 2020 für jedes nach § 108 zugelassene Krankenhaus einen Pflegepersonalquotienten, der das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte <i>im Pflegedienst</i> zu dem Pflegeaufwand eines Krankenhauses beschreibt. Für die Zahl der Vollzeitkräfte <i>im Pflegedienst</i> sind die dem Institut nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten zu Grunde zu legen, mit Ausnahme der den Mindestvorgaben zu Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 unterfallenden Vollzeitkräfte <i>im Pflegedienst</i>. Für die Ermittlung des Pflegeaufwands erstellt das Institut bis zum 31. Mai 2020 einen Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands, mit dem für die Entgelte nach § 17b Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes tagesbezogen die durchschnittlichen pflegerischen Leistungen abbildbar sind. Das Institut aktualisiert den Katalog jährlich und veröffentlicht ihn auf seiner Internetseite. Für die Ermittlung des Pflegeaufwands ermittelt das Institut auf der Grundlage dieses Katalogs aus den ihm nach § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten für <i>jedes Krankenhaus</i> die Summe seiner Bewertungsrelationen. Das Institut übermittelt eine vergleichende Zusammenstellung der Pflegepersonalquotienten der einzelnen Krankenhäuser nach Satz 1 an das Bundesministerium für Gesundheit sowie an die Vertragsparteien nach § 9 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die Vertragsparteien nach § 9 des Krankenhausentgeltgesetzes leiten die Zusammenstellung an die betroffenen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und an die jeweils zuständigen Landesbehörden weiter.</p>	<p>pflegerischen Versorgungsqualität ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jährlich, erstmals zum 31. Mai 2020 für jedes nach § 108 zugelassene Krankenhaus einen Pflegepersonalquotienten, der das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zu dem Pflegeaufwand eines Krankenhauses beschreibt. Der Pflegepersonalquotient ist für jeden Standort eines Krankenhauses zu ermitteln. Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist. Für die Zahl der in Satz 1 genannten Vollzeitkräfte sind die dem Institut nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten zu Grunde zu legen, mit Ausnahme der den Mindestvorgaben zu Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 unterfallenden Vollzeitkräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Für die Ermittlung des Pflegeaufwands erstellt das Institut bis zum 31. Mai 2020 einen Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands, mit dem für die Entgelte nach § 17b Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes tagesbezogen die durchschnittlichen pflegerischen Leistungen abbildbar sind. Das Institut aktualisiert den Katalog jährlich und veröffentlicht ihn auf seiner Internetseite. Für die Ermittlung des Pflegeaufwands ermittelt das Institut auf der Grundlage dieses Katalogs aus den ihm nach § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten für jeden Standort eines Krankenhauses die Summe seiner Bewertungsrelationen. Das Institut übermittelt eine vergleichende Zusammenstellung der Pflegepersonalquotienten der einzelnen Krankenhäuser nach Satz 1 an das Bundesministerium für Gesundheit sowie an die Vertragsparteien nach § 9 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die Vertragsparteien nach § 9 des Krankenhausentgeltgesetzes leiten die Zusammenstellung an die betroffenen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und an die jeweils zuständigen Landesbehörden weiter.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, auf der Grundlage der durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Absatz 1 ermittelten Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand festzulegen, bei der widerlegbar vermutet wird, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist. <i>Die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes haben erstmals für das Budgetjahr 2020 Sanktionen für den Fall zu vereinbaren, dass ein Krankenhaus die festgelegte Untergrenze unterschreitet. Die Rechtsverordnung nach Satz 1 regelt das Nähere</i></p>	<p>(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, auf der Grundlage der durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Absatz 1 ermittelten Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand festzulegen, bei der widerlegbar vermutet wird, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist. Für den Fall, dass der Pflegepersonalquotient eines Krankenhauses die in der Rechtsverordnung nach Satz 1 festgelegte Untergrenze unterschreitet, vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die Vertragspartner nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes die Höhe und nähere Ausgestaltung der Sanktionen nach Absatz 2a. Kommt eine Vereinbarung über die Sanktionen nach Satz 2 bis zum 30. Juni 2019 nicht zustande, trifft die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei nach Satz 2 innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen. Die Rechtsverordnung nach Satz 1 regelt das Nähere</p>
<p>1. zur Festlegung der Untergrenze, die durch den Pflegepersonalquotienten eines Krankenhauses nicht unterschritten werden darf,</p>	<p>1. zur Festlegung der Untergrenze, die durch den Pflegepersonalquotienten eines Krankenhauses nicht unterschritten werden darf und</p>
<p>2. <i>zu den für das Budgetjahr 2020 nach Satz 2 von den Vertragspartnern nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbarenden Sanktionen; dabei kann auch ein stufenweiser Eintritt der Sanktionen vorgesehen werden,</i></p>	<p>2. entfällt</p>
<p>3. zur Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser.</p>	<p>2. unverändert</p>
<p>Das Bundesministerium für Gesundheit prüft spätestens nach Ablauf von drei Jahren die Notwendigkeit einer Anpassung der Untergrenze. In der Rechtsverordnung nach Satz 1 kann auch geregelt werden, dass die nach Satz 2 von den Vertragspartnern nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Sanktionen vorübergehend aus-</p>	<p>Das Bundesministerium für Gesundheit prüft spätestens nach Ablauf von drei Jahren die Notwendigkeit einer Anpassung der Untergrenze. In der Rechtsverordnung nach Satz 1 kann auch geregelt werden, dass die nach Satz 2 von den Vertragspartnern nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Sanktionen vorübergehend ausgesetzt werden.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>gesetzt werden. <i>Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 bleiben unberührt.</i></p>	
	<p>(2a) Unterschreitet der Pflegepersonalquotient eines Krankenhauses die in der Rechtsverordnung nach Absatz 2 Satz 1 festgelegte Untergrenze, haben die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 2 erstmals für das Budgetjahr 2020 Sanktionen in Form von Vergütungsabschlägen oder einer Verringerung der Fallzahl zu vereinbaren. Verringerungen der Fallzahl sind mindestens in dem Umfang zu vereinbaren, der erforderlich ist, um die Unterschreitung des Pflegepersonalquotienten auszugleichen. Vergütungsabschläge sind in einer Höhe zu vereinbaren, die in einem angemessenen Verhältnis zum Grad der Unterschreitung steht. Die in Satz 1 genannten Sanktionen können durch die Vereinbarung von Maßnahmen ergänzt werden, die das Krankenhaus zur Gewinnung zusätzlichen Pflegepersonals zu ergreifen hat. In begründeten Ausnahmefällen können die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbaren, dass bereits vereinbarte Sanktionen vorübergehend ausgesetzt werden.</p>
<p>(3) Für die Aufgaben nach Absatz 1 gilt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus als von den Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragt. Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für die Erfüllung dieser Aufgaben sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren.“</p>	<p>(3) Für die Aufgaben nach Absatz 1 gilt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus als von den Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragt. Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für die Erfüllung dieser Aufgaben sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren, der erforderlichenfalls entsprechend zu erhöhen ist.“</p>
<p>13. § 221 Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p>	<p>13. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>a) In Satz 1 Nummer 2 wird das Semikolon und werden die Wörter „solange der Anteil noch nicht feststeht, ist er vorläufig auf 1 Million Euro für das Haushaltsjahr festzulegen“ gestrichen.</p>	
<p>b) Die folgenden Sätze werden angefügt:</p>	
<p>„Der auf die landwirtschaftliche Krankenkasse nach Satz 1 Nummer 2 entfallende Anteil an den Mitteln für den Strukturfonds</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird nach Vorliegen der Geschäfts und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für das abgelaufene Kalenderjahr festgesetzt und mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse abgerechnet. Solange der Anteil noch nicht feststeht, kann das Bundesversicherungsamt einen vorläufigen Betrag festsetzen. Das Nähere zur Festsetzung des Betrags und zur Abrechnung mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse bestimmt das Bundesversicherungsamt.“	
14. § 271 Absatz 2 Satz 6 wird wie folgt gefasst:	14. § 271 Absatz 2 Satz 7 wird wie folgt gefasst:
„Zur Finanzierung der Fördermittel nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden dem Strukturfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2016 Finanzmittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro und in den Jahren 2019 bis 2022 Finanzmittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro jährlich, jeweils abzüglich des anteiligen Betrags der landwirtschaftlichen Krankenkassen gemäß § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und Satz 5 und 6 zugeführt, soweit die Fördermittel von den Ländern nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerufen werden.“	u n v e r ä n d e r t
15. In 275b Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „Die Landesverbände der Krankenkassen“ die Wörter „und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich“ eingefügt.	15. u n v e r ä n d e r t
	15a. § 291 Absatz 2b wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 14 wird die Angabe „1. Juli 2018“ durch die Angabe „1. Januar 2019“ ersetzt.
	b) Die folgenden Sätze werden angefügt:
	„Von der Kürzung nach Satz 14 ist bis zum 30. Juni 2019 abzusehen, wenn der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt oder Zahnarzt oder die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Einrichtung gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachweist, bereits vor dem 1. April 2019 die Anschaffung der für die Prüfung nach Satz 3 erforderlichen Ausstattung vertraglich vereinbart zu haben. Die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Ärzte, die in einem

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Krankenhaus tätig sind, ermächtigte Krankenhäuser und die nach § 75 Absatz 1b Satz 3 auf Grund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogenen zugelassenen Krankenhäuser sind von der Kürzung nach Satz 14 bis zum 31. Dezember 2019 ausgenommen.“
16. Dem § 291g wird folgender Absatz 5 angefügt:	16. un verändert
„(5) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren die Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden gemäß § 87 Absatz 2k. Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Vereinbarung bis zum 30. September 2019 zu treffen ist.“	
	16a. Dem § 295 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
	„Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information kann bei Auslegungsfragen zu den Diagnoseschlüsseln nach Satz 2 und den Prozedureschlüsseln nach Satz 4 Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vornehmen, soweit diese nicht zu erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führen.“
17. § 301 wird wie folgt geändert:	17. § 301 wird wie folgt geändert:
	a0) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
	„Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information kann bei Auslegungsfragen zu den Diagnoseschlüsseln nach Satz 1 und den Prozedureschlüsseln nach Satz 2 Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vornehmen, soweit diese nicht zu erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führen.“
a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:	a) un verändert
„(2a) Die Krankenkassen haben den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern einen bestehenden Pflegegrad gemäß § 15 des	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Elften Buches eines Patienten oder einer Patientin unverzüglich zu übermitteln, sobald ihnen das Krankenhaus anzeigt, dass es den Patienten oder die Patientin zur Behandlung aufgenommen hat. Während des Krankenhausaufenthaltes eines Patienten oder einer Patientin haben die Krankenkassen dem Krankenhaus Änderungen eines bestehenden Pflegegrades des Patienten oder der Patientin sowie beantragte Einstufungen in einen Pflegegrad durch einen Patienten oder eine Patientin zu übermitteln. Die Übermittlung nach den Sätzen 1 und 2 hat im Wege elektronischer Datenübertragung zu erfolgen.“</p>	
<p>b) In Absatz 3 werden nach dem Wort „Datenträgern“ die Wörter „sowie das Nähere zum Verfahren und zu den Zeitabständen der Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragungen nach Absatz 2a“ eingefügt.</p>	<p>b) u n v e r ä n d e r t</p>
	<p>18. In § 324 Satz 2 wird die Angabe „31. März 2019“ durch die Angabe „31. März 2020“ ersetzt.</p>
	<p>19. § 324 wird aufgehoben.</p>
	<p>20. Folgender § 325 wird angefügt:</p>
	<p style="text-align: center;">„§ 325</p>
	<p style="text-align: center;">Übergangsregelung zur Neuregelung der Verjährungsfrist für die Ansprüche von Krankenhäusern und Krankenkassen</p>
	<p style="text-align: center;">Die Geltendmachung von Ansprüchen der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen ist ausgeschlossen, soweit diese vor dem 1. Januar 2017 entstanden sind und bis zum ... [einfügen: Tag der 2./3. Lesung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes] nicht gerichtlich geltend gemacht wurden.“</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 8	Artikel 8
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	u n v e r ä n d e r t
Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8c des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. § 8 Absatz 10 wird wie folgt geändert:	
a) Die Sätze 3 und 4 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:	
<p>„Die jährliche Fördersumme für das Krankenhaus ist von den Vertragsparteien nach § 11 zu ermitteln, indem der Anteil der Personalkosten des Krankenhauses für das Pflegepersonal an den Personalkosten für das Pflegepersonal aller Krankenhäuser im Anwendungsbereich dieses Gesetzes errechnet wird und dieser krankenhausesindividuelle Anteil auf die jährlich bundesweit zur Verfügung stehende Fördersumme von 500 Millionen Euro bezogen wird. Grundlage für die Personalkosten für das Pflegepersonal aller Krankenhäuser nach Satz 3 sind jeweils die vom Statistischen Bundesamt in der Fachserie 12 Reihe 6.1 ausgewiesenen Vollzeitstellen in der Pflege mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus. Von diesen Vollzeitstellen sind die ausgewiesenen Vollzeitstellen in Einrichtungen der Psychiatrie und der Psychosomatik sowie in Krankenhäusern ohne Versorgungsvertrag abzuziehen. Die nach den Sätzen 4 und 5 ermittelte Zahl der Vollzeitstellen ist zu multiplizieren mit den in der Fachserie 12 Reihe 6.3 ausgewiesenen bundesdurchschnittlichen Kosten pro Pflegekraft jeweils für das Jahr, das zwei Jahre vor dem Jahr liegt, in dem der Pflegezuschlag für das Folgejahr zu vereinbaren ist. Grundlage für die Personalkosten für Pflegepersonal des einzelnen Krankenhauses sind die Vollzeitstellen in der Pflege mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus, die für dasselbe Jahr vom Krankenhaus an das Statistische Landesamt übermittelt wurden und die Eingang in die Statistik gefunden haben. Von diesen Vollzeitstellen</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
sind die ausgewiesenen Vollzeitstellen in seinen Fachabteilungen der Psychiatrie und der Psychosomatik abzuziehen. Die nach den Sätzen 7 und 8 ermittelte Zahl der Vollzeitstellen ist zu multiplizieren mit den in der Fachserie 12 Reihe 6.3 ausgewiesenen durchschnittlichen Kosten pro Pflegekraft im jeweiligen Land.“	
b) Der neue Satz 10 wird aufgehoben.	
c) Folgender Satz wird angefügt:	
„Der Pflegezuschlag ist bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die vor dem 1. Januar 2020 zur vollstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden.“	
2. § 10 wird wie folgt geändert:	
a) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Nummer 6 werden nach der Angabe „3c“ die Wörter „sowie Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung“ eingefügt.	
bb) In Nummer 7 werden die Wörter „Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung und die“ gestrichen.	
b) In Absatz 8 Satz 7 werden im zweiten Halbsatz die Wörter „Zuschlägen für die Teilnahme an der Notfallversorgung und“ gestrichen.	
Artikel 9	Artikel 9
Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Nach § 3 Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:	1. u n v e r ä n d e r t
„3a. ein Pflegebudget nach § 6a,“.	
2. § 4 wird wie folgt geändert:	2. § 4 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2a wird aufgehoben.	a) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) Der bisherige Absatz 2b wird Absatz 2a und wie folgt geändert:	b) <code>u n v e r ä n d e r t</code>
aa) In Satz 1 werden die Wörter „erstmals für das Jahr 2017, der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13 anzuwenden“ durch die Wörter „ein jeweils für drei Jahre zu erhebender Vergütungsabschlag von 35 Prozent (Fixkostendegressionsabschlag) anzuwenden“ ersetzt.	
bb) Satz 2 wird aufgehoben.	
cc) In den bisherigen Sätzen 3 und 4 werden die Wörter „oder Satz 2“ jeweils gestrichen.	
dd) Der bisherige Satz 7 wird aufgehoben.	
ee) Im bisherigen Satz 8 werden die Wörter „darüber hinaus“ gestrichen.	
ff) Der bisherige Satz 9 wird aufgehoben.	
c) Absatz 4 Satz 2 wird aufgehoben.	c) <code>u n v e r ä n d e r t</code>
d) Absatz 8 wird wie folgt geändert:	d) <code>u n v e r ä n d e r t</code>
aa) In Satz 1 werden die Wörter „2016 bis 2018 zu 90 Prozent finanziell gefördert“ durch die Wörter „ab dem Jahr 2019 vollständig finanziert“ ersetzt.	
bb) Die Sätze 2 bis 4 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:	
„Dazu vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 jährlich einen zusätzlichen Betrag. Wurde für Kalenderjahre ab dem Jahr 2016 bereits ein Betrag vereinbart, wird dieser um einen für das Folgejahr neu vereinbarten Betrag kumulativ erhöht, soweit zusätzliche Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen vereinbart werden.“	
cc) Im neuen Satz 4 werden die Wörter „zum Bestand der entsprechend umgerechneten Vollkräfte am 1. Januar 2015“ durch die Wörter „zu dem zum 31. Dezember 2018 festgestellten jahresdurchschnittlichen Bestand umgerechneter Vollzeitkräfte“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
dd) Im neuen Satz 5 werden die Wörter „Sätzen 2 bis 5“ durch die Wörter „Sätzen 2 bis 4“ ersetzt.	
ee) Der neue Satz 8 wird wie folgt gefasst:	
„Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; wird die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich gemindert, ist der zusätzliche Betrag entsprechend dem darauf entfallenden Anteil der Finanzierung zu mindern.“	
ff) Nach dem neuen Satz 8 wird folgender Satz eingefügt:	
„Für die Prüfung einer notwendigen Rückzahlung oder Minderung hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien folgende Bestätigungen des Jahresabschlussprüfers vorzulegen:	
1. einmalig eine Bestätigung über die zum 31. Dezember 2018 festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in der Pflege insgesamt und in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich, jeweils differenziert in Voll und Teilzeitkräfte und umgerechnet in Vollzeitkräfte,	
2. eine Bestätigung über die im jeweiligen Förderjahr in der Pflege insgesamt und in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich zum 31. Dezember festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung, jeweils differenziert in Voll und Teilzeitkräfte und umgerechnet in Vollzeitkräfte, und	
3. eine Bestätigung über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
gg) Satz 12 wird wie folgt gefasst:	
„Die Mittel, die vom Krankenhaus für Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen insgesamt vereinbart wurden, werden bei der Vereinbarung des Pflegebudgets nach § 6a für das Jahr 2020 berücksichtigt.“	
e) Nach Absatz 8 wird folgender Absatz 8a eingefügt:	e) Nach Absatz 8 wird folgender Absatz 8a eingefügt:
<p>„(8a) Mit dem Ziel, Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal zusätzlich zu fördern, werden für die Jahre 2019 bis 2024 geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu 50 Prozent finanziell gefördert. Zu diesem Zweck können die Vertragsparteien nach § 11 einen zusätzlichen Betrag vereinbaren, der im Jahr 2019 0,1 Prozent und in den Jahren 2020 bis 2024 jährlich 0,12 Prozent des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 nicht überschreiten darf. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, so kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Summe der für beide Jahre geltenden Beträge vereinbart werden. Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass es aufgrund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf ergreift. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 2 bis 4 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und auf die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert und gesondert in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen; für die Ermittlung der Höhe des Zuschlags, für die Konfliktlösung durch die Schiedsstelle nach § 13 und für die Vorgaben zur Rückzahlung von nicht in Anspruch genommenen Mitteln oder die Minderung von nur zeitweise in Anspruch genommenen Mitteln gilt Absatz 8 Satz 6 bis 8 entsprechend. Der Krankenträger hat</p>	<p>„(8a) Mit dem Ziel, Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal zusätzlich zu fördern, werden für die Jahre 2019 bis 2024 geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu 50 Prozent finanziell gefördert. Zu diesem Zweck vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 auf Verlangen des Krankenhauses einen zusätzlichen Betrag, der im Jahr 2019 0,1 Prozent und in den Jahren 2020 bis 2024 jährlich 0,12 Prozent des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 nicht überschreiten darf. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, so kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Summe der für beide Jahre geltenden Beträge vereinbart werden. Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass es aufgrund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf ergreift. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 2 bis 4 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und auf die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert und gesondert in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen; für die Ermittlung der Höhe des Zuschlags, für die Konfliktlösung durch die Schiedsstelle nach § 13 und für die Vorgaben zur Rückzahlung von nicht in Anspruch genommenen Mitteln oder die Minderung von nur zeitweise in Anspruch genommenen Mitteln gilt Absatz 8 Satz 6 bis 8 entsprechend.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen, aus der hervorgeht, inwieweit die zusätzlichen Mittel zweckentsprechend für die geförderten Maßnahmen nach Satz 1 verwendet wurden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 30. Juni, erstmals im Jahr 2020, über die Art und die Anzahl der geförderten Maßnahmen nach Satz 1 sowie über den Umfang von Neueinstellungen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen, zu denen es aufgrund der geförderten Maßnahmen kommt. Die Vorgaben nach Absatz 8 Satz 11 zur Übermittlung von Informationen für die Berichterstattung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie nach § 5 Absatz 4 Satz 5 zum vollständigen Ausgleich von entstehenden Mehr oder Mindererlösen gelten entsprechend.“</p>	<p>Der Krankenhausträger hat den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen, aus der hervorgeht, inwieweit die zusätzlichen Mittel zweckentsprechend für die geförderten Maßnahmen nach Satz 1 verwendet wurden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 30. Juni, erstmals im Jahr 2020, über die Art und die Anzahl der geförderten Maßnahmen nach Satz 1 sowie über den Umfang von Neueinstellungen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen, zu denen es aufgrund der geförderten Maßnahmen kommt. Die Vorgaben nach Absatz 8 Satz 11 zur Übermittlung von Informationen für die Berichterstattung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie nach § 5 Absatz 4 Satz 5 zum vollständigen Ausgleich von entstehenden Mehr oder Mindererlösen gelten entsprechend.“</p>
f) Absatz 9 wird wie folgt geändert:	f) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 werden im Satzteil vor der Aufzählung nach dem Wort „Infektionsprävention“ die Wörter „(Bundesgesundheitsblatt 2009 S. 951 und Bundesgesundheitsblatt 2016 S. 1183)“ eingefügt.	
bb) In Satz 6 werden die Wörter „Satz 4 und 7“ durch die Wörter „Satz 3 und 6“ ersetzt.	
cc) Folgender Satz wird angefügt:	
„Der Betrag nach Satz 4 darf keine Pflegepersonalkosten enthalten, die über das Pflegebudget finanziert werden.“	
3. § 6 wird wie folgt geändert:	3. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 5 wird wie folgt gefasst:	
„Wird eine Erhöhungsrage für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbart, so ist die von den Vertragsparteien vereinbarte Erlössumme um 40 Prozent dieser Erhöhungsrage zu erhöhen, erstmals für das Jahr 2018, wobei der Erhöhungsbetrag über das Budget	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
des nächstmöglichen Pflegesatzzeitraums abzuwickeln ist; für diese Erhöhung der Erlössumme gilt keine Begrenzung durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1.“	
bb) Folgender Satz wird angefügt:	
„Die Erlössumme ist insoweit zu vermindern, als sie Pflegepersonalkosten umfasst, die über das Pflegebudget nach § 6a finanziert werden.“	
b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:	
„(4) Auf Verlangen der besonderen Einrichtung werden Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, sowie Leistungen für Empfängerinnen und Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nicht im Rahmen der Erlössumme vergütet.“	
4. Nach § 6 wird folgender § 6a eingefügt:	4. Nach § 6 wird folgender § 6a eingefügt:
„§ 6a	„§ 6a
Vereinbarung eines Pflegebudgets	Vereinbarung eines Pflegebudgets
(1) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die dem einzelnen Krankenhaus entstehen, ein Pflegebudget. Das Pflegebudget umfasst nicht	(1) u n v e r ä n d e r t
1. die Entgelte, die im Erlösbudget nach § 4 oder in der Erlössumme nach § 6 Absatz 3 berücksichtigt werden,	
2. die Zu und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4,	
3. die Entgelte nach § 6 Absatz 2 und	
4. die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern.	
Das Pflegebudget ist zweckgebunden für die Finanzierung der Pflegepersonalkosten nach Satz 1 zu verwenden. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.	
(2) Ausgangsgrundlage für die Ermittlung des Pflegebudgets ist die Summe der im Vorjahr	(2) Ausgangsgrundlage für die Ermittlung des Pflegebudgets ist die Summe der im Vorjahr

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>für das jeweilige Krankenhaus entstandenen Pflegepersonalkosten. Bei der Ermittlung sind weiterhin die für das Vereinbarungsjahr zu erwartenden Veränderungen gegenüber dem Vorjahr zu berücksichtigen, insbesondere bei der Zahl und der beruflichen Qualifikation der Pflegevollkräfte sowie bei der Kostenentwicklung. Weichen die tatsächlichen Pflegepersonalkosten von den vereinbarten Pflegepersonalkosten ab, sind die Mehr oder Minderkosten bei der Vereinbarung der Pflegebudgets für das auf das Vereinbarungsjahr folgende Jahr zu berücksichtigen, indem das Pflegebudget für das Vereinbarungsjahr berichtigt wird und Ausgleichszahlungen für das Vereinbarungsjahr geleistet werden. Das Pflegebudget ist in seiner Entwicklung nicht durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 begrenzt. Die Wirtschaftlichkeit der dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten wird nicht geprüft; die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gilt als wirtschaftlich, für eine darüber hinausgehende Vergütung bedarf es eines sachlichen Grundes. Sofern das Krankenhaus ab dem Jahr 2020 Maßnahmen ergreift, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal in der Patientenversorgung führen, ist von den Vertragsparteien nach § 11 zu vereinbaren, inwieweit hierdurch ohne eine Beeinträchtigung der Patientensicherheit Pflegepersonalkosten eingespart werden. Die Höhe der eingesparten Pflegepersonalkosten ist im Pflegebudget in einer Höhe von bis zu <i>fünf</i> Prozent des Pflegebudgets erhöhend zu berücksichtigen. Die Pflegepersonalkosten einsparende Wirkung von Maßnahmen nach Satz 6 ist vom Krankenhaus zu begründen und die Durchführung der Maßnahmen ist nachzuweisen.</p>	<p>für das jeweilige Krankenhaus entstandenen Pflegepersonalkosten. Bei der Ermittlung sind weiterhin die für das Vereinbarungsjahr zu erwartenden Veränderungen gegenüber dem Vorjahr zu berücksichtigen, insbesondere bei der Zahl und der beruflichen Qualifikation der Pflegevollkräfte sowie bei der Kostenentwicklung. Weichen die tatsächlichen Pflegepersonalkosten von den vereinbarten Pflegepersonalkosten ab, sind die Mehr oder Minderkosten bei der Vereinbarung der Pflegebudgets für das auf das Vereinbarungsjahr folgende Jahr zu berücksichtigen, indem das Pflegebudget für das Vereinbarungsjahr berichtigt wird und Ausgleichszahlungen für das Vereinbarungsjahr geleistet werden. Das Pflegebudget ist in seiner Entwicklung nicht durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 begrenzt. Die Wirtschaftlichkeit der dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten wird nicht geprüft; die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gilt als wirtschaftlich, für eine darüber hinausgehende Vergütung bedarf es eines sachlichen Grundes. Sofern das Krankenhaus ab dem Jahr 2020 Maßnahmen ergreift oder bereits ergriffene Maßnahmen fortsetzt, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen führen, ist von den Vertragsparteien nach § 11 zu vereinbaren, inwieweit hierdurch ohne eine Beeinträchtigung der Patientensicherheit Pflegepersonalkosten eingespart werden. Die Höhe der eingesparten Pflegepersonalkosten ist im Pflegebudget in einer Höhe von bis zu 3 Prozent des Pflegebudgets erhöhend zu berücksichtigen. Die Pflegepersonalkosten einsparende Wirkung von Maßnahmen nach Satz 6 ist vom Krankenhaus zu begründen und die Durchführung der Maßnahmen ist nachzuweisen.</p>
<p>(3) Der Krankenhausträger hat vor der Vereinbarung des jeweiligen Pflegebudgets den anderen Vertragspartnern die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Pflegevollkräften, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie die Pflegepersonalkosten nachzuweisen. Dazu hat der Krankenhausträger jeweils die entsprechenden Ist-Daten des abgelaufenen Jahres, die Ist-Daten des laufenden Jahres sowie die Forderungsdaten für den Vereinbarungszeitraum vorzulegen. Nach Ablauf des Vereinbarungsjahres hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien nach § 11 und</p>	<p>(3) u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zudem jährlich jeweils bis zum 30. April eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie über die Pflegepersonalkosten und über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Die Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 sind zu beachten.</p>	
<p>(4) Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt über einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert. Der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert wird berechnet, indem das für das Vereinbarungsjahr vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr. Der für das jeweilige Jahr geltende krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert ist der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a für voll und teilstationäre Belegungstage zugrunde zu legen.</p>	(4) u n v e r ä n d e r t
<p>(5) Weicht die Summe der auf das Vereinbarungsjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a von dem vereinbarten Pflegebudget ab, so werden Mehr oder Mindererlöse vollständig ausgeglichen. § 4 Absatz 3 Satz 7 und 9 ist entsprechend anzuwenden. Der ermittelte Ausgleichsbetrag ist über das Pflegebudget für den nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum abzuwickeln.</p>	(5) u n v e r ä n d e r t
<p>(6) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 gehen bei der Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 die Summe der krankenhausindividuell vereinbarten Mittel nach § 4 Absatz 8 und die Mittel nach § 4 Absatz 9 in dem Pflegebudget für das Jahr 2020 auf. Die Mittel nach § 4 Absatz 9 gehen nur dann in dem Pflegebudget für das Jahr 2020 auf, soweit diese den Pflegepersonalkosten nach Absatz 1 Satz 1 zuzuordnen sind und es sich um laufende Kosten handelt.“</p>	<p>(6) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 gehen bei der Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 die Summe der krankenhausindividuell vereinbarten Mittel nach § 4 Absatz 8 und die Mittel nach § 4 Absatz 9 in dem Pflegebudget für das Jahr 2020 auf. Die Mittel nach § 4 Absatz 9 gehen nur dann in dem Pflegebudget für das Jahr 2020 auf, soweit diese den Pflegepersonalkosten nach Absatz 1 Satz 1 zuzuordnen sind und es sich um laufende Kosten handelt. Ist die für das Jahr 2020 zu vereinbarende Summe aus dem Gesamtbetrag nach § 4 Absatz 3 Satz 1 und dem zu vereinbarenden Pflegebudget um mehr als 2 Prozent und für das Jahr 2021 um mehr als 4 Prozent niedriger als der jeweils vereinbarte</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Vorjahreswert, ist für diese Jahre das Pflegebudget so zu erhöhen, dass damit die Minderung der Summe aus Gesamtbetrag und Pflegebudget für das Jahr 2020 auf 2 Prozent und für das Jahr 2021 auf 4 Prozent begrenzt wird. Diese Erhöhung des Pflegebudgets unterliegt nicht der Pflicht zur Rückzahlung für nicht zweckentsprechend verwendete Mittel nach der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8. Satz 3 findet keine Anwendung bei einer Minderung der Summe aus Gesamtbetrag und Pflegebudget auf Grund von Leistungsrückgängen.“
5. § 7 wird wie folgt geändert:	5. un verändert
a) Nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:	
„6a. tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a,“.	
b) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 wird die Angabe „Nr. 3, 5 und 6“ durch die Wörter „Nummer 3, 5, 6 und 6a“ ersetzt und wird die Angabe „§ 6“ durch die Wörter „den §§ 6 und 6a“ ersetzt.	
6. § 8 wird wie folgt geändert:	6. § 8 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:	a) un verändert
aa) In Nummer 4 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	
bb) Folgende Nummer 5 wird angefügt:	
„5. tagesbezogene Pflegeentgelte nach § 6a je voll oder teilstationären Belegungstag.“	
b) Absatz 3 wird aufgehoben.	b) un verändert
	c) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:
	„In anderen als den vertraglich oder gesetzlich bestimmten Fällen ist eine Fallzusammenführung insbesondere aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebots nicht zulässig.“
7. § 9 wird wie folgt geändert:	7. § 9 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) un verändert
aa) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>„2a. einen Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen für die tagesbezogene Abzahlung des vereinbarten Pflegebudgets nach § 6a,“.</p>	
<p>bb) In Nummer 3 wird die Angabe „1 und 2“ durch die Angabe „1, 2 und 2a“ ersetzt.</p>	
<p>cc) Nummer 7 wird durch die folgenden Nummern 7 bis 9 ersetzt:</p>	
<p>„7. die Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 10 Absatz 5 Satz 4 sowie bis zum 31. März 2019 die Einzelheiten für einen Nachweis, dass die zusätzlichen Mittel für Tarifierhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für dessen Finanzierung verwendet werden, und ein Verfahren, das gewährleistet, dass Krankenhäuser Mittel zurückzuzahlen haben, die sie nicht zweckentsprechend verwendet haben,</p>	
<p>8. bis zum 31. Juli 2019 die näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets nach § 6a, insbesondere zu den vorzulegenden Unterlagen und zu dem Verfahren der Rückzahlungsabwicklung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln,</p>	
<p>9. bis zum 28. Februar 2019 die Benennung von Prozedurenschlüsseln nach § 301 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die zu streichen sind, da sie nach Einführung des Pflegebudgets nach § 6a für das Vergütungssystem nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht mehr benötigt werden.“</p>	
<p>b) Absatz 1a wird wie folgt <i>geändert</i>:</p>	<p>b) Absatz 1a Nummer 6 wird wie folgt gefasst:</p>
<p><i>aa) In Nummer 5 wird das Semikolon am Ende durch einen Punkt ersetzt.</i></p>	<p>aa) entfällt</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>bb) Nummer 6 wird aufgehoben.</i>	„6. jährlich zum 30. Juni, erstmals bis zum 30. Juni 2019, eine Liste der Krankenhäuser, welche die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 136c Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen.“
8. § 10 wird wie folgt geändert:	8. § 10 wird wie folgt geändert:
	a0) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
	„Eine Veränderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen, die aus § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 6a entsteht, ist im Erlösvolumen entsprechend verändernd zu berücksichtigen, so dass hieraus keine Veränderung des zu vereinbarenden Landesbasisfallwerts entsteht.“
a) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:	a) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:
„Satz 2 findet im Zusammenhang mit der Einführung des Pflegebudgets nach § 6a keine Anwendung.“	„Satz 2 findet im Zusammenhang mit der Einführung und Weiterentwicklung des Pflegebudgets nach § 6a keine Anwendung.“
b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:	bb) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:
„Bezogen auf die Personalkosten werden für den Pflegedienst 100 Prozent sowie für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich jeweils 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifrater berücksichtigt. Maßstab für die Ermittlung der Tarifrater ist für	„Bezogen auf die Personalkosten werden für den Pflegedienst 100 Prozent sowie für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich jeweils 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifrater berücksichtigt. Maßstab für die Ermittlung der Tarifrater ist für
1. den Bereich des Pflegepersonals,	1. u n v e r ä n d e r t
2. den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und	2. u n v e r ä n d e r t
3. den ärztlichen Personalbereich	3. u n v e r ä n d e r t
jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist; maßgeblich dabei sind für den Bereich nach Nummer 1 die	jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist; maßgeblich dabei sind für den Bereich nach Nummer 1 die

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen und strukturellen Steigerungen <i>der Vergütungstarifverträge</i> sowie Einmalzahlungen und für die Bereiche nach den Nummern 2 und 3 jeweils die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen Steigerungen <i>der Vergütungstarifverträge</i> und Einmalzahlungen.“</p>	<p>durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen und strukturellen Steigerungen sowie Einmalzahlungen und für die Bereiche nach den Nummern 2 und 3 jeweils die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen Steigerungen und Einmalzahlungen.“</p>
<p>cc) In Satz 5 werden die Wörter „ein Drittel“ durch die Angabe „40 Prozent“ ersetzt.</p>	<p>cc) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>dd) Die Sätze 6 und 7 werden wie folgt gefasst:</p>	<p>dd) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>„Sofern der Basisfallwert bereits vereinbart oder festgesetzt ist, ist die anteilige Erhöhungsrage nach Satz 5 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr erhöhend zu berücksichtigen. Neben der Berichtigung des Basisfallwerts des Vorjahres ist ein einmaliger Ausgleich infolge der verspäteten Anwendung der anteiligen Erhöhungsrage vorzunehmen.“</p>	
	<p>b1) Absatz 12 wird wie folgt geändert:</p>
	<p>aa) Dem Satz 1 wird folgender Satz vorangestellt:</p>
	<p>„Zur pauschalen Überführung der Mittel des Pflegezuschlags, die nicht für die pflegerische Versorgung von Patientinnen oder Patienten verwendet werden, ist für die Verhandlung des Basisfallwerts 2020 eine Erhöhung von 0,3 Prozent auf den vereinbarten oder festgesetzten Basisfallwert 2019 ohne Ausgleich einzurechnen.“</p>
	<p>bb) Im bisherigen Satz 1 erster Halbsatz wird vor dem Semikolon ein Komma und werden die Wörter „gemindert um die geschätzte Summe der Beträge, die nach § 6a Absatz 6 im Pflegebudget aufgeht“ eingefügt.</p>
<p>c) Absatz 13 wird aufgehoben.</p>	<p>c) u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
9. § 11 wird wie folgt geändert:	9. un verändert
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 wird die Angabe „§§ 3 bis 6“ durch die Angabe „§§ 3 bis 6a“ ersetzt und wird die Angabe „§ 6 Abs. 3“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 3, das Pflegebudget nach § 6a“ ersetzt.	
bb) Folgender Satz wird angefügt:	
„In der Vereinbarung ist zu regeln, dass Mittel, die nicht zweckentsprechend für die Finanzierung der Tarifierhöhungen von Pflegepersonal verwendet werden, zurückzuzahlen sind.“	
b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und erstmals für das Jahr 2018 den Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7“ eingefügt.	
bb) In Satz 4 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.	
10. In § 12 Satz 1 wird nach dem Wort „Erlösbudgets“ ein Komma und werden die Wörter „des Pflegebudgets“ eingefügt.	10. un verändert
11. § 14 wird wie folgt geändert:	11. un verändert
a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13,“ gestrichen und wird nach der Angabe „§ 6“ ein Komma und werden die Wörter „des Pflegebudgets nach § 6a“ eingefügt.	
b) In Absatz 4 werden die Wörter „und des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13“ gestrichen.	
12. In § 15 wird nach Absatz 2 folgender Absatz 2a eingefügt:	12. In § 15 wird nach Absatz 2 folgender Absatz 2a eingefügt:
„(2a) Können die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a aufgrund einer fehlenden Vereinbarung für das Jahr 2020 noch nicht bewertet werden, sind für jeden vollstationären Belegungstag 100 Euro und für jeden teilstationären Belegungstag 50 Euro abzurechnen. Absatz 3 gilt entsprechend.“	„(2a) Können die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a aufgrund einer fehlenden Vereinbarung für das Jahr 2020 noch nicht bewertet werden, sind für jeden vollstationären Belegungstag 130 Euro und für jeden teilstationären Belegungstag 65 Euro abzurechnen. Absatz 3 gilt entsprechend.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
13. § 21 wird wie folgt geändert:	13. § 21 wird wie folgt geändert:
	<p>a0) In Absatz 1 werden die Wörter „eine von den Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu benennende“ durch das Wort „die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführte“ ersetzt.</p>
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) Nummer 1 wird wie folgt geändert:	aa) Nummer 1 wird wie folgt geändert:
	<p>aaa0) In Buchstabe a werden nach dem Wort „Betten“ die Wörter „und Intensivbetten“ eingefügt.</p>
<p>aaa) In Buchstabe d werden nach dem Wort „Bewertungsrelationen“ die Wörtern „des Fallpauschalen-Katalogs und des Pflegeerlöskatalogs“ eingefügt und werden nach den Wörtern „nach § 5 Absatz 4“ die Wörter „sowie der Zahlungen zum Ausgleich der Abweichungen zwischen den tatsächlichen und den vereinbarten Pflegepersonalkosten nach § 6a Absatz 2“ eingefügt.</p>	<p>aaa) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>bbb) <i>In Buchstabe e wird nach dem Wort „Personen“ ein Komma und werden die Wörter „aufgeteilt nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen, jeweils“ eingefügt.</i></p>	<p>bbb) Buchstabe e wird wie folgt gefasst:</p>
	<p>„e) die Anzahl des in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals, aufgeteilt nach Berufsbezeichnungen, jeweils umgerechnet auf Vollkräfte, insgesamt und gegliedert nach den pflegesensitiven Bereichen gemäß § 3 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 5. Oktober 2018</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	(BGBl. I S. 1632) und gemäß den Vorgaben einer Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 137i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie ab dem Datenjahr 2019 jeweils gegliedert nach dem Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch;“.
bb) In Nummer 2 Buchstabe e wird nach den Wörtern „behandelnden Fachabteilungen“ ein Komma und werden die Wörter „und der dazugehörigen Zeiträume, Zeiträume der Intensivbehandlung“ eingefügt.	bb) un verändert
	a1) Absatz 4 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
	„Die Vereinbarung nach Satz 1 wird ab dem 1. Januar 2019 von der Datenstelle nach Absatz 1 den gesetzlichen Erfordernissen entsprechend angepasst.“
b) In Absatz 5 Satz 3 werden die Wörter „in den Jahren 2013 bis 2021“ gestrichen.	b) un verändert
Artikel 10	Artikel 10
Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 9 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 9 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. In § 4 Absatz 8 Satz 1 werden die Wörter „§ 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz“ durch die Wörter „§ 1 Absatz 1 des Krankenpflegegesetzes oder nach § 1 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes oder § 58 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes“ eingefügt.	1. un verändert
	1a. § 5 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 2 Satz 8 wird aufgehoben.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:</p>
	<p>„(2a) Ein Krankenhaus, das in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen wurde, hat für das der Auflistung folgende Jahr Anspruch auf eine zusätzliche Finanzierung in Höhe von 400 000 Euro jährlich. Die Berechnung gegenüber den Patientinnen oder Patienten oder den Kostenträgern erfolgt, indem der jährliche Betrag nach Satz 1 durch die voraussichtliche Summe der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses geteilt wird. Der Betrag nach Satz 2 ist erstmals bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die ab dem 1. Januar 2020 zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden. Ist ein Krankenhaus nicht mehr in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen, so ist der Betrag nach Satz 2 letztmalig bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die vor dem 1. Januar des auf die letztmalige Auflistung folgenden Jahres zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden.“</p>
	<p>c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:</p>
	<p>„(3) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren die Zuschläge für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 auf der Grundlage der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“</p>
	<p>2. § 6 wird wie folgt geändert:</p>
	<p>a) In Absatz 2a Satz 1 Nummer 2 wird nach dem Wort „Behandlungskosten“ ein Komma und werden die Wörter „die um die vom Pflegebudget nach § 6a erfassten Kosten zu mindern sind,“ eingefügt.</p>
<p>2. In § 6 Absatz 3 Satz 5 werden die Wörter „um 40 Prozent dieser Erhöhungsrates zu erhöhen, erstmals für das Jahr 2018“ durch die Wörter „um die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrates nach § 10 Absatz 5 Satz 5 zu erhöhen, erstmals für das Jahr 2020“ ersetzt.</p>	<p>b) In Absatz 3 Satz 5 werden die Wörter „um 40 Prozent dieser Erhöhungsrates zu erhöhen, erstmals für das Jahr 2018“ durch die Wörter „um die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrates nach § 10 Absatz 5 Satz 5 zu erhöhen, erstmals für das Jahr 2020“ ersetzt.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. <i>In § 9 Absatz 1 Nummer 7 wird nach der Angabe „Satz 4“ ein Komma und werden die Wörter „eine anteilige Erhöhungsrage unter Berücksichtigung, dass Kostensteigerungen für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung über das Pflegebudget zu finanzieren sind,“ eingefügt.</i>	3. § 9 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 Nummer 7 wird nach der Angabe „Satz 4“ ein Komma und werden die Wörter „eine anteilige Erhöhungsrage unter Berücksichtigung, dass Kostensteigerungen für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen über das Pflegebudget zu finanzieren sind,“ eingefügt.
	b) Absatz 1a Nummer 2 wird aufgehoben.
4. § 10 wird wie folgt geändert:	4. § 10 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 5 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2020“ ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Pflegedienst“ die Wörter „ohne Pflegepersonal in der Patientenversorgung“ eingefügt.	bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Pflegedienst“ die Wörter „ohne Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen “ eingefügt.
cc) In Satz 3 Nummer 1 werden nach dem Wort „Pflegepersonals“ die Wörter „ohne Pflegepersonal in der Patientenversorgung“ eingefügt.	cc) In Satz 3 Nummer 1 werden nach dem Wort „Pflegepersonals“ die Wörter „ohne Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen “ eingefügt.
dd) In Satz 5 wird die Angabe „40 Prozent dieser Erhöhungsrage (anteilige Erhöhungsrage)“ durch die Wörter „die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrage“ ersetzt.	dd) u n v e r ä n d e r t
b) In Absatz 6 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenhäuser“ die Wörter „ohne die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der Patientenversorgung“ eingefügt.	b) In Absatz 6 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenhäuser“ die Wörter „ohne die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen “ eingefügt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 11	Artikel 11
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:	1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
	a) Nach der Angabe zu § 114a werden die folgenden Angaben eingefügt:
	„§ 114b Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen
	§ 114c Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht“.
a) Die Angabe zu § 133 wird wie folgt gefasst:	b) u n v e r ä n d e r t
„§ 133 Rechtsform und Vertretung in gerichtlichen Verfahren“.	
b) Nach der Angabe zu § 145 wird folgende Angabe zu § 146 eingefügt:	c) Nach der Angabe zu § 145 wird folgende Angabe zu § 146 eingefügt:
„§ 146 Übergangs und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3“.	„§146 Übergangs und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3“.
2. Dem § 1 wird folgender Absatz 7 angefügt:	2. u n v e r ä n d e r t
„(7) Ein Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft gilt im Sinne dieses Buches als Familienangehöriger des anderen Lebenspartners, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist.“	
3. Dem § 8 werden die folgenden Absätze 5 bis 10 angefügt:	3. Dem § 8 werden die folgenden Absätze 5 bis 10 angefügt:
„(5) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ist die Finanzierung der ge-	(5) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>mäß § 113 Absatz 1b Satz 1 beauftragten, fachlich unabhängigen Institution sicherzustellen. Die Vertragsparteien nach § 113 und das Bundesversicherungsamt vereinbaren das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel. Die jeweilige Auszahlung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.</p>	
<p>(6) Abweichend von § 84 Absatz 4 Satz 1 erhalten vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung insbesondere im Bereich der medizinischen Behandlungspflege. Voraussetzung für die Gewährung des Vergütungszuschlags ist, dass die Pflegeeinrichtung über Pflegepersonal verfügt, das über das Personal hinausgeht, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegegesetzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. Das zusätzliche Pflegepersonal muss zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen vorgesehen sein und es muss sich bei dem Personal um Pflegefachkräfte handeln. Nur für den Fall, dass die vollstationäre Pflegeeinrichtung nachweist, dass es ihr in einem Zeitraum von über <i>drei</i> Monaten nicht gelungen ist, geeignete Pflegefachkräfte einzustellen, kann sie auch für die Beschäftigung von zusätzlichen Pflegehilfskräften <i>den</i> Vergütungszuschlag erhalten. Das Bundesversicherungsamt verwaltet die zur Finanzierung des Vergütungszuschlags von den Krankenkassen nach § 37 Absatz 2a des Fünften Buches und von den privaten Versicherungsunternehmen nach Absatz 9 Satz 2 zu leistenden Beträge im Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Der Anspruch auf einen Vergütungszuschlag ist unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 begrenzt auf die tatsächlichen Aufwendungen für zusätzlich</p>	<p>(6) Abweichend von § 84 Absatz 4 Satz 1 erhalten vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung insbesondere im Bereich der medizinischen Behandlungspflege. Voraussetzung für die Gewährung des Vergütungszuschlags ist, dass die Pflegeeinrichtung über neu eingestelltes oder über Stellenaufstockung erweitertes Pflegepersonal verfügt, das über das Personal hinausgeht, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegegesetzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. Das zusätzliche Pflegepersonal muss zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen vorgesehen sein und es muss sich bei dem Personal um Pflegefachkräfte handeln. Nur für den Fall, dass die vollstationäre Pflegeeinrichtung nachweist, dass es ihr in einem Zeitraum von über vier Monaten nicht gelungen ist, geeignete Pflegefachkräfte einzustellen, kann sie ausnahmsweise auch für die Beschäftigung von zusätzlichen Pflegehilfskräften, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, einen Vergütungszuschlag erhalten. Das Bundesversicherungsamt verwaltet die zur Finanzierung des Vergütungszuschlags von den Krankenkassen nach § 37 Absatz 2a des Fünften Buches und von den privaten Versicherungsunternehmen nach Absatz 9 Satz 2 zu leistenden Beträge im Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Der Anspruch auf einen Vergütungszuschlag ist unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 begrenzt auf die tatsächlichen Aufwendungen für zusätzlich</p>
<p>1. eine halbe Stelle bei Pflegeeinrichtungen mit bis zu 40 Plätzen,</p>	<p>1. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>2. eine Stelle bei Pflegeeinrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen,</p>	<p>2. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>3. anderthalb Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit 81 bis zu 120 Plätzen und</p>	<p>3. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>4. zwei Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit mehr als 120 Plätzen.</p>	<p>4. u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Der Vergütungszuschlag ist von den Pflegekassen monatlich zu zahlen und wird zum 15. eines jeden Monats fällig. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für die Antragstellung und den Nachweis nach Satz 4 sowie das Zahlungsverfahren für seine Mitglieder fest. Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen seiner Zuständigkeit. Die über den Vergütungszuschlag finanzierten zusätzlichen Stellen und die der Berechnung des Vergütungszuschlags zugrunde gelegte Bezahlung der auf diesen Stellen Beschäftigten sind von den Pflegeeinrichtungen unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 6 Satz 3 und 4 und Absatz 7 nachzuweisen. Die Auszahlung des gesamten Zuschlags hat einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung vor Ort zu erfolgen. Änderungen der den Anträgen zugrunde liegenden Sachverhalte sind von den vollstationären Pflegeeinrichtungen unverzüglich anzuzeigen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2019 und danach jährlich über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung.</p>	<p>Der Vergütungszuschlag ist von den Pflegekassen monatlich zu zahlen und wird zum 15. eines jeden Monats fällig. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für die Antragstellung und den Nachweis nach Satz 4 sowie das Zahlungsverfahren für seine Mitglieder fest. Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen seiner Zuständigkeit. Bis zum Vorliegen der Bestimmung nach Satz 8 stellen die Landesverbände der Pflegekassen die sachgerechte Verfahrensbearbeitung sicher; es genügt die Antragstellung an eine als Partei der Pflegesatzvereinbarung beteiligte Pflegekasse. Die über den Vergütungszuschlag finanzierten zusätzlichen Stellen und die der Berechnung des Vergütungszuschlags zugrunde gelegte Bezahlung der auf diesen Stellen Beschäftigten sind von den Pflegeeinrichtungen unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 6 Satz 3 und 4 und Absatz 7 nachzuweisen. Die Auszahlung des gesamten Zuschlags hat einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung vor Ort zu erfolgen. Änderungen der den Anträgen zugrunde liegenden Sachverhalte sind von den vollstationären Pflegeeinrichtungen unverzüglich anzuzeigen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2019 und danach jährlich über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung.</p>
<p>(7) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. Förderfähig sind individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, sowie Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Gefördert werden bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel. Pro Pfl-</p>	<p>(7) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. Förderfähig sind individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, sowie Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Gefördert werden bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel. Pro Pfl-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>geeinrichtung ist höchstens ein jährlicher Förderzuschuss von 7 500 Euro möglich. Die Landesverbände der Pflegekassen stellen die sachgerechte Verteilung der Mittel sicher. Der in Satz 1 genannte Betrag soll unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden. Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein. Pflegeeinrichtungen können in einem Antrag die Förderung von zeitlich und sachlich unterschiedlichen Maßnahmen beantragen. Soweit eine Pflegeeinrichtung den Förderhöchstbetrag nach Satz 4 innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen hat und die für das Land, in dem die Pflegeeinrichtung ihren Sitz hat, in diesem Kalenderjahr bereitgestellte Gesamtfördersumme noch nicht ausgeschöpft ist, erhöht sich der mögliche Förderhöchstbetrag für diese Pflegeeinrichtung im nachfolgenden Kalenderjahr um den aus dem Vorjahr durch die Pflegeeinrichtung nicht in Anspruch genommenen Betrag. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt <i>unter Beteiligung des Verbandes</i> der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel durch <i>die Landesverbände der Pflegekassen</i>. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 12 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.</p>	<p>geeinrichtung ist höchstens ein jährlicher Förderzuschuss von 7 500 Euro möglich. Die Landesverbände der Pflegekassen stellen die sachgerechte Verteilung der Mittel sicher. Der in Satz 1 genannte Betrag soll unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden. Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein. Pflegeeinrichtungen können in einem Antrag die Förderung von zeitlich und sachlich unterschiedlichen Maßnahmen beantragen. Soweit eine Pflegeeinrichtung den Förderhöchstbetrag nach Satz 4 innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen hat und die für das Land, in dem die Pflegeeinrichtung ihren Sitz hat, in diesem Kalenderjahr bereitgestellte Gesamtfördersumme noch nicht ausgeschöpft ist, erhöht sich der mögliche Förderhöchstbetrag für diese Pflegeeinrichtung im nachfolgenden Kalenderjahr um den aus dem Vorjahr durch die Pflegeeinrichtung nicht in Anspruch genommenen Betrag. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel durch eine Pflegekasse. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 12 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.</p>
<p>(8) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird in den Jahren 2019 bis 2021 ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, die insbeson-</p>	<p>(8) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird in den Jahren 2019 bis 2021 ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, die insbeson-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>dere das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Aus, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege betreffen, zur Entlastung der Pflegekräfte zu fördern. Förderungsfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen. Gefördert werden bis zu 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein einmaliger Zuschuss in Höhe von 12 000 Euro möglich. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt <i>unter Beteiligung des Verbandes</i> der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 7 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.</p>	<p>dere das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Aus, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege betreffen, zur Entlastung der Pflegekräfte zu fördern. Förderungsfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen. Gefördert werden bis zu 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein einmaliger Zuschuss in Höhe von 12 000 Euro möglich. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses, der durch eine Pflegekasse ausgezahlt wird. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 7 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.</p>
<p>(9) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß den Absätzen 5, 7 und 8 jeweils ergeben. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an der Finanzierung der Vergütungszuschläge nach Absatz 6 mit jährlich 44 Millionen Euro. Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden.</p>	<p>(9) u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Einmalig können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, für bestehende Vertragsverhältnisse die Prämie für die private Pflege-Pflichtversicherung anpassen, um die Verpflichtungen zu berücksichtigen, die sich aus den Sätzen 1 und 2 ergeben. § 155 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist anzuwenden. Dem Versicherungsnehmer ist die Neufestsetzung der Prämie unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe in Textform mitzuteilen. § 203 Absatz 5 des Versicherungsvertragsgesetzes und § 205 Absatz 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gelten entsprechend.</p>	
<p>(10) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und das Bundesversicherungsamt regeln das Nähere über das Verfahren zur Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel zur Finanzierung der Maßnahmen nach den Absätzen 6 bis 8 aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sowie zur Feststellung und Erhebung der Beträge der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, nach Absatz 9 Satz 1 und 2 durch Vereinbarung.“</p>	(10) u n v e r ä n d e r t
<p>4. In § 30 Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen“ gestrichen.</p>	4. u n v e r ä n d e r t
<p>5. In § 33 Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „Wird der Antrag später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt,“ durch die Wörter „Wird der Antrag nicht in dem Kalendermonat, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern später gestellt,“ ersetzt.</p>	5. u n v e r ä n d e r t
<p>6. § 37 wird wie folgt geändert:</p>	6. u n v e r ä n d e r t
<p>a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p>	
<p>aa) In Satz 1 werden im Satzteil nach der Aufzählung nach den Wörtern „Häuslichkeit durch“ und nach den Wörtern „sofern dies durch“ die Wörter „eine zugelassene Pflegeeinrichtung“ jeweils durch die Wörter „einen zugelassenen Pflegedienst“ ersetzt.</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) Satz 5 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	
<p>„Die Höhe der Vergütung für die Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst oder durch eine von der Pflegekasse beauftragte Pflegefachkraft vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 Absatz 1 und 3 mit dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes oder mit der von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Absatz 5. Die Vergütung kann nach Pflegegraden gestaffelt werden. Über die Höhe der Vergütung anerkannter Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften entscheiden ab dem Jahr 2020 die Landesverbände der Pflegekassen unter Zugrundelegung der im jeweiligen Land nach Satz 5 und 6 vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres. Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen.“</p>	
cc) Im bisherigen Satz 6 wird das Semikolon und werden die Wörter „die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegegrade 2 und 3 nach Satz 5“ gestrichen.	
dd) In dem bisherigen Satz 7 werden die Wörter „Sätze 4 bis 6“ durch die Wörter „Sätze 4 bis 9“ ersetzt.	
b) Nach Absatz 4 Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:	
<p>„Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen. Diese haben eine weitergehende Beratung nach § 7a anzubieten.“</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
c) Nach Absatz 5 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:	
„Die Empfehlungen enthalten Ausführungen wenigstens	
1. zu Beratungsstandards,	
2. zur erforderlichen Qualifikation der Beratungspersonen sowie	
3. zu erforderlichenfalls einzuleitenden Maßnahmen im Einzelfall.“	
d) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:	
<p>„(5a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 1. Januar 2020 Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.“</p>	
7. In § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 werden die Wörter „hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten“ durch die Wörter „die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen“ ersetzt.	7. u n v e r ä n d e r t
8. Dem § 44 Absatz 5 werden die folgenden Sätze angefügt:	8. u n v e r ä n d e r t
<p>„Für die Mitteilungen nach Satz 2 haben die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen spätestens zum 1. Januar 2020 ein elektronisches Verfahren vorzusehen, bei dem die Mitteilungen an die Beihilfefestsetzungsstellen oder die Dienstherren automatisch erfolgen. Die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen haben technisch sicherzustellen, dass die Meldungen nach Absatz 3 an die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erst erfolgen, wenn die erforderlichen Voraussetzungen erfüllt sind.“</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>derliche Mitteilung an die Beihilfefeststellungsstelle oder den Dienstherrn erfolgt ist. Für Beiträge, die von den Beihilfestellen und Dienstherrn nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt worden sind, weil die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen die Mitteilungen nach Satz 2 nicht, nicht unverzüglich, nicht vollständig oder fehlerhaft durchgeführt haben, ist von den Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen ein Säumniszuschlag entsprechend § 24 Absatz 1 Satz 1 des Vierten Buches zu zahlen; dies gilt nicht, wenn im Einzelfall kein Verschulden der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen vorliegt.“</p>	
<p>9. In § 45a Absatz 1 Satz 5 werden nach den Wörtern „zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger“ die Wörter „oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen“ eingefügt.</p>	<p>9. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>10. § 45b wird wie folgt geändert:</p>	<p>10. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:</p>	
<p>„Die Leistung nach Satz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.“</p>	
<p>b) Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:</p>	
<p>„Für Zwecke der statistischen Erfassung bei den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen muss auf den Belegen eindeutig und deutlich erkennbar angegeben sein, im Zusammenhang mit welcher der in Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 4 genannten Leistungen die Aufwendungen jeweils entstanden sind.“</p>	
<p>11. <i>In § 45d Satz 3 werden nach den Wörtern „oder als Angehörige“ die Wörter „oder vergleichbar Nahestehende“ eingefügt.</i></p>	<p>11. § 45d wird wie folgt geändert:</p>
	<p>a) In Satz 1 werden die Wörter „Je Versichertem werden 0,10 Euro je Kalenderjahr“ durch die Wörter „Je Kalenderjahr werden 0,15 Euro je Versicherten“ ersetzt und wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „um eine gerechte Verteilung dieser Fördermittel auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der Pflegeversicherung</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt“ eingefügt.
	b) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
	<p>„Der Zuschuss aus den Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach Satz 1 ergänzt eine Förderung durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft und wird jeweils in Höhe von 75 Prozent des Zuschusses gewährt, der für die einzelne Fördermaßnahme insgesamt geleistet wird. Davon abweichend können von den nach Satz 1 auf die Länder aufgeteilten Mitteln Fördermittel in Höhe von insgesamt je Kalenderjahr bis zu 0,01 Euro je Versicherten als Gründungszuschüsse für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet werden, ohne dass es für die Förderung einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Die Gründungszuschüsse sind von den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen; das Nähere zur Durchführung der Förderung und zum Verfahren wird in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt. Im Übrigen werden für die Förderung der Selbsthilfe die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren, einschließlich § 45c Absatz 2 Satz 3 und 4 und Absatz 6 Satz 2, entsprechend angewendet. § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass von den in das Folgejahr übertragenen Mitteln nach Satz 1, die am Ende des Folgejahres nicht in Anspruch genommen worden sind, Fördermittel in Höhe von 0,01 Euro je Versicherten in dem auf das Folgejahr folgenden Jahr von einer Übertragung auf die Länder ausgenommen sind. Die nach Satz 6 von der Übertragung ausgenommenen Mittel werden zur Förderung von bundesweiten Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet. Die Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, ohne dass es</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Die Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten ist von den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen. Die Bewilligung der Fördermittel aus den gemäß den Sätzen 6 und 7 zur Verfügung stehenden Mitteln durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen darf jeweils für einen Zeitraum von maximal fünf Jahren erfolgen. Nach erneuter Antragstellung kann eine Förderung erneut bewilligt werden. Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und der Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel nach Satz 7 werden in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt.“</p>
	<p>c) Im bisherigen Satz 3 werden nach dem Wort „Selbsthilfegruppen“ die Wörter „im Sinne dieser Vorschrift“ eingefügt und werden nach den Wörtern „oder als Angehörige“ die Wörter „oder vergleichbar Nahestehende“ eingefügt.</p>
12. Nach § 46 Absatz 2 Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:	12. un v e r ä n d e r t
„Die Erstattung zu Unrecht gezahlter Pflegeversicherungsbeiträge erfolgt durch die Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet ist.“	
13. In § 55 Absatz 3a Nummer 2 werden nach dem Wort „Eheschließung“ die Wörter „oder der Begründung der eingetragenen Lebenspartnerschaft gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes“ eingefügt.	13. un v e r ä n d e r t
14. § 56 wird wie folgt geändert:	14. un v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 werden die Wörter „und Lebenspartner“ gestrichen.	
b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Ehegatten“ die Wörter „oder hinterbliebenen Lebenspartner“ und nach dem Wort „geschlossen“ die Wörter „oder die eingetragene Lebenspartnerschaft vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Verstorbenen gemäß § 1 des	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Lebenspartnerschaftsgesetzes begründet“ eingefügt.	
bb) In den Nummern 1 und 4 werden nach dem Wort „Ehegatten“ jeweils die Wörter „oder hinterbliebenen Lebenspartner“ eingefügt.	
	14a. Dem § 71 wird folgender Absatz 5 angefügt:
	<p>„(5) Mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, erlässt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen spätestens bis zum 1. Juli 2019 Richtlinien zur näheren Abgrenzung, wann die in Absatz 4 Nummer 3 Buchstabe c in der ab dem 1. Januar 2020 geltenden Fassung genannten Merkmale vorliegen und welche Kriterien bei der Prüfung dieser Merkmale mindestens heranzuziehen sind. Die Richtlinien nach Satz 1 sind im Benehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene zu beschließen; die Länder, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sind zu beteiligen. Für die Richtlinien nach Satz 1 gilt § 17 Absatz 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass das Bundesministerium für Gesundheit die Genehmigung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales erteilt und die Genehmigung als erteilt gilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden.“</p>
15. Dem § 75 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:	15. u n v e r ä n d e r t
„Die Maßstäbe und Grundsätze nach Absatz 2 Nummer 3 sind auch daraufhin auszurichten, dass das Personal bei demselben Einrichtungsträger in verschiedenen Versorgungsbereichen flexibel eingesetzt werden kann.“	
16. In § 78 Absatz 4 werden die Wörter „und die Festbeträge nach Absatz 3“ gestrichen.	16. u n v e r ä n d e r t
17. Nach § 89 Absatz 3 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:	17. Nach § 89 Absatz 3 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
„Bei der Vereinbarung der Vergütung sind die Grundsätze für die Vergütung von längeren	„Bei der Vereinbarung der Vergütung sind die Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezzeiten, insbesondere in ländlichen Räumen,

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Wegezeiten in <i>unterversorgten</i> ländlichen Räumen, die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches vorzusehen sind, zu berücksichtigen.“	die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches vorzusehen sind, zu berücksichtigen.“
18. § 106a wird wie folgt geändert:	18. u n v e r ä n d e r t
a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:	
„Zugelassene Pflegedienste, anerkannte Beratungsstellen, beauftragte Pflegefachkräfte sowie Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 durchführen, sind mit Einwilligung des Versicherten berechtigt und verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen, der privaten Versicherungsunternehmen sowie der Beihilfefestsetzungsstellen erforderlichen Angaben zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung der zuständigen Pflegekasse, dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen und der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle zu übermitteln.“	
b) Folgender Satz wird angefügt:	
„Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen.“	
19. In § 111 Absatz 1 Satz 1 werden nach der Angabe „§ 45c“ die Wörter „und der Mittel nach § 8 Absatz 9 Satz 1 und 2“ eingefügt.	19. u n v e r ä n d e r t
20. § 113b wird wie folgt geändert:	20. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 3 werden nach den Wörtern „Absätzen 4 und 8“ die Wörter „sowie nach § 8 Absatz 5 Satz 2“ eingefügt.	
b) In Absatz 3 Satz 8 werden nach den Wörtern „Absätze 4 und 8,“ die Wörter „des § 8 Absatz 5 Satz 2,“ eingefügt.	
c) In Absatz 9 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „ausgenommen sind die zur Wahrnehmung der Aufgabe nach § 8 Absatz 5 Satz 2 getroffenen Entscheidungen“ eingefügt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	20a. Nach § 114 Absatz 2 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:
	„Abweichend von Satz 1 ist im Zeitraum vom 1. November 2019 bis zum 31. Dezember 2020 in allen zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen nur mindestens einmal eine Prüfung durchzuführen. Die Richtlinien nach § 114c zur Verlängerung des Prüfrhythmus bei guter Qualität sind zu beachten. Die Landesverbände der Pflegekassen erteilen die Prüfaufträge für zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage der von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Ergebnisse.“
	20b. § 114a Absatz 1 Satz 2 und 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
	„Die Prüfungen sind grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen; Anlassprüfungen sollen unangemeldet erfolgen. Die Prüfungen in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen sollen unangekündigt erfolgen, wenn die Einrichtung ihrer Verpflichtung nach § 114b Absatz 1 gar nicht nachkommt, die Datenübermittlung unvollständig war oder von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b mangelnde Plausibilität der übermittelten Daten festgestellt wurde.“
	20c. Nach § 114a werden die folgenden §§ 114b und 114c eingefügt:
	„§ 114b
	Erhebung und Übermittlung von indikatorenbefugenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen
	(1) Die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, ab dem 1. Oktober 2019 bis zum 30. Juni 2020 einmal und ab dem 1. Juli 2020 halbjährlich zu einem bestimmten Stichtag indikatorenbefugene Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im vollstationären Bereich zu erheben und an die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zu übermitteln. Die indikatorenbefugenen Daten sind auf der Grundlage einer strukturierten Datener-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>hebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements zu erfassen. Wenn die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b bis zum 15. September 2019 nicht eingerichtet ist, haben die Landesverbände der Pflegekassen die Erfüllung der Aufgaben nach § 113 Absatz 1b sicherzustellen.</p>
	<p>(2) Die von den Einrichtungen gemäß Absatz 1 Satz 1 übermittelten indikatorenbezogenen Daten werden entsprechend den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a mit Ausnahme der zwischen dem 1. Oktober 2019 und dem 30. Juni 2020 erstmals erhobenen und übermittelten Daten veröffentlicht.</p>
	<p>(3) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird im Jahr 2019 ein einmaliger Förderbetrag in Höhe von 1 000 Euro für jede zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um die für die Erhebung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität notwendigen Schulungen in den Einrichtungen zu unterstützen. Die Modalitäten der Auszahlung der Fördermittel durch eine Pflegekasse werden von den Landesverbänden der Pflegekassen festgelegt. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten. Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und das Bundesversicherungsamt regeln das Nähere über das Verfahren zur Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sowie zur Feststellung und Erhebung der Beträge der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, durch Vereinbarung.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	§ 114c
	<p style="text-align: center;">Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht</p>
	<p>(1) Abweichend von § 114 Absatz 2 kann eine Prüfung in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2021 regelmäßig im Abstand von höchstens zwei Jahren stattfinden, wenn durch die jeweilige Einrichtung ein hohes Qualitätsniveau sichergestellt ist. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 30. September 2019 in Richtlinien Kriterien zur Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus sowie Kriterien für die Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 fest. Bei der Erstellung der Richtlinien sind die Empfehlungen heranzuziehen, die in dem Abschlussbericht des wissenschaftlichen Verfahrens zur Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 bis 114b und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a in der stationären Pflege „Darstellung der Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung“ in der vom Qualitätsausschuss Pflege am 17. September 2018 abgenommenen Fassung zum indikatorengestützten Verfahren dargelegt wurden. Die Feststellung, ob ein hohes Qualitätsniveau durch eine Einrichtung sichergestellt ist, soll von den Landesverbänden der Pflegekassen auf der Grundlage der durch die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Daten und der Ergebnisse der nach § 114 durchgeführten Qualitätsprüfungen erfolgen. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 an der Erstellung und Änderung der Richtlinien mit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene,</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Kriterien nach Satz 2 sind auf der Basis der empirischen Erkenntnisse der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zur Messung und Bewertung der Qualität der Pflege in den Einrichtungen sowie des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse regelmäßig, erstmals nach zwei Jahren, zu überprüfen.</p>
	<p>(2) Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.</p>
	<p>(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. September 2020, zum 31. März 2021 und danach jährlich über die Erfahrungen der Pflegekassen mit</p>
	<p>1. der Erhebung und Übermittlung von indikatorbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 114b Absatz 1 und</p>
	<p>2. Qualitätsprüfungen, die ab dem 1. November 2019 nach § 114 in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden.</p>
	<p>Für die Berichterstattung zum 31. März 2021 beauftragt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festgelegten Bewertungssystematik für die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen.“</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	20d. In § 118 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „den §§ 18b, 114a Absatz 7“ durch die Wörter „den §§ 18b, 114a Absatz 7, § 114c Absatz 1“ ersetzt.
	20e. In § 123 Absatz 1 Satz 6 werden die Wörter „6 erster Halbsatz, Satz 7“ durch die Wörter „9, 10 erster Halbsatz“ ersetzt.
21. § 133 wird wie folgt gefasst:	21. u n v e r ä n d e r t
„§ 133	
Rechtsform und Vertretung in gerichtlichen Verfahren	
<p>Das Sondervermögen ist nicht rechtsfähig. Es kann unter seinem Namen im rechtsgeschäftlichen Verkehr handeln, klagen und verklagt werden. Die Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren erfolgt ab dem 1. Januar 2020 durch das Bundesversicherungsamt. Die Entscheidung über die Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens trifft das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem in dem in § 134 Absatz 2 Satz 3 genannten Anlageausschuss vertretenen Bundesministerium für Gesundheit. Dem Bundesversicherungsamt bezüglich der Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren entstehende Kosten werden aus Mitteln des Pflegevorsorgefonds getragen. Der allgemeine Gerichtsstand des Sondervermögens ist Bonn. Die Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren einschließlich der Entscheidung über die Einleitung gerichtlicher Verfahren erfolgt bis zum Ablauf des 31. Dezember 2019 durch das Bundesministerium für Gesundheit. Für bis zum Ablauf des 31. Dezember 2019 anhängig gewordene gerichtliche Verfahren verbleibt die Vertretung bis zum Abschluss der Verfahren beim Bundesministerium für Gesundheit.“</p>	
22. Folgender § 146 wird angefügt:	22. u n v e r ä n d e r t
„§ 146	
Übergangs und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3	
(1) Für die jeweilige beratende Stelle gelten die Vergütungssätze nach § 37 Absatz 3 Satz 5 und 6 in der am 31. Dezember 2018 geltenden	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Fassung so lange, bis die Vergütung für Beratungseinsätze erstmals für die jeweilige beratende Stelle vereinbart oder durch die Landesverbände der Pflegekassen festgelegt wird.	
(2) Zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2, die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Fassung durchgeführt haben, gelten ab dem 1. Januar 2019 als nach § 37 Absatz 7 anerkannte Beratungsstellen.“	
Artikel 12	Artikel 12
Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
§ 28 Absatz 1 Nummer 9 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 11 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:	Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 11 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert :
	1. § 28 Absatz 1 Nummer 9 wird wie folgt gefasst:
„9. Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen (§ 43a),“.	9. un verändert
	2. § 71 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:
	„(4) Keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2 sind
	1. stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe an Bildung oder zur sozialen Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker Menschen oder von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen,
	2. Krankenhäuser sowie
	3. Räumlichkeiten,
	a) in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für diese im Vordergrund steht,

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	b) auf deren Überlassung das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung findet und
	c) in denen der Umfang der Gesamtversorgung der dort wohnenden Menschen mit Behinderungen durch Leistungserbringer regelmäßig einen Umfang erreicht, der weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht; bei einer Versorgung der Menschen mit Behinderungen sowohl in Räumlichkeiten im Sinne der Buchstaben a und b als auch in Einrichtungen im Sinne der Nummer 1 ist eine Gesamtbeurteilung anzustellen, ob der Umfang der Versorgung durch Leistungserbringer weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht.“
Artikel 13	Artikel 13
Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte	u n v e r ä n d e r t
In § 8 Absatz 2c des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 6 Absatz 6 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228) geändert worden ist, werden die Wörter „Aufwendung von mindestens 2 Euro“ durch das Wort „Aufwendungen“ und wird das Wort „ist“ durch das Wort „sind“ ersetzt.	
	Artikel 13a
	Änderung des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes
	Artikel 13 Absatz 3 des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes vom ... (BGBl. I S. ...) wird aufgehoben.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 14	Artikel 14
Inkrafttreten	Inkrafttreten
(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 5 am 1. Januar 2019 in Kraft.	(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 5 am 1. Januar 2019 in Kraft.
(2) Die Artikel 1 und 8 treten mit Wirkung vom ... [einsetzen: Tag nach dem Kabinettsbeschluss] in Kraft.	(2) Die Artikel 1 und 8 treten mit Wirkung vom ... [einsetzen: Tag nach dem Kabinettsbeschluss] in Kraft.
(3) Artikel 11 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 21 <i>tritt</i> am Tag nach der Verkündung in Kraft.	(3) Artikel 11 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 21 und Artikel 13a treten am Tag nach der Verkündung in Kraft.
(4) Artikel 3 tritt am 2. Januar 2019 in Kraft.	(4) Artikel 3 tritt am 2. Januar 2019 in Kraft.
(5) Die Artikel 10 und 12 treten am 1. Januar 2020 in Kraft.	(5) Die Artikel 10 und 12 treten am 1. Januar 2020 in Kraft.
	(6) Artikel 7 Nummer 19 tritt am 1. April 2020 in Kraft.

Bericht der Abgeordneten Dr. Roy Kühne, Dr. Edgar Franke, Dr. Axel Gehrke, Nicole Westig, Harald Weinberg, und Kordula Schulz-Asche

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Zu den Buchstaben a bis d

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksachen 19/4453, 19/4729** sowie die Anträge auf den **Drucksachen 19/4537, 19/4523** und **19/4524** in seiner 52. Sitzung am 27. September 2018 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

Den Gesetzentwurf auf **Drucksachen 19/4453, 19/4729** hat er zudem zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss und an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen. Ferner wurde der Haushaltsausschuss nach § 96 der Geschäftsordnung beteiligt.

Der Antrag auf **Drucksache 19/4537** wurde zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Arbeit und Soziales sowie an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

Die Anträge auf den Drucksachen 19/4523 und 19/4524 wurden zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss und an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Die Bundesregierung stellt fest, dass – obwohl die Zahl der Beschäftigten und der Auszubildenden im Pflegebereich angestiegen sei – der Bedarf an Pflegekräften nicht gedeckt werden könne. Diese Personalunterdeckung, die sich ohne geeignete Maßnahmen noch verstärken werde, habe eine Arbeitsverdichtung zur Folge. Daraus resultierten ein höherer Krankenstand und ein frühzeitiges Ausscheiden von Pflegekräften aus dem Beruf.

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sollen die Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern und Pflegeheimen spürbar entlastet werden. Dadurch werde die Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegebedürftigen weiter verbessert. Verbessert werden soll auch die Möglichkeit, dass Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung anbieten, um die physischen und psychischen gesundheitlichen Ressourcen der Beschäftigten zu stärken. Bei der Ein- und Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderung sollen Krankenhäuser und (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen verstärkt mit Leistungen der Krankenkassen unterstützt werden. Zudem enthält der Gesetzentwurf die erforderlichen Regelungen zur Fortführung des Krankenhausstrukturfonds. Aus dessen Mitteln sollen künftig auch Ausbildungsstätten für Pflegepersonal gefördert werden. Dadurch werde nach Auffassung der Bundesregierung auch die pflegerische Versorgung verbessert.

Die Pflege im Krankenhaus soll verbessert werden, indem jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig finanziert wird und auch Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal vollständig finanziert werden. Ferner sollen die krankenhausespezifischen Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung über ein Pflegebudget vergütet werden. Außerdem sollen Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für Pflegekräfte zeitlich befristet gefördert und die Bedingungen zur Schaffung von Ausbildungsplätzen verbessert werden. Gleichzeitig soll gewährleistet werden, dass Zusatzentgelte für erhöhten Pflegeaufwand auf einer gesicherten Datengrundlage abgerechnet werden können und der Krankenhausstrukturfonds mit einem Volumen von bis zu einer Milliarde Euro jährlich für die Dauer von vier Jahren fortgeführt wird.

Das Pflegepersonal in der Altenpflege wird gestärkt, indem vollstationäre Pflegeeinrichtungen zusätzliche Pflegekräfte einstellen können, die von der Krankenversicherung in vollem Umfang finanziert werden. Pflegeheime und Pflegedienste sollen künftig Zuschüsse erhalten, wenn sie Anschaffungen digitaler oder technischer Ausrüstung tätigen, die die Pflegekräfte in ihrer Arbeit entlasten. Maßnahmen und Angebote von Pflegeheimen und Pflegediensten sollen zudem dann unterstützt werden, wenn diese auf eine bessere Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für die Pflegekräfte zielen. Das Antragsverfahren für Krankenfahrten von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen vom Pflegeheim und der eigenen Häuslichkeit zur ambulanten Behandlung beim Facharzt und Zahnarzt soll vereinfacht und die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen weiter verbessert und vereinfacht werden. Zudem sollen Impulse für den Einsatz von elektronischer Kommunikation gegeben und der Anwendungsbereich der Nutzung von Video-Sprechstunden als telemedizinische Leistung erweitert werden.

Außerdem soll eine Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege insbesondere im ländlichen Raum durch eine bessere Honorierung der Wegezeiten erreicht und der Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen für pflegende Angehörige weiter erleichtert werden.

Ferner soll durch Neuregelungen des Infektionsschutzgesetzes der Schutz der öffentlichen Gesundheit gestärkt werden.

Der **Normenkontrollrat** hat gemäß § 6 Absatz 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates eine Stellungnahme abgegeben. Darin kommt er zu dem Ergebnis, dass das Bundesministerium für Gesundheit den Erfüllungsaufwand und die weiteren Kosten transparent und nachvollziehbar dargestellt habe. Deshalb erhebt der Nationale Normenkontrollrat im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen in dem Regelungsentwurf.

Der **Bundesrat** hat in seiner 970. Sitzung am 21. September 2018 gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes zu dem Gesetzentwurf Stellung genommen. Insgesamt hat der Bundesrat 40 Vorschläge und Empfehlungen für Änderungen des Gesetzentwurfs der Bundesregierung abgegeben. Die Einzelheiten der Stellungnahme des Bundesrates ergeben sich aus der Bundesratsdrucksache 376/18 (Beschluss).

Die **Bundesregierung** hat in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates zu einer Reihe von Vorschlägen eine Prüfung zugesagt, andere Vorschläge hat sie abgelehnt. Die Einzelheiten ergeben sich aus der Drucksache 19/4729. In ihrer Gegenäußerung stimmt die Bundesregierung dem Vorschlag Nummer 23 zu Artikel 6 Nummer 1 (§ 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7, Nummer 8, Nummer 9 und Nummer 10 – neu – IfSG) zu. Die gewünschte Regelung, die für eine klare rechtliche Grundlage für die Prüfung des Impfschutzes von Beschäftigten in bestimmten Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sorgt, wird dementsprechend systematisch an anderer Stelle eingefügt.

Eine Prüfung mit der Folge der Umsetzung ist insbesondere bei folgenden Vorschlägen erfolgt:

- Der Bundesrat hat gefordert, den geplanten gänzlichen Wegfall des Pflegezuschlags abzuwenden und die bislang im Rahmen des Pflegezuschlags vorgesehenen Mittel in den Landesbasisfallwert einzurechnen. Diesem Anliegen wird dadurch Rechnung getragen, dass aus den Mitteln des Pflegezuschlags rd. 200 Mio. Euro in den Landesbasisfallwert 2020 überführt werden und rd. 50 Mio. Euro jährlich bedarfsnotwendigen Krankenhäusern in ländlichen Gebieten zur Verfügung gestellt werden.
- Die vom Bundesrat geforderte Ausweitung der finanzwirksamen Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen im Rahmen des Pflegebudgets auf bereits in der Vergangenheit ergriffene Maßnahmen, die fortgesetzt werden, wird umgesetzt.
- Der Forderung, die Verbesserung der Vergütung für ambulante Pflegedienste bei längeren Wegezeiten nicht auf unterversorgte ländliche Gebiete zu beschränken, wurde entsprochen.
- Die Spezifizierung des Begriffs des Pflegedienstes zur zielgerichteten Bestimmung des Pflegepersonalquotienten wurde vorgenommen.
- Die vom Bundesrat geforderte Regelung, wonach die Rückforderung der von den Ländern vormals gewährten Investitionsfördermitteln nicht zum Ausschluss der Förderung mit Mitteln des Krankenhausstrukturfonds, sondern lediglich zu einer Reduzierung der insoweit förderfähigen Kosten führt, wird umgesetzt.
- Zudem wird die vom Bundesrat geforderte Regelung vorgesehen, nach der das Bundesversicherungsamt im Rahmen des Verwendungsnachweisverfahrens die Frist von 15 Monaten für die Vorlage der Verwendungsnachweise durch die Länder in begründeten Ausnahmefällen verlängern kann.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller stellen fest, dass stationäre Pflegeeinrichtungen aufgrund unterschiedlicher Regelungen für die gleichen, hochkomplexen Pflegeleistungen von den Pflegekassen deutlich weniger Vergütung erhielten als es im ambulanten oder häuslichen Bereich der Fall sei. Daran ändere auch das neue Pflegepersonal-Stärkungsgesetz nichts. Nach § 43 Absatz 2 Satz 1 SGB XI übernehme für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen die Pflegeversicherung die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zu gesetzlich festgelegten Pauschalbeträgen in Abhängigkeit vom Pflegegrad. Deshalb müsse der gesetzlich versicherte Heimbewohner einen großen Teil der medizinisch verordneten behandlungspflegerischen Leistungen selbst finanzieren. Dies gelte auch für privatversicherte Heimbewohner. Demgegenüber übernehme im Bereich der häuslichen Pflege die gesetzliche Krankenkasse alle Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen des § 37 SGB V. Gleichzeitig müssten die Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen die fehlende Refinanzierung durch hohe Eigenanteile an den Heimkosten ausgleichen, obwohl auch sie Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zahlten. An dieser ungerechten Finanzierungsgrundlage ändere auch der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Stärkung des Pflegepersonals nichts.

Die Antragsteller fordern deshalb, die ungerechte Behandlung von pflegebedürftigen Heimbewohnern bei der Finanzierung von medizinisch behandlungspflegerischen Leistungen durch entsprechende gesetzgeberische Maßnahmen zu beenden. § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V daher gestrichen werden. § 43 Absatz 2 Satz 1 SGB XI solle so geändert werden, dass künftig die Krankenkassen die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege übernehmen. § 84 Absatz 1 SGB XI müsse ebenfalls geändert werden, so dass die medizinische Behandlungspflege künftig von der GKV finanziert werde. Dadurch würden gleiche Finanzierungsgrundlagen für die Erbringung behandlungspflegerischer Leistungen in der ambulanten, häuslichen und vollstationären Pflege geschaffen.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller kritisieren, dass das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sich zum einen nur auf die Pflegekräfte konzentriere und andere Berufe im Krankenhaus nicht einbeziehe. Zum anderen könne durch den neuen Pflegepersonalquotienten der genaue Personalbedarf in der Pflege nicht beschrieben werden. Außerdem werde im Gesetzentwurf die mangelhafte Investitionsfinanzierung in den Krankenhäusern durch die Bundesländer bzw. die Investitionslücke nicht thematisiert. Das Problem, dass die Krankenhäuser über Personaleinsparungen Investitionen finanzierten, werde durch die Herausnahme der Personalkosten aus den Fallpauschalen eingedämmt, dadurch werde aber das Problem des Investitionsstaus umso dringlicher. Darüber hinaus müssten die Reha-Kliniken in das Regelwerk einbezogen werden.

Aus Sicht der Antragsteller sollten neben den Pflegekräften weitere Berufe im Krankenhaus aus den Fallpauschalen herausgenommen und bedarfsgerecht finanziert und die Reha-Kliniken in die Regelungen einbezogen werden. Zudem sei es besser, ein pflegewissenschaftlich ermitteltes und valides Instrument zur Ermittlung des Personalbedarfs zu entwickeln, statt einen Pflegepersonalquotienten einzuführen, der lediglich einen Ist-Zustand abbilden, aber nicht den Bedarf ermitteln könne. Damit die Bundesländer ihren Investitionsverpflichtungen nachkämen, solle für jeden zusätzlich in Krankenhäuser investierten Euro aus Bundesmitteln ein weiterer Euro für Krankenhausinvestitionen bis zu einer Gesamthöhe von 2,5 Milliarden Euro pro Jahr für die kommenden zehn Jahre gezahlt werden.

Zu Buchstabe d

Die Antragsteller monieren, dass das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz im ambulanten Bereich der Alten- und Krankenpflege lediglich eine bessere Vergütung der Wegezeiten vorsehe, wodurch keine neuen Pflegefachkräfte in der ambulanten Pflege gewonnen würden. Auch würden die Kosten der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen nicht vollständig durch die GKV refinanziert. Die vorgesehenen zusätzlichen 13 000 Fachkräfte würden kaum den Bedarf decken. Außerdem seien weder die tarifliche Bezahlung in der häuslichen Krankenpflege noch die Anhebung der Vergütung ambulanter Pflegekräfte auf das Niveau im Krankenhaus klar geregelt. Dadurch werde die Altenpflege entwertet, wodurch eine Abwanderung der Pflegekräfte in den Krankenhausbereich drohe.

Aus Sicht der Antragsteller sei ein Gesamtkonzept für bessere Arbeitsbedingungen im Pflegebereich erforderlich, das u. a. sowohl die komplette Refinanzierung aller nach Tarif bezahlten Pflegestellen als auch der medizinischen

Behandlungspflege in stationären Altenpflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenpflege festschreibe. Als Sofortmaßnahme wäre zur Finanzierung der Pflegevorsorgefonds in einen Pflegepersonalfonds umzuwandeln. Zudem sei auch für die stationäre Altenpflege sofort eine verbindliche Personalbemessung erforderlich. Die Antragsteller forderten zudem eine Investitionsoffensive für die Altenpflege, um die Investitionskosten für Menschen mit Pflegebedarf bundeseinheitlich zu begrenzen sowie eine sofortige Deckelung der Eigenanteile für die Menschen mit Pflegebedarf in den Pflegeheimen.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 25. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen. Zudem hat der Haushaltsausschuss auf Grund seiner Beteiligung nach § 96 der Geschäftsordnung einen eigenen Bericht vorgelegt.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 17. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** hat sich gemäß des Einsetzungsantrags (Drucksache 19/1837) im Rahmen seines Auftrags zur Überprüfung von Gesetzentwürfen und Verordnungen der Bundesregierung auf Vereinbarkeit mit der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie mit dem Gesetzentwurf auf Drucksache 19/4453 befasst und festgestellt, dass eine Prüfbite nicht erforderlich ist, da die Darstellung der Nachhaltigkeitsprüfung plausibel ist (Ausschussdrucksache 19(26)4-2).

Zu Buchstabe b

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 25. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4537 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 26. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4537 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 17. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4537 abzulehnen.

Zu Buchstabe c

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 25. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4523 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 17. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4523 abzulehnen.

Zu Buchstabe d

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 25. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4524 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 17. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4524 abzulehnen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 19. Sitzung am 26. September 2018 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 sowie zu den Anträgen auf den Drucksachen 19/4537, 19/4523 und 19/4524 – vorbehaltlich der Überweisung der Vorlagen durch das Plenum des Deutschen Bundestages – eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 22. Sitzung am 10. Oktober 2018 hat der Ausschuss die Beratungen zu den vier Vorlagen sowie zu den Änderungsanträgen zum Gesetzentwurf auf Ausschussdrucksache 19(14)38.1 aufgenommen und beschlossen, die Änderungsanträge ebenfalls in die öffentliche Anhörung einzubeziehen.

Die öffentliche Anhörung fand in der 23. Sitzung am 10. Oktober 2018 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK), Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V., Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Stiftung Patientenschutz, Deutscher Berufsverband für Altenpflege e. V. (DBVA), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e. V., Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e. V. (DHPV), Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Deutscher Städtetag, Fachgesellschaft Profession Pflege e. V., gematik – Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Pflege in Bewegung e. V., Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD) und Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Isabell Halletz (Arbeitgeberverband Pflege e. V. (AGVP)), Dr. Susanna Kochskämper (Institut der deutschen Wirtschaft Köln), Prof. Dr. Heinz Rothgang (Universität Bremen), Prof. Dr. Jonas Schreyögg (Universität Hamburg), Prof. Dr. Michael Simon (Hochschule Hannover), Prof. Dr. Gregor Thüsing (Universität Bonn) und Helmut Wallrafen (Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH). Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird verwiesen.

In der 25. Sitzung am 7. November 2018 hat der Ausschuss seine Beratungen zum Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 sowie zu den Anträgen auf den Drucksachen 19/4537, 19/4523 und 19/4524 abgeschlossen.

Beratungsergebnisse

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 in der vom Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Ferner empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/4537 abzulehnen.

Ferner empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache 19/4523 abzulehnen.

Ferner empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN den Antrag auf Drucksache 19/4524 abzulehnen.

Änderungsanträge zum Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4453, 19/4729

Der Ausschuss hat im Rahmen seiner Beratungen eine Reihe von Änderungen beschlossen. Diese betrafen insbesondere:

- Aus dem Pflegezuschlag werden rd. 200 Mio. Euro in die Landesbasisfallwerte 2020 überführt. Hierdurch wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die Krankenhäuser den Pflegezuschlag in nicht zu vernachlässigendem Umfang nicht zur Finanzierung von Pflegepersonalkosten eingesetzt haben und diese Mittel nicht in das Pflegebudget übergehen.
- Zusätzlich erhalten im Zusammenhang mit der Überführung von nicht für die Pflege verwendeten Mitteln des Pflegezuschlags zudem bedarfsnotwendige Krankenhäuser in ländlichen Gebieten ab dem Jahr 2020 jährlich insgesamt rd. 50 Mio. Euro, um damit eine bessere Versorgung im ländlichen Raum gewährleisten zu können. Die Krankenhäuser müssen die Voraussetzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für einen Sicherstellungszuschlag erfüllen. Je Krankenhaus wird ein Zuschlag von 400.000 Euro pro Jahr gezahlt.
- Die aus dem DRG-System auszugliedernden Pflegepersonalkosten werden präzisiert als diejenigen, die für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen (Pflege am Bett) entstehen. Damit wird möglichen Fehlentwicklungen vorgebeugt, die bei einer durch die Kostenerstattung stark geförderten personellen Ausweitung der diagnostischen und interventionellen Krankenhausbereiche durch eine dynamischere Leistungsentwicklung ansonsten eintreten könnten.
- Die Möglichkeit zur finanzwirksamen Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen im Rahmen des Pflegebudgets wird erweitert auf bereits in der Vergangenheit ergriffene Maßnahmen, die fortgesetzt werden. Zugleich können die durch pflegeentlastende Maßnahmen eingesparten Pflegepersonalkosten in Höhe von bis zu 3 Prozent erhöhend im Pflegebudget berücksichtigt werden.
- Die Entwicklung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung erfolgt im Rahmen eines lernenden Systems. Mögliche Budgetminderungen für die Krankenhäuser aufgrund der Einführung des Pflegebudgets werden deshalb in den ersten beiden Jahren begrenzt und zwar im Jahr 2020 auf 2 Prozent und im Jahr 2021 auf 4 Prozent.
- Die Selbstverwaltungspartner werden mit der Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen beauftragt, für die das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ein Datenkonzept zur Übermittlung der erforderlichen Daten entwickelt. Zudem werden Mitteilungs- und Veröffentlichungspflichten festgelegt und die Sanktionen für den Fall der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen näher bestimmt. Für den Pflegepersonalquotienten wird die Bezeichnung Pflegedienst dahingehend präzisiert, dass nur der Pflegedienst in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen erfasst wird. Außerdem wird die Sanktionierung für den Fall des Unterschreitens der festgelegten Untergrenze geregelt.
- Die Anreize für die Krankenhausträger und die Länder, nicht bedarfsgerechte akutstationäre Versorgungskapazitäten abzubauen, werden durch Anhebung der Pauschalbeträge, mit denen die Stilllegung von Krankenhausbetten mit Mitteln des Krankenhausstrukturfonds gefördert werden kann, deutlich erhöht.
- Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen werden auch insoweit gefördert, als Hochschulkliniken daran beteiligt sind.
- Vorhaben zur Bildung von Zentren für seltene, komplexe, schwerwiegende Erkrankungen werden aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds nur gefördert, wenn entsprechende Versorgungskapazitäten im Rahmen gemeinsamer Vorhaben von Hochschulkliniken und nicht universitären Kliniken an einer Hochschulklinik konzentriert werden.

- Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information erhält die gesetzliche Grundlage für Klarstellungen und Änderungen zu den medizinischen Klassifikationen (OPS und ICD). Damit wird vermieden, dass aufgrund von Auslegungsunsicherheiten, die z. B. durch BSG-Urteile entstehen (zur Schlaganfallversorgung), eine Vielzahl von zurückliegenden Abrechnungsverfahren erneut aufgegriffen wird.
- Die vierjährige Verjährungsfrist für Vergütungsansprüche der Krankenhäuser und Rückforderungsansprüche der Krankenkassen wegen überzahlter Vergütungen wird auf zwei Jahre verkürzt, um die durch Rückforderungsbegehren der Krankenkassen hervorgerufene Rechtsunsicherheit abzumildern. Für die Ansprüche der Krankenkassen auf Rückforderung von gezahlten Vergütungen gilt dies rückwirkend.
- Anstelle der Vertragsparteien auf Bundesebene wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, bis Ende 2019 die besonderen Aufgaben von Zentren zu konkretisieren. Damit wird die Zielsetzung verfolgt, dass die besonderen Aufgaben klar von den Regelaufgaben der Krankenhäuser abgegrenzt werden und Krankenhäuser, die besondere Aufgaben leisten, regelhaft entsprechende Zuschläge erhalten.
- Anstelle der Vertragsparteien auf Bundesebene wird die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus getragene Datenstelle mit der Weiterentwicklung der datentechnischen Vorgaben des Datensatzes nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes beauftragt.
- Die Regelung zur Betreuung Pflegebedürftiger während einer stationären Rehabilitation des pflegenden Angehörigen wird praktikabler gefasst, indem die Verantwortungsbereiche von Kranken- und Pflegekasse neu abgegrenzt werden.
- In der Regelung zur Vergütung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege wird klargestellt, dass aufwändigere Wegezeiten stets mit einem angemessenen Zuschlag zu vergüten sind. Diese Regelung wird entsprechend in der Regelung für den Bereich der Pflegeversicherung übernommen. Zum anderen wird geregelt, dass die Zahlung tariflicher Arbeitsentgelte in der häuslichen Krankenpflege von den Krankenkassen nicht mehr als unwirtschaftlich zurückgewiesen werden kann. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität soll insofern keine Anwendung mehr finden.
- Die im Gesetzentwurf vorgesehene Genehmigungsfiktion für Fahrten von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen in die Praxis des Facharztes oder Zahnarztes wird auf alle Fahrten zur ambulanten Behandlung ausgeweitet. Damit sind auch Fahrten zu Hausärzten und Heilmittelerbringern einbezogen. So werden u. a. Abgrenzungsprobleme vermieden, da Hausärzte auch fachärztliche Leistungen erbringen.
- Auf die im Gesetzentwurf vorgesehene Anwendung der Genehmigungsfiktion auch bei den Versicherten, deren Beeinträchtigung mit derjenigen der Versicherten vergleichbar ist, die in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 der Pflegeversicherung eingestuft sind oder einen Schwerbehindertenausweis vorlegen können, wird verzichtet. Der Begriff der Vergleichbarkeit ist für den verordnenden Arzt zu unbestimmt. Bei diesen Versicherten sollen die Kassen auch weiterhin eine Einzelfallprüfung vornehmen können, ob der Anspruch auf Kostenübernahme besteht.
- Ist bei stationärer Behandlung aus medizinischen Gründen eine Begleitung des Patienten erforderlich, kann diese Begleitperson künftig auch außerhalb der stationären Einrichtung untergebracht werden, wenn eine Mitaufnahme in der Einrichtung nicht möglich ist.
- Die Sanktionsregelung zum Versichertenstammdatendienst in der vertragsärztlichen Versorgung in § 291 SGB V wird dahingehend angepasst, dass von der Sanktion für die Nichtdurchführung des Versichertenstammdatendienstes bis zum 1. Juli 2019 abgesehen wird, sofern die Anschaffung der erforderlichen Ausstattung vor dem 1. April 2019 vertraglich vereinbart wird.
- Im Bereich der Pflegeversicherung werden bei den zusätzlichen GKV-finanzierten Stellen in der vollstationären Pflege verschiedene Klarstellungen ergänzend aufgenommen: Möglichkeit der Aufstockung von Teilzeitstellen neben Neueinstellungen, Präzisierungen zum Verfahren bis zum Vorliegen der näheren Bestimmungen durch den GKV-Spitzenverband sowie Aufnahme der zwingenden Voraussetzung bei der ausnahmsweise jetzt nach vier Monaten möglichen Finanzierung von Pflegehelfern, dass diese sich in einer Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden. Damit wird das Ziel, mehr Pflegefachkräfte in der vollstationären Pflege zu gewinnen, weiter unterstützt.

- Um die Ausschöpfung der Mittel der Pflegeversicherung zur Förderung der Selbsthilfe in der Pflege zu erhöhen, werden verschiedene Maßnahmen zur Vereinfachung der Förderung und Verstärkung des Engagements im Bereich der Selbsthilfeförderung in der Pflege eingeführt.
- Das gemäß zweitem Pflegestärkungsgesetz (PSG II) im Auftrag der Pflegeselbstverwaltung wissenschaftlich entwickelte neue stationäre Qualitätssystem wird verbindlich eingeführt: ab dem 1. Oktober 2019 beginnen die vollstationären Pflegeeinrichtungen mit der Erhebung und Übermittlung von Versorgungsdaten, ab dem 1. November 2019 werden die Qualitätsprüfungen nach dem neuen System durchgeführt. Zudem wird die Möglichkeit geschaffen, den Prüfrhythmus bei guter Ergebnisqualität zu verlängern. Um einen besseren Ablauf der Qualitätsprüfungen zu ermöglichen, werden diese zukünftig auch im stationären Bereich angekündigt. Voraussetzung ist die ordnungsgemäße Teilnahme an der Erhebung und Übermittlung der Qualitätsdaten durch die Einrichtung. Die vollstationären Pflegeeinrichtungen erhalten zur Unterstützung der Umstellung im Jahr 2019 eine finanzielle Förderung.
- Das bisherige Einzelvertragsmodell in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) wird auf ein Zulassungsmodell mit einheitlichen Rahmenverträgen auf Bundesebene umgestellt. SAPV-Teams, die die Leistungsvoraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf den Abschluss von Versorgungsverträgen mit den Krankenkassen.
- Mit den in Artikel 7 Nummern 18 und 19 und Artikel 13a vorgesehenen Änderungen sowie den diesbezüglichen Regelungen zum Inkrafttreten in Artikel 14 wird die Übergangsregelung des § 324 SGB V, die ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit unter bestimmten Voraussetzungen Zugang zur freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt, um ein Jahr verlängert. Damit wird ausgeschlossen, dass es aufgrund der Kündigungsfristen in einer privaten Krankenversicherung zu einer Doppelbelastung der Betroffenen mit Beiträgen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kommt.
- Um die Arbeit der Gesundheitsbehörden zu erleichtern, sollen auch die mit der polizeilichen Kontrolle des grenzüberschreitenden Verkehrs beauftragten Behörden Daten über einreisende Personen erheben und an die Gesundheitsbehörden übermitteln können, die nach den erlassenen Rechtsverordnungen nach § 36 Absatz 6 oder Absatz 7 IfSG ein ärztliches Attest vorzulegen haben oder sich bei Nichtvorlage einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen haben, weil diese wegen ihrer Herkunft oder Lebenssituation einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren.

Der auf Ausschussdrucksache 19(14)38.1neu vorliegende Änderungsantrag Nummer 6 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD angenommen.

Die auf Ausschussdrucksache 19(14)38.1neu vorliegenden Änderungsanträge Nummer 1 bis 5 sowie Nummer 7 bis 19 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Der auf Ausschussdrucksache 19(14)38.2 vorliegende Änderungsantrag Nummer 10 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD angenommen.

Die auf Ausschussdrucksache 19(14)38.2 vorliegenden Änderungsanträge Nummer 1 bis 9 sowie Nummer 11 bis 23 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Der auf Ausschussdrucksache 19(14)38.4 vorliegende Änderungsantrag Nummer 12a wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und DIE LINKE. angenommen.

Zudem hat dem Ausschuss auf Ausschussdrucksache 19(14)38.5 ein Änderungsantrag der Fraktion der FDP vorgelegen, der mit dem Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt wurde. Dieser hatte folgenden Inhalt:

Änderungsantrag zu Artikel 11 Nummer 3 (§ 8 Absatz 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

1. In Artikel 11 Nummer 3 wird § 8 Absatz 8 wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „2021“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.

b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Förderungsfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung, damit verbundene Schulungen sowie die im Zusammenhang mit der Implementierung stehende Aufwendungen.“

c) In Satz 3 wird die Angabe „40“ durch die Angabe „64“ ersetzt.

d) In Satz 4 wird die Angabe „12 000“ durch die Angabe „32 000“ ersetzt.

Begründung des Änderungsantrages:

Zu Buchstabe a

Die Digitalisierung stellt einen Prozess dar. Bis das volle Potenzial ausgeschöpft wird, werden Jahre vergehen. Ebenso sind dauerhaft Updates der Hard- und Software und der Lizenzen notwendig. Außerdem muss den Pflegeeinrichtungen Raum für eine Evaluation der digitalen Maßnahmen gegeben werden. Sie benötigen die Möglichkeit, digitale Anwendungen nach einer Testphase notfalls als ineffizient zurückzuweisen und wiederum alternative Systeme zu implementieren. Die Änderung sieht daher vor, die die Förderperiode bis zum Jahr 2025 auszuweiten.

Zu Buchstabe b

Die Anschaffung digitaler und technischer Anwendungen ist nur ein Teilschritt der Digitalisierung. Es bedarf einer aus der Anschaffung resultierenden Prozessoptimierung, der Administration, dem Aufbau von Fachkompetenzen und vielen weiteren einhergehenden strukturellen Maßnahmen. Besonders beim Neuaufbau dieser Technologien und Kompetenzen ist zunächst mit einem Mehraufwand zu rechnen. Mit der Änderungen wird auch dieser Mehraufwand förderungsfähig.

Zu Buchstabe c

Das im Gesetzesentwurf der Bundesregierung vorgesehene Investitionsvolumen zur Digitalisierung in Höhe von 30.000 Euro ist deutlich zu niedrig angesetzt und unterschätzt den Investitionsstau in den Altenpflegeeinrichtungen. Die Änderung sieht daher eine Erhöhung der Summe auf 50.000 Euro vor. Die notwendigen Eigenanteile der Pflegeeinrichtungen zum Erreichen der maximalen Fördersumme werden im Vergleich zum vorgelegten Gesetzesentwurf konstant bei 18.000 Euro pro Einrichtung gehalten, wodurch sich der Anteil der Förderung auf bis zu 64 Prozent erhöht.

Zu Buchstabe d

Die Änderung resultiert auf der Änderung zu Buchstabe c.

Zudem haben dem Ausschuss auf Ausschussdrucksache 19(14)38.3 zwei Änderungsanträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vorgelegen, die mit dem Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, FDP und DIE LINKE. abgelehnt wurden. Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 19(14)38.3 hatten folgenden Inhalt:

Änderungsantrag 1 – Zu Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe (§ 17b KHG)

Artikel 1 Nummer 2 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe b wird wie folgt geändert:

In Absatz 4 Satz 9 wird der erste Halbsatz wie folgt geändert:

„Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 legen dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit die Berichte nach Satz 10 über die Auswirkungen“

b) Buchstabe c wird wie folgt neu gefasst:

„Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Das Bundesministerium für Gesundheit führt eine Begleitforschung durch insbesondere zu den Auswirkungen der Einführung des Pflegebudgets auf die Qualität der pflegerischen Versorgung insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit hohem Pflegebedarf, die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte sowie die Veränderung in anderen Funktionsbereichen des Krankenhauses. Es schreibt dazu bis 31.12.2023 Forschungsaufträge aus. Das Bundesministerium für Gesundheit unterrichtet den Bundestag über die Ergebnisse der Begleitforschung.““

c) der bisherige Buchstabe c wird zu Buchstabe d.

Begründung des Änderungsantrages:

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung wird sichergestellt, dass der Deutsche Bundestag über die Inhalte des Zwischenberichtes sowie des Abschlussberichtes aus der Selbstverwaltung zu den Auswirkungen seiner Gesetzgebung Kenntnis erlangt.

Zu Buchstabe b

Zweck der Regelung ist ergänzend zu den die Kosten und die Zahl der Pflegepersonalstellen umfassenden Berichten der Selbstverwaltung nach Absatz 4 eine systematische wissenschaftliche Begleitforschung des neuen Pflegebudgets. Dabei soll wissenschaftlich insbesondere evaluiert werden, welche Auswirkungen das neue Vergütungsinstrument hat auf die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten, auf die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte sowie Veränderungen beispielsweise hinsichtlich von Aufgaben und Stellenanzahl in den anderen Funktionsbereichen des Krankenhauses wie etwa auf die ärztlichen Berufe, den medizinisch-technischen Dienst sowie Funktionsdienste.

Änderungsantrag 2 – Zu Artikel 9 Nummer 7 (§ 9 Abs. 1 KHEntgG)

Artikel 9 Nummer 7 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe a) Doppelbuchstabe cc) wird die Angabe „Nummern 7 bis 9“ durch die Angabe „Nummern 7 bis 8“ ersetzt.

b) Nummer 9 wird gestrichen.

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht bislang im Zusammenhang mit der Einführung eines Pflegebudgets die Streichung von pflegespezifischen Prozedurenschlüsseln nach §30I Abs. 2 Satz 2 SGB V vor.

Mit dem Änderungsantrag soll die vorgesehene Streichung der pflegespezifischen Prozedurenschlüssel aufgehoben werden.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Streichung würde dazu führen, dass Unterschiede in der Versorgung bei der Vergütung nicht mehr abgebildet werden können. So wird beispielsweise durch den OPS 9-20 („Hochaufwendige Pflege von Patienten“) sichtbar, wo hochaufwendige Patienten versorgt werden und ob diese Patienten auch die von ihnen benötigten Pflegeleistungen erhalten. Hochaufwendige Fälle werden nur durch entsprechende Indikatoren bzw. Schlüssel wirksam in der Kalkulation sichtbar, wenn Pflegeindikatoren im System gesetzt sind. Pflegespezifische Prozedurenschlüssel sorgen dafür, dass hochaufwendige Patienten eine Pflege entsprechend ihrem Bedarf erhalten. Eine Streichung bedeutet demnach einen wirkungslosen Pflegepersonalquotienten und eine deutliche Verschlechterung in der Kalkulation. Es ist demzufolge kontraproduktiv genau jene Schlüssel zu streichen, welche maßgebliche Unterschiede im Pflegeaufwand und Ressourceneinsatz darstellen können. Auf diese Weise wird die Chance verpasst, ein aufwandsarmes und bedarfsgerechtes Personalbemessungsinstrument zu etablieren.

In der öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses zu diesem Gesetzentwurf wurde durch Experten dargelegt, dass bei Streichung der pflegerelevanten OPS-Kodes aktivierend-therapeutische Pflegeleistungen welche

in den letzten Jahren wieder vermehrt auf Normalstation etabliert wurden wie beispielsweise besondere die Selbständigkeit fördernde Pflegekonzepte bei demenziell erkrankten Patientinnen und Patienten künftig nicht mehr in der Vergütung abgebildet und damit womöglich auch nicht mehr erbracht werden. Dies betrifft beispielsweise Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege (ZE 130).

Es besteht somit durch die Streichung der Prozedurenschlüssel das Risiko, dass eingeleitete Verbesserungen in der Pflege wie zum Beispiel Verbesserung der Pflegeprozessdokumentation etwa durch den Einsatz moderner Informationstechnologien, vermehrte aktivierende therapeutische Pflege, Erhöhung der pflegerischen Aufmerksamkeit bei demenziell erkrankten Patientinnen und Patienten wieder aufgegeben werden.

In der öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses zu diesem Gesetzentwurf wurde ferner dargelegt, dass mit der vorgesehenen Streichung der Schlüssel auch die Transparenz über erbrachte Pflegeleistungen abnimmt. Damit würde zwar mehr Geld für Pflegepersonal ausgegeben, aber es würde nicht nachgewiesen, dass dies durch mehr und bessere Pflegeleistungen auch bei den Patientinnen und Patienten ankommt.

Das im Gesetzentwurf vorgetragene Argument des Bürokratieabbaus ist im Übrigen nicht stichhaltig. Durch moderne, IT-gestützte Dokumentationsverfahren und konsequente Vermeidung von Doppeldokumentationen kann der Aufwand beschränkt werden.

Zudem haben dem Ausschuss auf Ausschussdrucksache 19(14)38.6 weitere Änderungsanträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vorgelegen, die mit dem Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNE bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, FDP und DIE LINKE. abgelehnt wurden. Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 19(14)38.6 hatten folgenden Inhalt:

Änderungsantrag 3 zu Artikel 9 Nummer 2a – neu – (§ 5 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nach Artikel 9 Nummer 2 wird Nummer 2a eingefügt:

„2a. Dem § 5 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Soweit dem Krankenhaus in den Jahren 2018, 2019 und 2020 in Folge zwischenzeitlicher Konkretisierungen der Diagnoseschlüssel OPS 8-98b und OPS 8-981 in der Fassung des Jahres 2014 durch berechnete Rückforderungsansprüche der Krankenkassen für in der Vergangenheit bereits abgeschlossene Abrechnungsverfahren der Jahre 2014, 2015 und 2016 zusätzliche Ausgaben entstehen, sind diese dem Krankenhaus auszugleichen. Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren dazu Gewährleistungszuschläge in entsprechender Höhe. Für eine entsprechende Prüfung hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen, aus dem die jeweiligen Ansprüche des Krankenhauses differenziert nachvollziehbar sind. Der dem Krankenhaus nach Satz 1 zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie die sonstigen Entgelte finanziert. Der Zuschlag wird gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Ein Anspruch auf Zuschlag besteht nicht für zusätzliche Ausgaben, die aus Rückforderungsansprüche der Krankenkassen aufgrund von Qualitätsdefiziten der Leistungserbringung durch die Krankenhäuser entstehen.““

Begründung:

Mit der ergänzenden Regelung im Krankenhausentgeltgesetz wird dem Anliegen der Krankenhäuser Rechnung getragen, Mehrbelastungen aufgrund von jüngst ergangener höchstrichterlicher Rechtsprechung (BSG Urteil v. 19.06.2018 zur Auslegung der Transportentfernung im OPS 8-98b und OPS 8-981) entgegen zu wirken. Der Änderungsantrag regelt einen Ausgleich für Rückforderungsansprüche der Krankenkassen zu Gunsten der Krankenhäuser. Dieser Ausgleich trägt damit der durch die Rechtsprechung hervorgerufenen Belastung Rechnung und leistet einen wesentlichen Beitrag zur wirtschaftlichen Sicherheit von betroffenen Krankenhäusern.

Änderungsantrag 4 zu Artikel 7 Nummer 8a – neu – (§ 109 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nach Artikel 7 Nummer 8 wird folgende Nummer 8a eingefügt:

„8a. Dem § 109 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen und Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen verjähren in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind. Satz 1 gilt für alle Ansprüche, die nach dem 01.01.2019 entstanden sind.“

Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs entsprechend.““

Begründung:

§45 SGB I legt die Verjährungsfrist im Sozialrecht mit vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Forderung entstanden ist, fest. Diese Verjährungsfrist gilt gleichermaßen für Ansprüche der Krankenhäuser auf Zahlung der Vergütung erbrachter Leistungen und für Ansprüche der Krankenkassen auf Erstattung überzahlter Vergütungen. Die nunmehr eingefügte Regelung in § 109 SGB V normiert eine spezialgesetzliche Verjährungsvorschrift, die in strittigen Fällen zu einer schnelleren Herstellung des Rechtsfriedens beiträgt. Damit wird zukünftig das Verfahren der Abrechnungsprüfung beschleunigt, indem die Krankenhäuser zu einer korrekten Rechnungsstellung und die Krankenkassen zu einer schnellen Prüfung aufgefordert sind. Durch die Geltung der Regelung gleichermaßen für Krankenhäuser und Krankenkassen wird sichergestellt, dass eine symmetrische Frist bei strittigen Abrechnungsfragen gilt und bereits aufgerechnete Forderungen nicht gerichtlich geltend gemacht werden müssen. Folglich werden die Sozialgerichte entlastet und ein Ungleichgewicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung vermieden. Für beide Seiten wird sichergestellt, dass das etablierte Forderungsmanagement und die Prüfprozesse umgestellt werden können.

Mit der Änderung trägt der Gesetzgeber auch der Intention des Beitragsschuldengesetzes Rechnung. Bereits 2013 hat er die Bedeutung gleich langer Spieße selbst erkannt. Die Krankenhäuser und Krankenkassen sind der Verpflichtung zum Abschluss eines symmetrisch ausgestalteten MDK Prüfverfahrens nachgekommen. In der sog. Prüfverfahrensvereinbarung konnten sich Krankenhäuser und Krankenkassen gerade auf solche bestehenden Symmetrien einigen. Zudem werden mit einer symmetrischen Frist die Anliegen des BRH-Gutachtens umgesetzt.

Änderungsantrag 5neu zu Artikel 7 Nummer 17 Buchstabe a0 – neu – (§ 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Dem Artikel 7 Nummer 17 wird folgender Buchstabe a0 vorangestellt:

,a0 Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information kann bei Auslegungsfragen zu den Prozedurenschlüsseln OPS 8-98b und OPS 8-981 in der Fassung des Jahres 2019 Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vornehmen, soweit diese nicht zu erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führen.“ ‘

Begründung:

Die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Verschlüsselungen der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) und des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) enthalten auch Ausführungen zur Anwendung dieser Schlüssel. Insbesondere bei den Komplexziffern des OPS handelt es sich hierbei teils um strukturelle Anforderungen, deren Erfüllung Voraussetzung für die Vergütung der entsprechenden Krankenhausleistungen ist. In der Praxis sind in der Vergangenheit Streitverfahren über die Auslegung dieser strukturellen Anforderungen aufgetreten. Aktuelles Beispiel hierfür sind die Urteile des Bundessozialgerichts vom 19. Juni 2018 zur Auslegung der Transportentfernung im OPS 8-98b. Um zu vermeiden, dass aufgrund derartiger Auslegungsunsicherheiten eine Vielzahl von zurückliegenden Abrechnungsverfahren erneut aufgegriffen und abgerechnet wird, wird klargestellt, dass das DIMDI zu den Prozedurenschlüsseln OPS 8-98b und OPS 8-981 in der Fassung des Jahres 2019 Klarstellungen und Änderungen der Formulierungen auch mit Wirkung für die Vergangenheit vornehmen kann. Zur Vermeidung einer unzulässigen Rückwirkung dürfen sich diese jedoch nicht zum Nachteil von Leistungserbringern nachträglich ändernd zu bereits abgeschlossenen Sachverhalten auswirken.

Petitionen

Zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 lag dem Ausschuss für Gesundheit eine Petition vor, zu der der Petitionsausschuss eine Stellungnahme nach § 109 der Geschäftsordnung angefordert hatte. Die Petition wurde in den Beratungsprozess einbezogen und der Petitionsausschuss entsprechend informiert.

Fraktionsmeinungen

Die **Fraktion der CDU/CSU** betonte, mit diesem Gesetz werde die Pflege nachhaltig und umfassend gestärkt, so dass von einem Paradigmenwechsel gesprochen werden könne. Es würden sehr maßgebliche und weitreichende Verbesserungen auf den Weg gebracht, so zum Beispiel die Herausnahme der Pflege aus den Diagnosis Related Groups (DRG). Damit werde den Krankenhäusern die Möglichkeit gegeben, ohne finanzielle Deckelung so viel Pflegepersonal wie nötig zu rekrutieren. Das Argument, es fehle das Geld, könne nicht mehr geltend gemacht werden, da die Finanzierung durch die Pflegebudgets sichergestellt werde. Auch in der Altenpflege komme es unter anderem mit der Schaffung von 13 000 zusätzlichen Stellen zu zahlreichen Verbesserungen. Zum Antrag der AfD hieß es, die geforderte Übernahme der Kosten für die Behandlungspflege würde in der Tat dazu führen, dass die Eigenanteile gesenkt werden könnten. Allerdings würden dadurch zwischen der Behandlungspflege und der „normalen“ Pflege neue Schnittstellen innerhalb der Einrichtungen geschaffen werden, so, die neue Probleme aufwerfen würden. Den von den Antragstellern angesprochenen Problemen würden durch die Maßnahmen des PpSG, so z. B. mit der Schaffung der 13 000 zusätzlichen Stellen für die medizinische Behandlungspflege in Altenheimen zielführend begegnet. Der Antrag der Fraktion DIE LINKE. zur Pflege im Krankenhaus fordere u. a. weitere Berufe aus den DRGs herauszunehmen (z. B. Hebammen, Heilmittelberufe, Ärzte, Reinigungskräfte). Dies lehne die Unionsfraktion ab, da dadurch das DRG-System nahezu ausgehöhlt werde. Die Beschränkung auf das Pflegepersonal sei zudem wegen des akuten Fachkräftemangels in diesem Bereich sachlich gerechtfertigt. Die Fraktion DIE LINKE. fordere in einem weiteren Antrag zurecht eine tarifliche Bezahlung in der ambulanten Behandlungspflege. Dem trage man mit einem entsprechenden Änderungsantrag Rechnung, wonach die Kassen künftig bei tariflicher Bezahlung in der Behandlungspflege im SGB XI keine Unwirtschaftlichkeit entgegenhalten können. Bei der Vorgabe von Bemessungszahlen in der Altenpflege hätten die Länder bereits entsprechende Vorgaben gemacht. Was den Pflegevorsorgefonds anbelange, so wolle man mit diesem sicherstellen, dass es nicht aufgrund der demografischen Entwicklung ab dem Jahr 2035 eine deutliche Erhöhung der Beiträge geben müsse. Die Anträge der Oppositionsfraktionen lehne die Unionsfraktion daher ab.

Die **Fraktion der SPD** erklärte, mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz setze die Koalition das im Koalitionsvertrag vereinbarte Sofortprogramm Pflege zeitnah und umfassend um. Es würden die Maßnahmen ergriffen, durch die die Arbeitsbedingungen sowohl im Krankenhaus und im Pflegeheim als auch in der ambulanten Pflege verbessert würden. Die Oppositionsfraktionen müssten anerkennen, dass im Rahmen des parlamentarischen Verfahrens der Regierungsentwurf verbessert und dass auch einige Vorschläge der Opposition aufgegriffen worden seien. Für den Pflegebereich im Krankenhaus werde ein Paradigmenwechsel eingeleitet, weil die Pflegekosten aus dem DRG-System gelöst würden und die Krankenhäuser künftig die tarifbedingten Pflegepersonalkosten in vollem Umfang refinanziert erhielten. Zudem würden zusätzliche Pflegekräfte extra finanziert. Damit werde die Pflege am Bett aus dem Krankenhauswettbewerb herausgenommen und die Grundlage für mehr Pflegepersonalstellen und eine damit verbunden bessere Arbeitsbedingungen sowie eine qualitativ hochwertige Versorgung der Pflegebedürftigen geschaffen. Durch den neuen Pflegequotienten werde Transparenz in der pflegerischen Versorgung gesteigert und die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen gewährleiste mehr Patientensicherheit. Wie diese Maßnahmen wirkten, werde die SPD-Fraktion sorgfältig beobachten. In den Verhandlungen mit dem Koalitionspartner sei es aber nicht gelungen, die Definition eines Personalstandards für eine qualitativ hochwertige Pflege in den einzelnen Krankenhausbereichen vorzubereiten. Langfristig werde man beobachten müssen, wie sich die Umgestaltung der Finanzierung der Krankenhauspflege auswirke. Es sei aber gelungen, ein Teil der Mittel des Pflegezuschlags zu erhalten. 200 Millionen Euro könnten für die Erhöhung der Landesbasisfallwerte verwendet und mit 50 Millionen Euro bestandsnotwendige Krankenhäuser in ländlichen Regionen unterstützen werden. Grundsätzlich habe man gerade in der stationären Pflege mehr als geplant erreicht. So wolle man statt 8 000 nun 13 000 zusätzliche Stellen für Pflegefachkräfte schaffen, die im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert würden. Wie sich diese Regelung auf die Rehabilitationseinrichtungen auswirke, werde man beobachten müssen. Hervorzuheben sei, dass in der häuslichen Krankenpflege die Tarifanerkennung verankert werde und dass die Wegezeiten für die ambulanten Dienste aufwandsgerecht vergütet würden. Zudem würden künftig bei Bedarf die Fahrtkosten zum Arzt oder Heilmittelerbringer in einem einfachen Verfahren übernommen. Insgesamt sei das Gesetz ein starkes Signal der politischen Handlungsfähigkeit. Die Anträge der Opposition werde man ablehnen.

Die **Fraktion der AfD** kritisierte, durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz werde eine Verbesserung der Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen der Altenpflege aus finanzieller Sicht nicht erreicht, da die Pflegekasse mit den Pauschalleistungen nur einen Bruchteil der Leistungen der medizinischen

Behandlungspflege abdecke. Die Pflegebedürftigen in Heimen müssten diese Leistungen über den Eigenanteil finanzieren, obwohl sie weiterhin Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung entrichteten und unabhängig davon, ob sie behandlungspflegerische Leistungen in Anspruch nähmen, während diese Leistungen in der häuslichen Pflege komplett von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen würden. Um diese Ungerechtigkeit zu ändern, habe man einen eigenen Antrag vorgelegt, dem man selbstverständlich zustimme. Da sich aber positive und negative Aspekte des Gesetzes die Waage hielten, werde man sich bei der Abstimmung enthalten. Der Antrag der Fraktion DIE LINKE. habe mit der Herauslösung anderer Gesundheitsberufe aus dem DRG den richtigen Ansatz. Die logische Konsequenz sei aber die Abschaffung der DRG, wie man es selbst fordere. Die Forderung, den Pflegevorsorgefonds zu Lasten kommender Generationen umzuwandeln und Bundesmittel zur Begrenzung des Investitionskostenanteils für Heimbewohner bereitzustellen, könne nicht unterstützt werden, aber im Hinblick auf die positive Forderung zur Entlastung der Heimbewohner werde man sich enthalten. Die in den Änderungsanträgen der Grünen-Fraktion vorgeschlagenen Einzelmaßnahmen würden ebenfalls kritisch gesehen, da sie nicht zu einer nachhaltigen Sicherung und Verbesserung der pflegerischen Patientenversorgung führten und das DRG-System, das das Grundproblem darstelle, nur teilweise aufgelöst aber nicht abgeschafft werde. Daher auch hier eine Enthaltung. Wie die FDP begrüße man eine stärkere Förderung der Digitalisierung in den Pflegeeinrichtungen. Aber dadurch verursachte Mehrkosten zu Lasten von Beitragszahlern lehne man ab und werde sich deshalb enthalten.

Die **Fraktion der FDP** bestätigte, dass der Gesetzentwurf die richtigen Probleme benenne, aber zu kurz greife, um die Situation nachhaltig zu verbessern. Im Gegenteil: Die Planwirtschaft im Gesundheitswesen und in der Pflege werde vorangetrieben. Das Gesundheitssystem werde weiter bürokratisiert und es sei mit deutlichen Beitragssteigerungen in der Kranken- und Pflegeversicherung zu rechnen. Es fehle ein umfassendes Konzept zur Gewinnung neuer Pflegekräfte, denn die Schaffung neuer Stellen sei sinnlos, wenn man sie nicht besetzen könne. Darüber hinaus müssten die Arbeitsbedingungen in der Pflege dringend verbessert werden. Dazu gehörten der Abbau von Bürokratie und eine Digitalisierungsoffensive. Im Krankenhaussektor sei eine stärkere Ambulantisierung, Zentralisierung und Spezialisierung erforderlich. Die Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRG, die auch von der Fraktion DIE LINKE. gefordert werde, und der Einführung eines Pflegebudgets stehe man kritisch gegenüber. Das DRG-System habe sich bewährt und die Ausgliederung werde das System und seine wettbewerblichen Möglichkeiten schwächen. Eine Ursache für die schwierige Situation in der Pflege sei die mangelnde Investitionsbereitschaft der Länder. Die Länder müssten ihrer Verantwortung stärker nachkommen. Dazu schlage die FDP vor, den Ländern, die ihren Investitionsverpflichtungen nachkämen, einen Bundeszuschuss zu gewähren. Die Anschubfinanzierung bei der Digitalisierung werde begrüßt, aber man befürchte, dass der Effekt verpuffen werde, da es an Digitalisierungsstrategien und einer gemeinsamen Lösung für die sektorenübergreifende medizinische und pflegerische Versorgung fehle. Durch die Schaffung von 13 000 zusätzlichen Stellen in der vollstationären Altenpflege werde die Ungleichheit zur medizinischen Behandlungspflege im ambulanten Bereich reduziert. Grundsätzlich sei die Forderung, die medizinische Behandlungspflege auch für stationär behandelte Pflegebedürftige aus Mitteln der GKV zu finanzieren, richtig. § 37 SGB V sehe aber eine Ausnahme für Menschen in stationären Einrichtungen, die einen besonders hohen medizinischen Aufwand haben, vor. Eine Abschaffung ohne sofortige Anschlussregelung werde die Finanzierung aus Mitteln der Krankenversicherung nicht zulassen, wenn nicht eine vollständige Refinanzierung aus SGB V gewährleistet sei. Außerdem fehle im dazu vorliegenden Antrag der AfD ein Finanzierungsmodell für die Herauslösung der medizinischen Behandlungspflege aus den stationären Einrichtungen. Deshalb lehne man den Antrag der AfD ab. Die Fraktion DIE LINKE. fordere unter anderem die Auflösung des Pflegevorsorgefonds. Dieser müsse auf jeden Fall im Sinne der Generationengerechtigkeit erhalten bleiben. Wenn er wie aktuell Negativzinsen schreibe, müsse man dringend über eine Überarbeitung der Anlagestrategien nachdenken.

Die **Fraktion DIE LINKE.** hob hervor, dass einige Maßnahmen dieses Gesetzes große Erfolge der protestierenden Krankenhausbelegschaften darstellten. Dazu gehörten die Herausnahme der Krankenhauspflege aus den DRGs und die Überführung in ein Pflegebudget. Gleiches gelte für die Refinanzierung der Tarifsteigerungen sowohl für die Krankenhauspflege als auch für die häusliche Krankenpflege. Positiv sei auch die Fortführung und Verbesserung des Pflegestellenförderprogrammes. Allerdings gingen diese Regelungen teilweise nicht weit genug oder seien handwerklich nicht korrekt, so zum Beispiel bei den Personaluntergrenzen. Gebraucht werde ein valides Instrument zur bedarfsgerechten Personalbemessung in den Krankenhäusern. Dieses werde mit den vorliegenden Gesetzesänderungen nicht geschaffen. Außerdem fordere man, dass auch die Stärkung der anderen Beschäftigungsgruppen in den Krankenhäusern in den Fokus genommen werde. Zum Thema Investitionskostenfinanzierung für die Krankenhäuser hieß es, es gebe seit langem ein Schwarzer-Peter-Spiel zwischen Bund und

Ländern. Die Fraktion schlage daher seit Jahren vor, dass der Bund Mittel bereitstelle, wenn die Länder Gelder in gleicher Höhe beisteuerten. Außerdem bemängelte die Fraktion, dass das Personalbemessungsinstrument in der Altenpflege erst im Jahr 2020 eingeführt werde solle, obwohl sofort Personalstandards gebraucht werden. Trotz richtiger Einzelschritte fehle ein Gesamtkonzept vor allem in der Altenpflege und zu Entlastung Familien mit Pflegebedarf. Für eine bedarfsgerechte Finanzierung der Pflegeversicherung lägen die Vorschläge der LINKE auf dem Tisch.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** begrüßte, dass die Personalprobleme in der Pflege vom Gesundheitsausschuss in den Fokus genommen würden und es nun zu einigen Verbesserungen komme. Ein schwerwiegendes Defizit sei allerdings die einseitige Konzentration auf die Krankenhauspflege. Da die verschiedenen Pflegefachberufe miteinander in Verbindung stünden sei zu befürchten, dass es zu einer Abwanderung von Pflegekräften aus der Langzeit-, Rehabilitations- und ambulanten Pflege komme. Außerdem reichten die vorgesehenen 13 000 neuen Stellen in Pflegeeinrichtungen bei weitem nicht aus, um den Bedarf zu decken. Des Weiteren sei es ein Systemfehler, dass die medizinische Behandlungspflege in der stationären Langzeitpflege aus der Pflegeversicherung finanziert werde. Die Krankenversicherungen müssten die Kosten der medizinischen Behandlungspflege übernehmen, so wie es in der häuslichen Pflege üblich sei. Angesichts der steigenden finanziellen Belastung der Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen sei dies dringend geboten. Im Hinblick auf die Pflege im Krankenhaus sei es bedauerlich, verpasse die Koalition mit dem Gesetz die Chance die Pflege qualitativ aufzuwerten und eine bedarfsgerechte Personalbemessung einzuführen. Auch das Problem der unzureichenden Investitionsfinanzierung im Krankenhaus werde mit dem Gesetz nicht behoben.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken.

Zu Artikel 1

Zu Nummer 2 (§ 17b Absatz 4 Satz 1 KHG)

Zu Buchstabe b

Zu Satz 1

Die Änderung konkretisiert die auszugliedernden Pflegepersonalkosten und verhindert Fehlentwicklungen.

Die auszugliedernden Pflegepersonalkosten werden als diejenigen konkretisiert, die für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, also für die Pflege am Bett (siehe dazu auch Vorgaben der Krankenhaus-Buchführungsverordnung zu den Konten 6001, 6101, 6201, 6301 und 6401) entstehen. Dieser Rahmen ist sowohl vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bei seiner Konzepterstellung als auch von den Vertragsparteien auf Bundesebene bei ihrer auf dem Konzept basierenden Vereinbarung einzuhalten. Der Pflege am Bett sind alle in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen entstehenden Kosten für Pflege- und Pflegehilfpersonal im stationären Bereich zuzuordnen. Orientiert an den Vorgaben des Handbuchs zur Kalkulation von Behandlungskosten, Version 4.0, der Vertragsparteien auf Bundesebene (S. 248) sowie dessen Umsetzung in den Erläuterungen zum Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2018/Katalog_zur_Risikoadjustierung_fuer_Pflegeaufwand_Pflegelast-Katalog/Katalog_zur_Risikoadjustierung_fuer_Pflegeaufwand_Pflegelast-Katalog, S. 2 ff), umfasst dies die Personalkosten des Pflegedienstes, die auf den Kostenstellen Normalstation, Intensivstation, Dialyse und in der Patientenaufnahme zu buchen sind. Damit werden die in der Pflege am Bett tätigen Pflegepersonalkosten der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, der Altenpflege, Krankenpflegehilfe, zukünftig von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern, Gesundheits- und Pflegeassistenten, Pflegefachhilfe, Altenpflegehilfe, Sozialassistenten und Kinderpflegehelfer erfasst.

Nicht umfasst sind z. B. die Pflegepersonalkosten für Funktionspersonal im Operationsbereich (OP-Bereich), in der Anästhesie, den diagnostischen und therapeutischen Bereichen oder der medizinischen Infrastruktur. Anders

als bei der Pflege am Bett, deren Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System ausgegliedert und zukünftig krankenhausindividuell erstattet werden, werden diese Kosten weiterhin über die pauschalierenden Entgelte des DRG-Systems vergütet. Damit werden mögliche Fehlentwicklungen verhindert, die bei einer durch die Kostenerstattung stark geförderten personellen Ausweitung der diagnostischen und interventionellen Krankenhausbereiche in Form einer dynamischeren Leistungsentwicklung eintreten können.

Zu Satz 2

Für die Zuordnung von Pflegepersonal, das teilweise sowohl in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen als auch teilweise in pflegeentfernten Bereichen eingesetzt ist (z. B. OP-Bereich), sind von den Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Januar 2019 Zuordnungsregeln zu vereinbaren, die ermöglichen, dass nur überwiegend bei der Pflege am Bett entstehende Pflegepersonalkostenanteile ebenfalls aus dem DRG-System ausgegliedert werden.

Zu Artikel 2

Zu Nummer 0 (§ 10 Absatz 2 Satz 1 KHG)

Der Gesetzgeber verpflichtet die Vertragsparteien auf Bundesebene, auch die Investitionsbewertungsrelationen auf einer repräsentativen Grundlage zu kalkulieren. Hierzu werden auf der Basis eines Konzepts der Vertragsparteien auf Bundesebene einzelne Krankenhäuser, die im Hinblick auf relevante Kalkulationsmerkmale zu einer Verbesserung der Repräsentativität beitragen, zu einer Kalkulationsteilnahme verpflichtet. Die Regelung beugt der Gefahr vor, dass durch Widerspruch oder Klage eine repräsentative Datengrundlage nicht erreicht wird (siehe auch Ausführungen zu den in § 17b Absatz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vorgesehenen Änderungen). Zur Kalkulationsteilnahme verpflichtete Krankenhäuser, die keine verwertbaren Daten liefern, haben nach bereits nach geltender Rechtslage die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in der Vereinbarung nach § 17b Absatz 3 Satz 4 und 5 – neu – KHG festgelegten Abschläge zu tragen.

Zudem handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung zweier Sätze in § 17b Absatz 3 KHG.

Zu Nummer 1

Zu Absatz 1

Zu Satz 4 Nummer 1

Die Regelung stellt eine Ausnahme von dem Grundsatz des § 5 Absatz 1 Nummer 1 dar, wonach Hochschulkliniken aus der Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz ausgenommen sind. Gleichwohl ist zu berücksichtigen, dass die Behandlung von seltenen, schwerwiegenden und komplexen Erkrankungen zu einem großen Teil an den Hochschulkliniken stattfindet, sodass eine ausnahmsweise Förderung gerechtfertigt erscheint. Aufgrund des Ausnahmecharakters der Regelung sind die im Zusammenhang mit der Bildung eines Zentrums zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen bei den beteiligten Hochschulkliniken entstehenden Kosten nur dann förderungsfähig, wenn Universitätskliniken und nicht universitäre Krankenhäuser an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind. Zur Stärkung der Zentrumsfunktion der Hochschulkliniken sind darüber hinaus nur solche Vorhaben förderungsfähig, die zu einer Konzentration entsprechender Versorgungskapazitäten an den Hochschulkliniken führen. Konzentrationsvorhaben, die diese Förderkriterien nicht erfüllen, bleiben weiterhin förderungsfähig, namentlich als privilegierte Konzentrationsvorhaben im Rahmen von Krankenhausverbänden (zum Umfang der Förderung siehe § 12 Absatz 1 Nummer 2 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung) oder als sonstige Konzentrationsvorhaben, die nicht der privilegierten Förderung unterliegen (zum Umfang der Förderung siehe § 12 Absatz 1 Nummer 1 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung).

Zu Satz 5neu

Durch die Förderung der Einbindung von Hochschulkliniken in telemedizinische Netzwerkstrukturen soll der besondere medizinische Sachverstand der im Rahmen dieser Vorhaben zur Geltung gebracht werden.

Zu Absatz 3 Satz 3

Durch die Änderung wird geregelt, dass eine Förderung aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds nicht schon dann vollständig ausgeschlossen ist, wenn der Krankenhausträger gegenüber dem Land zur Rückzahlung von in der Vergangenheit gewährten Investitionsfördermitteln verpflichtet ist. Vielmehr soll das Bestehen einer Rückzahlungsverpflichtung nur zu einer entsprechenden Kürzung des Förderbetrags führen. Hierdurch wird vermieden, dass eine Förderung sinnvoller strukturverbessernder Vorhaben unterbleibt, weil der Krankenhausträger Investitionsfördermittel in unter Umständen verhältnismäßig geringer Höhe zurückzahlen muss. Die Änderung entspricht einem Vorschlag des Bundesrats.

Zu Nummer 3 (§ 17b KHG)

Zu Buchstabe a (Überschrift § 17b KHG)

Es handelt sich um eine rechtsförmliche Änderung der Paragraphenüberschrift, die erkennen lassen soll, dass die Vorschrift eine Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen enthält.

Zu Buchstabe b (§ 17b Absatz 2 Satz 2 KHG)

Die Änderung von § 17b Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) präzisiert den Verhandlungsauftrag für die Vertragsparteien auf Bundesebene. Sie steht im Zusammenhang mit der gesetzlichen Vorgabe von § 8 Absatz 5 Satz 3 – neu – des Krankenhausentgeltgesetzes, wonach die Regelungen zur Fallzusammenführung als abschließende Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu verstehen sind. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben insbesondere zu prüfen, inwieweit die Abrechnungsbestimmungen wirtschaftliche Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen gewährleisten oder eine Weiterentwicklung erforderlich ist.

Zu Buchstabe c (§ 17b Absatz 3 KHG)

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 17b Absatz 3 Satz 4 und 5 KHG)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die inhaltsgleich der Änderung des Gesetzentwurfs entspricht.

Zu Doppelbuchstabe bb (§ 17b Absatz 3 Satz 6 – neu – KHG)

Der Gesetzgeber verpflichtet die Vertragsparteien auf Bundesebene, die Entgeltsysteme (DRG-System mit Pflegepersonalkosten, Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik, Investitionsbewertungsrelationen) auf einer repräsentativen Grundlage zu kalkulieren. Hierzu werden seit dem Jahr 2016 auf der Basis eines Konzepts der Vertragsparteien auf Bundesebene einzelne Krankenhäuser, die im Hinblick auf relevante Kalkulationsmerkmale (z. B. Trägerschaft, Leistungsbereiche) zu einer Verbesserung der Repräsentativität beitragen, zu einer Kalkulationsteilnahme verpflichtet. Eine repräsentative und unverzerrte Kalkulationsgrundlage ist von überragender Bedeutung für die Entwicklung und Weiterentwicklung von belastbaren Entgeltsystemen. Die Änderung gewährleistet, dass sich Krankenhäuser, die zu einer Kalkulationsteilnahme verpflichtet wurden, nicht durch Widerspruch oder Klage einer Kalkulationsteilnahme entziehen können. Die Regelung beugt damit der Gefahr vor, dass durch Widerspruch oder Klage eine repräsentative Datengrundlage nicht erreicht wird (siehe auch Änderungen zu § 10 Absatz 2 und § 17d Absatz 1 KHG). Zur Kalkulationsteilnahme verpflichtete Krankenhäuser, die keine verwertbaren Daten liefern, haben nach bereits geltender Rechtslage die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in der Vereinbarung nach den Sätzen 4 und 5 festgelegten Abschläge zu tragen.

Zu Buchstabe d (§ 17b Absatz 7 KHG)

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 17b Absatz 7 Satz 1 KHG)

Die Regelungen gewährleisten, dass bei nach Absatz 4 von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu treffenden Entscheidungen, die nicht oder nicht fristgerecht getroffen werden, eine Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit durch Rechtsverordnung nach den Vorgaben von Absatz 7 Satz 1 bis 5 möglich ist.

Zu Doppelbuchstabe bb (§ 17b Absatz 7 Satz 6 KHG)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung von Absatz 3 Satz 4 und 5 KHG.

Zu Nummer 4

Der Gesetzentwurf sieht in § 301 Absatz 2a – neu – des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) eine Übermittlungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen zu den Pflegegraden ihrer Versicherten vor. Durch diese Übermittlungspflicht wird gewährleistet, dass Krankenhäuser die Zusatzentgelte für einen erhöhten Pflegeaufwand bei Patientinnen und Patienten auf einer belastbaren Informationsbasis abrechnen können. Damit diese Zusatzentgelte auch für privat versicherte Patientinnen und Patienten auf einer gesicherten Basis abgerechnet werden können, werden die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der Privaten Krankenversicherung beauftragt, eine Vereinbarung zur Übermittlung der Daten entsprechend § 301 Absatz 2a SGB V zu treffen. Damit wird an der Vertragspartnerschaft beider Seiten zu der bestehenden Rahmenvereinbarung zum elektronischen Datenaustausch angeknüpft. Die Übermittlung setzt jeweils die schriftliche Einwilligung der privat Versicherten voraus.

Zu Artikel 4**Zu Nummer 3** (§ 18 Absatz 3 Satz 3 BPflV)

Mit der Ergänzung des Satzes 3 wird gewährleistet, dass für das Jahr 2019 eine Rückzahlung von Mitteln oder eine Absenkung des Gesamtbetrags nicht vorzunehmen ist, wenn die zur Erreichung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung vereinbarten Personalmittel vollständig für die Finanzierung von Personal gemäß der Psychiatrie-Personalverordnung verwendet worden sind. Ein zweckwidriger Einsatz von Mitteln, die für Personalkosten für Personal gemäß der Psychiatrie-Personalverordnung vereinbart wurden, liegt demgegenüber z. B. dann vor, wenn vom Krankenhaus Personalmittel für sonstige Personalbereiche außerhalb der Psychiatrie-Personalvorgaben oder für investive Zwecke eingesetzt werden.

Zu Nummer 4a (§ 17d Absatz 1 KHG)

Der Gesetzgeber verpflichtet die Vertragsparteien auf Bundesebene, auch das nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zu vereinbarende pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik auf einer repräsentativen Grundlage zu kalkulieren. Hierzu werden auf der Basis eines Konzepts der Vertragsparteien auf Bundesebene einzelne Krankenhäuser, die im Hinblick auf relevante Kalkulationsmerkmale zu einer Verbesserung der Repräsentativität beitragen, zu einer Kalkulationsteilnahme verpflichtet. Die Regelung beugt der Gefahr vor, dass durch Widerspruch oder Klage eine repräsentative Datengrundlage nicht erreicht wird (siehe auch Ausführungen zu den in § 17b Absatz 3 KHG vorgesehenen Änderungen). Zur Kalkulationsteilnahme verpflichtete Krankenhäuser, die keine verwertbaren Daten liefern, haben nach bereits geltender Rechtslage die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in der Vereinbarung nach § 17b Absatz 3 Satz 4 und 5 – neu – KHG festgelegten Abschlüsse zu tragen.

Zudem handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung zweier Sätze in § 17b Absatz 3 KHG.

Zu Artikel 5**Zu Nummer 2****Zu Buchstabe b**

Durch die Änderung wird zum einen geregelt, dass die Verwendungsnachweise – ebenso wie die Unterlagen über die Auswertung der Wirkungen der Förderung – nur dem Bundesversicherungsamt vorzulegen sind, nicht aber alternativ auch der mit der Auswertung beauftragten Stelle. Die Regelung trägt zur Verwaltungsvereinfachung bei. Zum anderen erhält das Bundesversicherungsamt die Möglichkeit, die Frist für die Vorlage der Verwendungsnachweise in begründeten Ausnahmefällen einmalig zu verlängern. Dies kann angezeigt sein, wenn sich die Erstellung geprüfter Verwendungsnachweise durch die Länder wegen verspäteter Rechnungsstellungen oder der Erforderlichkeit von Mängelbeseitigungen verzögert. Diese Änderung entspricht einem Vorschlag des Bundesrats.

Zu den Buchstaben c und d

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des Buchstabens b.

Zu Nummer 4

Zu § 11 Absatz 1

Es handelt sich zum einen um eine Folgeänderung zur Einschränkung der Förderung zentrumsbildender Maßnahmen durch Konzentration von Versorgungskapazitäten zur Behandlung schwerwiegender, komplexer und seltener Erkrankungen auf solche Vorhaben, mit denen die entsprechenden Versorgungskapazitäten im Rahmen gemeinsamer Vorhaben von Hochschulkliniken und nicht universitären Krankenhäusern an den Hochschulkrankenhäusern konzentriert werden. Darüber hinaus werden die Hochschulkrankenhäuser in die Förderung telemedizinischer Netzwerkstrukturen einbezogen.

Zu § 12 Absatz 1 Nummer 1

Um die Anreize für die Krankenhausträger, nicht bedarfsgerechte akutstationäre Versorgungskapazitäten abzubauen, weiter zu erhöhen, werden die Pauschalbeträge, mit denen die Stilllegung von Krankenhausbetten gefördert werden kann, deutlich erhöht. Dies trägt einem Anliegen des Bundesrats Rechnung. Bleiben die tatsächlichen Kosten im Einzelfall hinter den erhöhten Pauschalbeträgen zurück, ist die Förderung auf die Höhe der tatsächlichen Kosten begrenzt. Bei vollständiger Schließung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts bleibt es dabei, dass die Kosten der Schließung in voller Höhe gefördert werden.

Zu Artikel 6**Zu Nummer 1**

Die Zielsetzung des Vorschlags Nummer 24 des Bundesrates in seiner Stellungnahme vom 21. September 2018 (Bundestags-Drucksache 19/4453, S. 124) wird in abgewandelter Form umgesetzt. Es werden Regelungen dazu getroffen, dass die Gesundheitsämter ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege außerhalb eigener Räumlichkeiten z. B. zur außerklinischen Beatmungspflege in sogenannten „Beatmungs-WGs“ leisten, auch an dem Ort, an dem die Intensivpflege erbracht wird, infektionshygienisch überwachen können.

Mit dem neuen § 15a wird eine eigenständige und zentrale Regelung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) über die Verpflichtungen von Personen und die Befugnisse des Gesundheitsamtes bzw. der zuständigen Behörde bei der Erfüllung von Überwachungsaufgaben geschaffen. Dadurch wird mehr Rechtsklarheit insbesondere über den Umfang der behördlichen Befugnisse bei der Überwachung geschaffen. Wiederholungen in den verschiedenen Abschnitten des IfSG werden vermieden. Aufgrund ihrer Zielrichtung, die Verhütung übertragbarer Krankheiten zu fördern, wird die Regelung am Anfang des 4. Abschnitts eingeordnet.

Absatz 1 regelt den Anwendungsbereich der Vorschrift.

Die Absätze 2 und 3 greifen die bisherigen Regelungen in § 23 Absatz 7 und § 36 Absatz 3 auf und schaffen zudem auch für die Überwachungen nach § 37 Absatz 3 Satz 2 und § 41 Absatz 1 Satz 3 an die Situation der Überwachung angepasste Rechtsgrundlagen. Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 regelt eine Befugnis der mit der Überwachung betrauten Personen zum Betreten und Besichtigen von Grundstücken, die nicht unter Nummer 1 fallen, und Wohnräumen. Diese Befugnisse werden mit Blick auf die Stellungnahme des Bundesrates im Rahmen der Überwachung von ambulanten Pflegediensten, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen, benötigt. Darüber hinaus können diese Befugnisse in Einzelfällen auch bei anderen Überwachungen erforderlich sein, etwa für die Entnahme von Trinkwasserproben aus einer Hausinstallation, für das Betreten von Wohnräumen in einem Pflegeheim oder für die Überwachung von Einrichtungen zur Abwasserbeseitigung, wenn es sich bei dem Abwasserbeseitigungspflichtigen um eine Privatperson handelt. Die Ausübung der Befugnis wird – analog zu Nummer 1 – auf einen zeitlichen Rahmen beschränkt. Absatz 3 Satz 3 setzt das Zitiergebot nach Artikel 19 Absatz 1 Satz 2 des Grundgesetzes um im Hinblick auf den sich aus Satz 1 Nummer 2 und Satz 2 ergebenden Eingriff in das Grundrecht auf Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) zur Bekämpfung von Seuchengefahr.

Absatz 4 stellt klar, dass die sich aus anderen Vorschriften des Gesetzes ergebenden weitergehenden Pflichten und die Befugnisse für Ermittlungen oder Maßnahmen unberührt bleiben.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Mit § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 10 wird die Empfehlung Nummer 23 des Bundesrates in seiner Stellungnahme vom 21. September 2018 (Bundestags-Drucksache 19/4453, S. 123) umgesetzt.

Mit § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 11 werden im Hinblick auf Vorschlag Nummer 24 des Bundesrates in seiner Stellungnahme vom 21. September 2018 (Bundestags-Drucksache 19/4453, S. 124) ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen, aufgrund der Infektionsrisiken und des medizinischen Charakters der erbrachten Leistungen der allgemeinen Pflicht zur Verhütung nosokomialer Infektionen und zur Vermeidung der Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, nach § 23 Absatz 3 unterworfen.

Zu Buchstabe b

Die ambulanten Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen, haben Hygienepläne zu erstellen. Eine entsprechende Verpflichtung ergab sich bislang bereits aus § 36 Absatz 1 Nummer 7.

Zu Buchstabe c

Satz 1 stellt klar, dass die Überwachung der ambulanten Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen, sich auch auf die Orte erstreckt, an denen die Leistungen der Intensivpflege erbracht werden. Das Gesundheitsamt wählt aus, an welchen dieser Orte es Überwachungsmaßnahmen durchführt. Hierfür regelt Satz 2 eine Pflicht des Pflegedienstes zur Auskunft über die erforderlichen Kontaktdaten. Mithilfe der Kontaktdaten kann das Gesundheitsamt vor der Durchführung von Überwachungsmaßnahmen mit den Intensivpflegebedürftigen bzw. ihren Vertretungsberechtigten Kontakt aufnehmen, um die Durchführung der Überwachung unter Berücksichtigung von Interessen der Pflegebedürftigen zu organisieren. Dabei kann auch das Einverständnis in das Betreten der Wohnräume eingeholt werden, so dass es insofern eines Gebrauchs der Befugnisse nach § 15a Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 nicht mehr bedarf.

Zu Buchstabe d

Absatz 7 kann aufgehoben werden, da die Befugnisse des Gesundheitsamtes im Rahmen der Überwachung nunmehr einheitlich in § 15a geregelt sind.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 2 Buchstabe b.

Zu Buchstabe b

Absatz 3 kann aufgehoben werden, da die Befugnisse des Gesundheitsamtes im Rahmen der Überwachung nunmehr in § 15a geregelt sind.

Zu Buchstabe c bis e

Entspricht Nummer 2 Buchstabe a bis c des Gesetzentwurfs der Bundesregierung.

Zu Buchstabe f

Die Verordnungen nach § 36 Absatz 6 und 7 IfSG bestimmen jeweils den Umfang der zu erfassenden Personen und daher auch die Gebiete, aus denen diese Personen einreisen. Um die Arbeit der Gesundheitsbehörden zu erleichtern, sollen auch die mit der polizeilichen Kontrolle des grenzüberschreitenden Verkehrs beauftragten Behörden den Gesundheitsbehörden Daten über die Personen übermitteln können, die nach den erlassenen Rechtsverordnungen nach § 36 Absatz 6 oder Absatz 7 IfSG ein ärztliches Attest vorzulegen haben oder sich bei Nichtvorlage einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen haben. Sofern bei den jeweiligen mit der polizeilichen Kontrolle des grenzüberschreitenden Verkehrs beauftragten Behörden die Daten nach Satz 2 noch nicht vorliegen,

werden sie nach Satz 3 ermächtigt, diese Daten bei den in der Rechtsverordnung nach § 36 Absatz 6 Satz 1 IfSG oder in der Rechtsverordnung nach § 36 Absatz 7 Satz 1 IfSG genannten Personen zu erheben.

Zu Buchstabe g

Entspricht Nummer 2 Buchstabe e des Gesetzentwurfs der Bundesregierung.

Zu Nummer 4

Die Sätze 2 und 3 können aufgehoben werden, da die Befugnisse des Gesundheitsamtes im Rahmen der Überwachung nunmehr einheitlich in § 15a geregelt sind.

Zu Nummer 5

Die Sätze 3 und 4 können aufgehoben werden, da die Befugnisse der zuständigen Behörde im Rahmen der Überwachung nunmehr einheitlich in § 15a geregelt sind. Satz 5 kann im Hinblick auf den neuen § 15a Absatz 4 entfallen.

Zu Nummer 6

Entspricht Nummer 3 des Gesetzentwurfs der Bundesregierung.

Zu Nummer 7

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um Folgeänderungen zu Nummer 1, Nummer 2 Buchstabe d, Nummer 3 Buchstabe b, Nummer 4 und Nummer 5. Einzelne Lücken bei den Bußgeldbewehrungen werden geschlossen. Die Reihenfolge der Nummern 3 bis 5 wird an den neuen § 15a angepasst.

Zu Buchstabe b

Entspricht Nummer 4 des Gesetzentwurfs der Bundesregierung.

Zu Artikel 7

Zu Nummer 0 (§ 11 SGB V)

Der Leistungsanspruch auf die medizinisch erforderliche Mitaufnahme einer Begleitperson wird um die Möglichkeit der Unterbringung der Begleitperson auch außerhalb der stationären Einrichtung erweitert.

Sowohl aus organisatorischen als auch aus medizinischen Gründen kann es notwendig sein, dass eine Begleitperson, für die die Voraussetzung einer Mitaufnahme bei stationärer Behandlung vorliegt, außerhalb des Krankenhauses bzw. der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung untergebracht wird. Besteht beispielsweise ein erhöhtes Infektionsrisiko oder reichen im Einzelfall die stationären Kapazitäten eines Krankenhauses nicht aus, können mitaufzunehmende Begleitpersonen künftig auch außerhalb der stationären Einrichtung untergebracht werden.

Für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb der stationären Einrichtung, in der die Behandlung des Versicherten durchgeführt wird, gelten die gleichen Voraussetzungen wie für die Mitaufnahme als Begleitperson nach Satz 1, d.h. die Anwesenheit der Begleitperson muss aus medizinischen Gründen notwendig sein. Ist die Mitaufnahme der Begleitperson in der stationären Einrichtung nicht möglich, bestimmt die Krankenkasse nach pflichtgemäßem Ermessen Art und Umfang der Leistungen für eine auswärtige Unterbringung der Begleitperson. Die Entscheidung der Krankenkasse ist im Einzelfall zu treffen. In ihrer Höhe sind die Leistungen der Krankenkasse für eine auswärtige Unterbringung der Begleitperson auf die Höhe der Kosten begrenzt, die bei einer Mitaufnahme in die stationäre Einrichtung angefallen wären.

Zu Nummer 6

Zu Buchstabe b

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung, dass bei einer stationären medizinischen Rehabilitation pflegender Angehöriger die Krankenkasse zusätzlich verpflichtet wird, die Pflegeleistungen für die Pflegebedürftigen nach dem Elften Buch festzustellen und - mit nachträglicher Erstattung durch die Pflegekasse - zu erbringen, wird geändert. Es werden zwei Fallgestaltungen unterschieden: Wenn die Pflegebedürftigen in der Einrichtung versorgt

werden sollen, die auch die Rehabilitation für die pflegenden Angehörigen erbringt, umfasst der Anspruch der pflegenden Angehörigen gegen ihre Krankenkasse auch die Mitaufnahme und Versorgung der Pflegebedürftigen. Insoweit handelt es sich neben der Regelung in § 11 Absatz 3 um einen weiteren Fall einer Mitaufnahme einer weiteren Person in derselben Einrichtung, in der der Versicherte stationär behandelt wird. Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen. Bei dieser Alternative entscheidet die Pflegekasse der Pflegebedürftigen über die Pflegeleistungen, die für die Versorgung der Pflegebedürftigen erforderlich sind, nach den für sie geltenden Vorschriften. Wenn pflegende Angehörige dies wünschen und die Pflegebedürftigen einwilligen, ist die Krankenkasse der pflegenden Angehörigen verpflichtet, das Bewilligungsverfahren zur Rehabilitationsleistung mit dem Antragsverfahren bei der Pflegekasse der Pflegebedürftigen zu koordinieren. Pflegende Angehörige sollen so davon entlastet werden, sich um die gleichzeitige Unterbringung der Pflegebedürftigen kümmern zu müssen. Gleichzeitig bleibt die Feststellung von Ansprüchen auf Leistungen nach dem Elften Buch der Pflegekasse vorbehalten, und das im Gesetzentwurf vorgesehene Kostenerstattungsverfahren zwischen Kranken- und Pflegekasse ist nicht erforderlich.

Im Vergleich zur Regelung im Gesetzentwurf verringert sich der Aufwand für die Krankenkassen deutlich, da die Bewilligung und Erbringung der Leistungen mit einem nachträglichen Erstattungsverfahren gegenüber der Pflegekasse entfällt. Die Pflegekassen werden in den Fällen entlastet, in denen bei gleichzeitiger Aufnahme des Pflegebedürftigen in der Rehabilitationseinrichtung die Krankenkasse die Kosten für Aufnahme und pflegerische Versorgung übernimmt.

Zu Nummer 7

Durch den Abschluss von Kooperationsverträgen nach § 119b Absatz 1 wird der Zugang von in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden mobilitätseingeschränkten Versicherten zur vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung wesentlich verbessert. Allerdings verfügen Pflegeheime nicht über die notwendige räumliche und technische Ausstattung für komplexe diagnostische und therapeutische Leistungen. Die betroffenen Versicherten sind daher auch weiterhin regelmäßig auf Krankenfahrten im Sinne des § 7 Absatz 1 der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur ambulanten Behandlung angewiesen. Dies gilt auch für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen, die in ihrer eigenen Häuslichkeit leben. Die hierbei anfallenden Kosten werden nach dem bisher vorgesehenen Verfahren jeweils nur auf Antrag und nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse für die konkrete Einzelfahrt übernommen. Die Genehmigung wird in der Regel erteilt. Dieses Verfahren führt zu einem erheblichen bürokratischen Aufwand sowohl für die Versicherten und für die sie betreuenden Personen und Pflegeeinrichtungen als auch für die Krankenkassen. Vor diesem Hintergrund wird das Genehmigungsverfahren für mobilitätseingeschränkte vulnerable Patientengruppen durch die Einführung einer Genehmigungsfiktion grundlegend vereinfacht. Für Versicherte, die bis zum 31. Dezember 2016 aufgrund der Einstufung in die Pflegestufe 2 nach dem Elften Buch einen Anspruch auf Fahrkostenübernahme hatten und nach der mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz vorgenommenen Umstellung auf Pflegegrade mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind, wird die Bestandsschutz-Regelung des § 8 Absatz 3 der Krankentransport-Richtlinie des G-BA übernommen. Für Krankentransporte im Sinne des § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 beziehungsweise § 6 Krankentransport-Richtlinie des G-BA sowie für Versicherte im Sinne des § 8 Absatz 3 Satz 3 Krankentransport-Richtlinie gilt das Genehmigungserfordernis nach Satz 4 fort.

Zu Nummer 8a

Für die Verjährung der Ansprüche der Krankenhäuser auf Zahlung der Vergütung für erbrachte Leistungen und der Ansprüche der Krankenkassen auf Erstattung überzahlter Vergütungen gilt mangels spezialgesetzlicher Regelungen die allgemeine sozialrechtliche Verjährungsfrist von vier Jahren nach § 45 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch. Dies kann dazu führen, dass Krankenkassen in der Vergangenheit abgeschlossene Abrechnungsverfahren wieder aufgreifen und auf der Grundlage zwischenzeitlich ergangener Rechtsprechung innerhalb dieser Verjährungsfrist Rückforderungsansprüche in unter Umständen erheblicher Höhe geltend machen. Ergänzend zu den Änderungen in den §§ 295 und 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird daher eine spezifische Verjährungsfrist für die Vergütungsansprüche der Krankenhäuser und für Rückforderungsansprüche der Krankenkassen eingeführt, um die hierdurch hervorgerufenen Belastungen der Krankenhäuser zu verringern und zu einer schnelleren Herstellung des Rechtsfriedens zwischen den Beteiligten beizutragen. Die Vermeidung der durch Rückforderungsansprüche hervorgerufenen Rechtsunsicherheit trägt einem Anliegen des Bundesrats Rechnung.

Die Verkürzung der Verjährungsfrist führt auch zu einer Angleichung der für Krankenhäuser und Krankenkassen geltenden Rechtslage. Auch vor Ablauf der Verjährungsfrist sind nachträgliche Rechnungskorrekturen der Krankenhäuser nach der Rechtsprechung nach Treu und Glauben ausgeschlossen, wenn sie nach Ablauf eines vollständigen Kalenderjahres nach Erteilung der ersten Schlussrechnung erfolgen, d. h. nach Ende des auf die erste Schlussrechnung folgenden Kalenderjahres. Gegenwärtig können die Krankenkassen daher vier Jahre lang Erstattungsansprüche geltend machen. Nachträgliche Rechnungskorrekturen der Krankenhäuser sind aber bereits zu einem deutlich früheren Zeitpunkt ausgeschlossen.

Die Verkürzung der Verjährungsfrist ist den Beteiligten auch zumutbar, da Krankenhäuser und Krankenkassen als versierte Teilnehmer am Wirtschaftsleben über eine ständige professionelle Zusammenarbeit aufgrund eines dauerhaften Vertragsrahmens verbunden sind und daher für die Geltendmachung ihrer wechselseitigen Ansprüche nicht auf eine vierjährige Verjährungsfrist angewiesen sind.

Aufgrund der Regelung in Satz 2 gilt die verkürzte Verjährungsfrist auch für Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von zu Unrecht geleisteten Vergütungen, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden sind. Andernfalls könnte das Ziel der Regelung nur unvollkommen erreicht werden. Nach den Grundsätzen des intertemporalen Rechts wäre die verkürzte Verjährungsfrist mangels anderweitiger Übergangsregelungen erst ab dem Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes zu berechnen. Liefen jedoch die bislang geltende längere Frist früher ab als die verkürzte Verjährungsfrist, wäre die Verjährung mit dem Ablauf der bisherigen Verjährungsfrist vollendet (vgl. Artikel 169 Absatz 2 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch (EG-BGB), Artikel 231 § 6 Absatz 2 EGBGB, Artikel 229 § 6 Absatz 4 EGBGB). Wenn die verkürzte Verjährungsfrist aufgrund dieser Regelung erst ab dem Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes am 1. Januar 2019 zu laufen begänne, könnte eine umfassende Befriedung abgeschlossener Abrechnungsfälle nicht erreicht werden, denn bereits auf im Jahr 2016 entstandene Ansprüche hätte auch die verkürzte Verjährungsfrist keine Auswirkung mehr. Diese würden sowohl nach der bisherigen vierjährigen Verjährungsfrist als auch nach der neuen zweijährigen Verjährungsfrist erst am 31. Dezember 2020 verjähren. Vor diesem Hintergrund regelt Satz 2 in Abweichung von den Grundsätzen des intertemporalen Rechts, dass die Regelung zur Dauer und zum Beginn der verkürzten Verjährungsfrist auf Rückforderungen der Krankenkassen anwendbar ist, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden, nach alter Rechtslage aber noch nicht verjährt sind. Eine unzulässige Rückwirkung ist hierin nicht zu erblicken, da die Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts nicht grundrechtsfähig sind.

Hinsichtlich der Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen beschränkt Satz 3 den Anwendungsbereich der verkürzten Verjährungsfrist auf solche Forderungen, die ab dem 1. Januar 2019 entstehen. Hierdurch wird zugunsten der Planungssicherheit der Krankenhäuser vermieden, dass bereits entstandene Forderungen der Krankenhäuser früher als bislang verjähren, und gewährleistet, dass die Krankenhäuser ihr Forderungsmanagement auf die zweijährige Verjährungsfrist einstellen können.

Zu Nummer 10

Zu Buchstabe a

Die im Gesetzentwurf enthaltene Regelung zur besseren Vergütung der Wegezeiten wird durch die Formulierung „Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen“ auf alle Bereiche ausgeweitet, bei denen die Versorgung nur durch längere Wegezeiten sichergestellt werden kann.

Zu Buchstabe b

Nach § 132a Absatz 4 Satz 5 haben die Krankenkassen darauf zu achten, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden. Ergänzend wird geregelt, dass Verträge nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können, wenn die Vergütungen dadurch begründet sind, dass Leistungserbringer ihren Beschäftigten Gehälter bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen oder entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen bezahlen. Es wird klargestellt, dass der Grundsatz der Beitragsstabilität dem nicht entgegen gehalten werden kann. Für Leistungserbringer sollen damit Anreize gesetzt werden, die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen entsprechend zu entlohnen. Die Regelung entspricht den für die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen in § 89 Absatz 1 Satz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) bestehenden Vorgaben. Um sicherzustellen, dass die Vergütungen bei den Beschäftigten ankommen, werden die Leistungserbringer verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen jederzeit einzuhalten und sie auf Verlangen der Krankenkassen nachzuweisen (die Regelung entspricht § 89 Absatz 3 Satz 3

SGB XI in Verbindung mit § 84 Absatz 7 SGB XI). Die neuen Regelungen ergänzen die Rahmenempfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene nach Absatz 1, in denen nach Satz 4 Nummer 5 Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte zu regeln sind.

Zu Nummer 10a (§ 132d SGB V)

Zu Buchstabe a

Die Krankenkassen stellen die Versorgung mit SAPV sicher, indem sie Verträge mit den Leistungserbringern (meist multiprofessionelle Teams) schließen. In der mittlerweile weitgehend abgeschlossenen Aufbauphase wurden die Verträge regelhaft im unmittelbaren, nicht formalisierten Dialog zwischen Kassen und Teams geschlossen. Das OLG Düsseldorf hat in 2016 (Beschluss des Vergabesenats des OLG Düsseldorf vom 15.6.2016 (Az. VII - Verg 56/15) entschieden, dass es sich bei Verträgen zur SAPV um ausschreibungspflichtige öffentliche Aufträge handelt, wenn bei der Zulassung zu diesem Vertragssystem keine im Vorhinein festgelegten Bedingungen gelten und eine Auswahl unter den interessierten Leistungserbringern vorgenommen wird.

Diese Entscheidung hat bei Leistungserbringern und Krankenkassen zu Verunsicherung geführt. Zum einen, weil die Betroffenen den administrativen Aufwand eines Ausschreibungsverfahrens scheuen, zum anderen, weil eine Gefährdung der qualitativ hochwertigen Versorgung befürchtet wird. Die Krankenkassen sind daraufhin dazu übergegangen, mit jedem Leistungserbringer, der festgelegte Anforderungen erfüllt, einen Versorgungsvertrag abzuschließen. Dies geschah in einem „open-House-Verfahren“, bei dem entweder jeder Leistungserbringer, der von den Krankenkassen einseitig festgelegte Voraussetzungen erfüllt, einen Vertrag erhält, oder im Rahmen eines offenen Zulassungsverfahrens, bei dem die Zulassungsvoraussetzungen auf kollektiver Ebene zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den der Hospizarbeit und Palliativversorgung zuständigen Verbänden festgelegt werden. Beide Verfahren unterfallen, wenn bei ihnen keine Auswahl unter Leistungserbringern vorgenommen wird und sie folglich kein Exklusivrecht zur Versorgung vermitteln, nicht dem Vergaberecht.

Eine einseitige Vorgabe der Krankenkassen würde den speziellen vernetzten Strukturen in der SAPV nicht gerecht werden. Mit der Neufassung des § 132d wird daher das praktizierte offene Zulassungsverfahren gesetzlich abgesichert. Satz 1 regelt, dass die maßgeblichen Voraussetzungen, nach denen ein Leistungserbringer den Zugang zur Versorgung erhält, zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Vertretern der Hospizarbeit und der SAPV auf Bundesebene in einem Rahmenvertrag festgelegt werden. Der Rahmenvertrag ersetzt die bisherigen Rahmenempfehlungen nach Absatz 2. Entsprechend den in den bisherigen Rahmenempfehlungen getroffenen Vereinbarungen ist bei der Erarbeitung des Rahmenvertrages zu berücksichtigen, dass die Versorgung der besonders vulnerablen Patientengruppe besondere Anforderungen an die Leistungserbringer stellt. Der Vertrag ist auf Bundesebene zu erarbeiten, damit bundesweit möglichst vergleichbare Versorgungsbedingungen entstehen. Die Vertragspartner haben bei der Erarbeitung des Rahmenvertrages neben den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses die bisherige Versorgung, insbesondere die räumliche Nähe der Versorger zum Patienten, zu berücksichtigen. In dem Vertrag sind auch die wesentlichen Elemente der Vergütung festzulegen. Dabei ist ein ausreichender Spielraum für die Berücksichtigung besonderer Bedürfnisse auf Landesebene zu ermöglichen. Damit die Leistungserbringer die Möglichkeit haben, sich um eine Zulassung zu bemühen, sind die Bedingungen des Rahmenvertrages in geeigneter Weise, z. B. auf den Internetseiten der Krankenkassen, bekannt zu machen. In Satz 6 ist festgelegt, dass jeder Leistungserbringer, der die im Rahmenvertrag festgelegten Voraussetzungen erfüllt, einen Anspruch auf einen Versorgungsvertrag und damit auf den Zugang zur Versorgung erhält. Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, den Versorgungsvertrag einzeln oder gemeinsam mit den Leistungserbringern zu schließen. In diesem Versorgungsvertrag sind Einzelheiten, die sich aus den besonderen Versorgungsbedürfnissen, etwa regionalen Besonderheiten ergeben, zu regeln. Dies gilt z. B. für die Vergütung, wenn etwa lokale Zuschläge für einen besonderen Wegeaufwand erforderlich sind. Um den besondere Versorgungsbedürfnissen von Kindern zu entsprechen, ist ein gesonderter Rahmenvertrag für Kinder zu entwickeln.

In Absatz 2 wird geregelt, dass der Inhalt der Verträge, sowohl der Rahmenverträge nach den Sätzen 1 und 2 als auch des besonderen Versorgungsvertrages nach Satz 6, falls keine Einigung zu Stande kommt, in dem beschriebenen Schiedsverfahren festgelegt wird. Um langwierige Auseinandersetzungen zu verkürzen und einen vertragslosen Zustand zu verhindern, haben Klagen und Widersprüche gegen die Bestimmung der Schiedsperson keine aufschiebende Wirkung.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeregelung.

Zu Nummer 10b (§ 136c SGB V)

Zu Absatz 5

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz hat der Gesetzgeber die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, Festlegungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten als Voraussetzung für die Vereinbarung von krankenhausespezifischen Zuschlägen zu treffen (§ 9 Absatz 1a Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)). Hierbei sollten vor allem die besonderen Aufgaben von den Regelaufgaben eines Krankenhauses abgegrenzt werden, die nicht bereits anderweitig vergütet werden. Festlegungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben, die durch die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) getroffen werden mussten, haben nicht zur erforderlichen Klarstellung geführt, und bislang nicht ermöglicht, dass Krankenhäuser, die besondere Aufgaben leisten, regelhaft entsprechende Zuschläge erhalten.

Vor diesem Hintergrund wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach Satz 1 beauftragt, bis zum 31. Dezember 2019 Festlegungen zur Konkretisierung von besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG zu treffen. Der Auftrag an den G-BA betrifft im Wesentlichen allein den Krankenhausbereich, so dass nach § 91 Absatz 2a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Beschlussfassung alle fünf Stimmen der Leistungserbringerseite auf die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft benannten Mitglieder übertragen werden.

Der Beschluss hat eine Abgrenzung der krankenhausespezifisch zu übertragenden besonderen Aufgaben von den Regelaufgaben eines Krankenhauses zu gewährleisten.

Der Gesetzestext übernimmt in Satz 2 die bisher in § 9 Absatz 1a Nummer 2 KHEntgG enthaltenen Ausführungen zu Sachverhalten, aus denen sich insbesondere die besonderen Aufgaben ergeben können.

Satz 3 beinhaltet die bislang in § 9 Absatz 1a Nummer 2 KHEntgG zum Ausdruck gebrachte Anforderung, bei der Konkretisierung der besonderen Aufgaben eine Doppelfinanzierung auszuschließen.

Satz 4 stellt – wie bisher – klar, dass die Möglichkeit zur Vereinbarung von krankenhausespezifischen Entgelten bei besonderen Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG unberührt bleibt.

Nach Satz 5 hat der G-BA bei der Konkretisierung der besonderen Aufgaben auch die im Zusammenhang mit den einzelnen besonderen Aufgaben zu erfüllenden Qualitätsanforderungen festzulegen. Eine Festlegung hat zu erfolgen, soweit dies für die Erfüllung der besonderen Aufgaben erforderlich ist. Qualitätsanforderungen können sich insbesondere auf die Art und Anzahl von Fachabteilungen beziehen oder die Erreichung von Mindestfallzahlen oder Kooperationen mit anderen Einrichtungen vorgeben.

Besondere Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG setzen die Ausweisung oder Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraus. Dementsprechend werden die Länder – entsprechend der gängigen Praxis – nach § 92 Absatz 7f Satz 1 im Wege eines Mitberatungsrechts im G-BA eingebunden. Der G-BA hat nach den Sätzen 6 und 7 den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und diese bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen.

Zu Absatz 6

Absatz 6 gibt vor, dass die Regelungen des § 94 zum Wirksamwerden von Richtlinien entsprechend für das Wirksamwerden der nach § 136c gefassten Beschlüsse anzuwenden sind. Damit sind die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c gefassten Beschlüsse dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen, das die Beschlüsse gemäß § 94 Absatz 1 prüft. Dabei haben Klagen gegen Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit keine aufschiebende Wirkung. Die Beschlüsse sind im Bundesanzeiger und deren tragende Gründe im Internet zu veröffentlichen.

Zu Nummer 11

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung beauftragt die Vertragsparteien auf Bundesebene, die durch die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung im Wege der Ersatzvornahme festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen weiterzuentwickeln und um Pflegepersonaluntergrenzen für weitere pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus zu ergänzen. Zu diesem Zweck haben sie zum einen die bereits festgelegten Untergrenzen aufgrund zwischenzeitlich vorliegender aktuellerer Datengrundlagen zu überprüfen und gegebenenfalls deren Höhe anzupassen. Außerdem sind diese Untergrenzen in einer entsprechend dem vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelten Pflegeaufwand differenzierten Höhe festzulegen. Darüber hinaus haben die Vertragspartner Pflegepersonaluntergrenzen auch für die pflegesensitiven Bereiche der Neurologie und der Herzchirurgie zu vereinbaren, für die in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung noch keine Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden konnten. Auch diese Untergrenzen sind in einer entsprechend dem Pflegeaufwand zu differenzierten Höhe festzulegen. Schließlich haben sie in jährlichen Abständen weitere pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus und die hierfür geltenden Pflegepersonaluntergrenzen festzulegen. Diese neuen Pflegepersonaluntergrenzen sollen erstmals zum 1. Januar 2021 gelten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung des neuen Absatzes 5. Der bisherige Auftrag an die Vertragsparteien auf Bundesebene, für den Fall der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen insbesondere Höhe und Ausgestaltung von Vergütungsabschlägen zu vereinbaren, wird dahingehend erweitert, dass die Vertragsparteien auch Höhe und Ausgestaltung von Verringerungen der Fallzahl zu vereinbaren haben.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung im neuen Satz 10. Auf Grund der Erweiterung des Auftrags an die Vertragsparteien auf Bundesebene wird die Frist für den Abschluss der Vereinbarung verlängert. Eine entsprechende Fristverlängerung gilt auch für die Schiedsstelle.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung der Sätze 4 und 6.

Zu Doppelbuchstabe bb

Für die Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen werden die Vorgaben für die Vertragspartner auf Bundesebene, dem Bundesministerium für Gesundheit einen Zeitplan und einen Zwischenbericht vorzulegen, aufgehoben. Dies trägt zur Vereinfachung des Verfahrens bei.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung der Sätze 4 und 6.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Streichung des Satzes 1 wird dem Umstand Rechnung getragen, dass von der dort geregelten Verordnungsmächtigung durch den Erlass der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit Gebrauch gemacht worden ist.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Streichung des Satzes 1.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Regelung im neuen Satz 5 stellt klar, dass das InEK die Aufgaben, die ihm durch die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung übertragen wurden in gleicher Weise zu erfüllen hat, als wenn sie ihm von den Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes übertragen worden wären. Satz 7 regelt die Finanzierung der dem InEK durch die Erfüllung dieser Aufgaben entstehenden notwendigen Aufwendungen.

Zu Buchstabe d

Um die Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen auf eine dauerhaft tragfähige Datengrundlage zu stellen, wird das InEK beauftragt, ein Datenkonzept zu entwickeln, das eine Beschreibung der erforderlichen Daten und des Verfahrens der Übermittlung dieser Daten enthält. Dieses Konzept kann auch vorsehen, dass nur Daten einer repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern benötigt werden, um dem Grundsatz der Datensparsamkeit Rechnung zu tragen. In diesem Fall legt das Konzept auch fest, um welche Krankenhäuser es sich handelt. Die betroffenen Krankenhäuser haben die entsprechenden Daten an das InEK zu übermitteln, das sie in der erforderlichen Form zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 zur Verfügung stellt. Um welche Daten es sich im Einzelnen handelt, kann derzeit noch nicht umschrieben werden. Da es sich aber nur um Daten handeln kann, die für die Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 benötigt werden, ist dem Bestimmtheitsgrundsatz Rechnung getragen. Für die Krankenhäuser, die an der über die nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes hinausgehende Übermittlung von Daten teilnehmen, haben die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Pauschalen zu vereinbaren. Mit diesen wird in Abhängigkeit der Anzahl und der Qualität der übermittelten Datensätze pauschal ein Ersatz für den Aufwand geleistet, der den Krankenhäusern im Zusammenhang mit der Übermittlung der von ihnen zusätzlich zu liefernden Daten entsteht.

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Streichung der Vorgabe, dass der Nachweis der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen auch differenziert nach Personalgruppen zu erfolgen hat, wird dem Umstand Rechnung getragen, dass sich die Pflegepersonaluntergrenzen ausschließlich auf den Pflegedienst beziehen und daher andere Personalgruppen wie zum Beispiel der ärztliche Dienst nicht maßgeblich sind. Erforderlich ist vor diesem Hintergrund allein der Nachweis, welche Qualifikationen das zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen herangezogene Pflegepersonal aufweist. Dies wird durch die Differenzierung nach Berufsbezeichnungen sichergestellt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung der neuen Sätze in Absatz 1.

Zu Doppelbuchstabe cc

Hat ein Krankenhaus die maßgeblichen Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten, so hat es zusätzlich zu dem Nachweis nach Satz 1 den Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und dem InEK die Anzahl der Schichten, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten worden sind, quartalsweise mitzuteilen. Die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes benötigen diese Information, weil an die Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach Absatz 5 Sanktionen zu knüpfen sind. Das InEK leitet diese Informationen an die Vertragspartner auf Bundesebene und an die zuständigen Landesbehörden weiter, damit diese gegebenenfalls Maßnahmen ergreifen können, um künftige Unterschreitungen der Pflegepersonaluntergrenzen zu vermeiden.

Zu Buchstabe f

Zu Absatz 4a

Die Regelung dient der Transparenz und dem Patientenschutz. Eine informierte Entscheidung der Patientinnen und Patienten, welches Krankenhaus aufgesucht werden soll, ist nur möglich, wenn sie über belastbare Informationen darüber verfügen, ob ein Krankenhaus wenigstens die Mindeststandards hinsichtlich seiner Ausstattung mit Pflegepersonal in pflegesensitiven Bereichen einhält. Aus diesem Grund ist die Veröffentlichung der Angaben der Krankenhäuser über die dort identifizierten pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern, die jeweils geltenden Pflegepersonaluntergrenzen sowie den ermittelten Pflegeaufwand erforderlich. Für die Entscheidung

der Patientinnen und Patienten ist nicht maßgeblich, ob ein Krankenhaus als Ganzes die Vorgaben für eine qualitativ hochwertige Versorgung einhält, sondern ob dies für die konkrete Station gilt, auf der die Behandlung erfolgen soll.

Zu Absatz 4b

Durch die Regelung soll die zeitgerechte Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen sichergestellt werden. Dies ist nur möglich, wenn die Krankenhäuser ihre Mitteilungspflichten erfüllen, damit ihre pflegesensitiven Bereiche identifiziert und auf dieser Grundlage Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden können. Würden die entsprechenden Mitteilungen nicht in der jeweils vorgesehenen Zeit erfolgen, könnte die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen auf unabsehbare Zeit verzögert werden.

Zu Absatz 4c

Der Ausschluss der aufschiebenden Wirkung von Widerspruch und Klage stellt die zeitgerechte Umsetzung der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen sicher. Die Regelung führt dazu, dass Krankenhäuser, die gegen die Ermittlung ihrer pflegesensitiven Bereiche, des Pflegeaufwands und der in diesen pflegesensitiven Bereichen geltenden Pflegepersonaluntergrenzen vorgehen, die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen nicht auf unabsehbare Zeit verzögern können, indem sie Rechtsbehelfe erheben.

Zu Buchstabe g

Die Vorschrift konkretisiert die Vorgaben für die Vertragsparteien auf Krankenhausebene, in welchem Umfang welche Sanktionen zu vereinbaren sind, wenn ein Krankenhaus die maßgeblichen Pflegepersonaluntergrenzen nicht einhält, ohne dass es hierfür das Vorliegen der Voraussetzungen einer Ausnahme- oder Übergangsregelung geltend machen kann. Zusätzlich zu der Vereinbarung von Vergütungsabschlägen oder Verringerungen der Fallzahl können auch Maßnahmen, wie etwa Maßnahmen zum Personalaufbau vereinbart werden, die das Krankenhaus zu ergreifen hat, um eine Unterschreitung der Untergrenzen in Zukunft zu verhindern. Stellt sich im Lauf eines Jahres etwa heraus, dass die Unterschreitung der Pflegepersonaluntergrenzen behoben ist, können die Vertragsparteien auch vereinbaren, dass bereits vereinbarte Sanktionen ausgesetzt werden. Kommt eine Vereinbarung über die Sanktionen auf Krankenhausebene nicht zustande, entscheidet auf Antrag die Schiedsstelle nach § 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Gegen die Entscheidung der Schiedsstelle findet ein Vorverfahren nicht statt, die Klage gegen diese Entscheidung hat keine aufschiebende Wirkung. Eine Regelung entsprechend der Regelung in Absatz 4c ist daher entbehrlich.

Zu Buchstabe h

Die Änderung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Nummer 12

Zu Absatz 1

Zu Satz 1

Die Änderung stellt klar, dass in die Ermittlung der Pflegepersonalquotienten nur Vollzeitkräfte einzubeziehen sind, die in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig sind. Pflegepersonal, das in anderen Krankenhausbereichen tätig ist, ist dagegen nicht zu berücksichtigen.

Zu Satz 2 und 3

Durch die Änderung wird geregelt, dass der Pflegepersonalquotient für jeden Standort eines Krankenhauses zu ermitteln ist. Hierdurch kann sichergestellt werden, dass in jedem Krankenhausstandort eine angemessene Personalausstattung vorgehalten wird.

Zu Satz 4

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Zu Satz 7neu

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Zu Absatz 2

Zu Satz 1

Die Vorgaben für die Vereinbarung von Sanktionen auf Krankenhausebene sollen künftig nicht mehr durch Rechtsverordnung festgelegt werden, sondern durch Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene, ebenso wie dies im Rahmen des § 137i der Fall ist.

Zu Satz 3neu

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung. Sofern die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene nicht innerhalb der vorgesehenen Frist zustande kommt, sind die erforderlichen Festlegungen durch die Schiedsstelle zu treffen.

Zu Satz 4neu

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Zu Satz 5 gestrichen

Die ursprüngliche Regelung wird mit Einfügung des Absatzes 2a Satz 5 hinfällig.

Zu Absatz 2a

Die Vorschrift gibt den Vertragsparteien auf Krankenhausebene die Vereinbarung von Sanktionen für den Fall vor, dass der Pflegepersonalquotient eines Krankenhauses die Untergrenze unterschreitet. Zusätzlich zu der Vereinbarung von Vergütungsabschlägen oder Verringerungen der Fallzahl können auch Maßnahmen, wie etwa Maßnahmen zum Personalaufbau vereinbart werden, die das Krankenhaus zu ergreifen hat, um eine Unterschreitung der Untergrenzen in Zukunft zu verhindern. Vereinbarungen über eine Verringerung der Fallzahl werden in erster Linie in den Leistungsbereichen zu vereinbaren sein, die planbare Leistungen zum Gegenstand haben. Auf diese Weise können die Vertragspartner vermeiden, dass Verringerungen der Fallzahl unaufschiebbare Behandlungen betreffen. Stellt sich im Lauf eines Jahres etwa heraus, dass die Unterschreitung der festgelegten Untergrenze behoben ist, können die Vertragsparteien auch vereinbaren, dass bereits vereinbarte Sanktionen vorübergehend ausgesetzt werden.

Zu Absatz 3

Die Regelung stellt klar, dass der Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 KHG, aus dem die Aufwendungen des InEK zu finanzieren sind, erforderlichenfalls zu erhöhen ist.

Bewertung des zusätzlichen Aufwands

Infolge der Änderungen sind keine besonderen Kostenauswirkungen zu erwarten, da der Quotient aus Routinedaten ermittelt wird. Relevant wird der Standortbezug nur bei den größeren Krankenhäusern mit mehreren Standorten. So die betroffenen Häuser diese Routinedaten nicht schon nach Standort getrennt übermitteln, müssen die wenigen verbliebenen dies zusätzlich erledigen. In welchem Umfang dies auftreten wird, ist nicht abschätzbar. Im Übrigen müssen die Krankenhäuser den Verwaltungsaufwand zur Ausweisung von Daten nach Standorten für 2019 nach § 293 Abs. 6 SGB V mit Wirkung für 2020 ohnehin vollziehen.

Zu Nummer 14 – Änderungsbefehl

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur, die erforderlich ist, weil der bisherige Satz 6 aufgrund des früheren Inkrafttretens der Änderung des § 271 Absatz 2 durch das GKV-Versichertenentlastungsgesetz zu Satz 7 wird.

Zu Nummer 15a

Mit der Änderung des Datums in Satz 14 wird die bereits durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates verlängerte Frist gesetzlich nachvollzogen (Verordnung zur Verlängerung der Frist nach § 291 Absatz 2b Satz 14 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 13. November 2017, BGBl. I S.3774). Satz 14 setzt den 1. Januar 2019 als Termin fest, ab dem die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und Zahnärzte die Online-Prüfung und -Aktualisierung der Versicher-

tenstammdaten (Versichertenstammdatendienst) durchzuführen haben. Sofern ab diesem Zeitpunkt der Versichertenstammdatendienst nicht durchgeführt wird, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen nach Satz 14 pauschal um 1 Prozent so lange zu kürzen, bis die Prüfung durchgeführt wird.

Der Anschluss der Arzt- und Zahnarztpraxen an die Telematikinfrastruktur (Rollout) und damit die Ausstattung der Praxen mit der für die Durchführung des Versichertenstammdatendienstes erforderlichen Ausstattung hat im Dezember 2017 begonnen. Entgegen den ursprünglichen Annahmen hat die Entwicklung einer ausreichenden Angebots- und Wettbewerbssituation mehr Zeit in Anspruch genommen, so dass eine flächendeckende Anbindung aller zur Durchführung des Versichertenstammdatendienstes Verpflichteten nicht bis zum 1. Januar 2019 erreichbar ist. Daher soll die Kürzung der Vergütung für die Nichtdurchführung des Versichertenstammdatendienstes nach dem neuen Satz 16 dann nicht vorgenommen werden, wenn die hierfür erforderliche Ausstattung der Praxis mit dem Anbieter bis Ende März 2019 vertraglich vereinbart worden ist. Der Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung mit einem Anbieter der erforderlichen Komponenten ist gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Das Absehen von der Kürzung ist zeitlich begrenzt bis zum 30. Juni 2019. Nach diesem Zeitpunkt greift die Sanktion nach Satz 14, solange der Versichertenstammdatendienst nicht durchgeführt wird.

Der neue Satz 17 nimmt die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Ärzte, die in einem Krankenhaus tätig sind, ermächtigte Krankenhäuser und die nach § 75 Absatz 1b Satz 3 aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogenen zugelassenen Krankenhäuser (Krankenhausnotfallambulanzen) von der Sanktion für die Nichtdurchführung des Versichertenstammdatendienstes bis zum 31. Dezember 2019 aus. Die Anbindung an die Telematikinfrastruktur und die Ausstattung der stationären Bereiche mit den erforderlichen Komponenten erfolgt gesondert. Für den Krankenhausbereich ist im Rahmen eines Gesamtkonzeptes vorgesehen, dass die Anbindung der Krankenhäuser im Jahre 2019 erfolgt. Da die für die Durchführung des Versichertenstammdatendienstes erforderliche Ausstattung für ermächtigte Ärzte, die in einem Krankenhaus tätig sind, für ermächtigte Krankenhäuser und Notfallambulanzen in diesem Rahmen erfolgen soll und hierfür nicht vorab nicht integrierte Lösungen beschafft werden sollen, ist eine Anpassung der Fristen an die Planungen für den sonstigen Krankenhausbereich erforderlich.

Zu Nummer 16a

Die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Verschlüsselungen der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) und des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) enthalten auch Ausführungen zur Anwendung dieser Schlüssel. Insbesondere bei den Komplexziffern des OPS handelt es sich hierbei teils um strukturelle Anforderungen, deren Erfüllung Voraussetzung für die Vergütung der entsprechenden Krankenhausleistungen ist. In der Praxis sind in der Vergangenheit Streitverfahren über die Auslegung dieser strukturellen Anforderungen aufgetreten. Aktuelle Beispiele hierfür sind die Urteile des Bundessozialgerichts vom 19. Juni 2018 zur Auslegung der Transportentfernung im OPS 8-98b und OPS 8-981 sowie vom 19. Dezember 2017 zur geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlung (OPS 8-550). Um zu vermeiden, dass aufgrund derartiger Auslegungsunsicherheiten eine Vielzahl von zurückliegenden Abrechnungsverfahren erneut aufgegriffen und abgerechnet wird, wird klargestellt, dass das DIMDI Klarstellungen und Änderungen der Formulierungen auch mit Wirkung für die Vergangenheit vornehmen kann. Zur Vermeidung einer unzulässigen Rückwirkung dürfen sich diese jedoch nicht zum Nachteil von Leistungserbringern nachträglich ändernd zu bereits abgeschlossenen Sachverhalten auswirken.

Zu Nummer 17

Zu Buchstabe a0

Die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Verschlüsselungen der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) und des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) enthalten auch Ausführungen zur Anwendung dieser Schlüssel. Insbesondere bei den Komplexziffern des OPS handelt es sich hierbei teils um strukturelle Anforderungen, deren Erfüllung Voraussetzung für die Vergütung der entsprechenden Krankenhausleistungen ist. In der Praxis sind in der Vergangenheit Streitverfahren über die Auslegung dieser strukturellen Anforderungen aufgetreten. Aktuelle Beispiele hierfür sind die Urteile des Bundessozialgerichts vom 19. Juni 2018 zur Auslegung der Transportentfernung im OPS 8-98b und OPS 8-981 sowie vom 19. Dezember 2017 zur geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlung (OPS 8-550).

Um zu vermeiden, dass aufgrund derartiger Auslegungsunsicherheiten eine Vielzahl von zurückliegenden Abrechnungsverfahren erneut aufgegriffen und abgerechnet wird, wird klargestellt, dass das DIMDI Klarstellungen und Änderungen der Formulierungen auch mit Wirkung für die Vergangenheit vornehmen kann. Zur Vermeidung einer unzulässigen Rückwirkung dürfen sich diese jedoch nicht zum Nachteil von Leistungserbringern nachträglich ändernd zu bereits abgeschlossenen Sachverhalten auswirken.

Zu Nummer 18

Mit der Änderung der durch das GKV-Versichertenentlastungsgesetz eingefügten Übergangsregelung in § 324 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wird das Beitrittsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung für ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit um ein Jahr verlängert, um auszuschließen, dass es auf Grund der gesetzlichen Kündigungsfristen für einen privaten Krankenversicherungsvertrag zu einer Doppelbelastung mit Beiträgen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kommt. Durch die Änderung können die von der Regelung erfassten ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit den Zeitpunkt für den Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung abgestimmt auf den Zeitpunkt der Beendigung ihres privaten Krankenversicherungsvertrages wählen.

Zu Nummer 19

Folgeänderung zu Nummer 18. Die Übergangsregelung des § 324 ist ab dem 1. April 2020 gegenstandslos, so dass sie zu diesem Zeitpunkt aufzuheben ist. Dementsprechend ist eine gesonderte Regelung des Inkrafttretens dieser Regelung vorgesehen.

Zu Nummer 20

Die Regelung enthält eine gesetzliche Ausschlussfrist für Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung geleisteter Vergütungen, die vor dem 1. Januar 2017 entstanden sind, die aber bis zum Tag der zweiten und dritten Lesung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes nicht gerichtlich geltend gemacht wurden. Die Regelung zielt auf die Entlastung der Sozialgerichte und der Durchsetzung des Rechtsfriedens, der mit der rückwirkenden Einführung der verkürzten Verjährungsfrist beabsichtigt ist. Verhindert werden soll, dass die Krankenkassen zum Ende des Jahres 2018 zahlreiche gerichtliche Verfahren einleiten, um die Verjährung vermeintlicher Rückzahlungsansprüche aus vormals abgeschlossenen Abrechnungsvorgängen zu hemmen. Vor diesem Hintergrund wird die Durchsetzung entsprechender Rückzahlungsansprüche der Krankenkassen, die eine solche Vorgehensweise bereits angekündigt haben, ausgeschlossen. Rückzahlungsansprüche, die nach dem 1. Januar 2017 entstanden sind, können nach der Einführung der zweijährigen Verjährungsfrist noch bis zum Ende des Jahres 2019 geltend gemacht werden.

Zu Artikel 9

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe e

Zu Satz 2neu

Die Änderung von § 4 Absatz 8a Satz 2 sieht an Stelle der bisherigen Kann-Regelung vor, dass die Vertragsparteien auf Krankenhausebene einen zusätzlichen Betrag zu vereinbaren haben, sofern ein Krankenhaus dies verlangt. Durch diese Muss-Regelung wird sichergestellt, dass eine Regelung durch die Schiedsstelle, die gemäß § 13 Absatz 1 Satz 2 an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden ist, erfolgt, wenn sich die Vertragsparteien nicht einigen. Ohne die Verpflichtung der Vertragsparteien zur Vereinbarung eines Zusatzbetrages bestünde die Gefahr, dass auch die Schiedsstelle, die bei der Festsetzung streitiger Vereinbarungsinhalte innerhalb der gesetzlichen Grenzen über denselben Gestaltungsspielraum verfügt wie die Vertragsparteien, von der Festsetzung eines zusätzlichen Betrages absieht.

Zu Nummer 4

Zu Absatz 2

Zu Satz 6 (§ 6a Absatz 2 Satz 6 KHEntgG)

Der Gesetzentwurf sieht bislang vor, dass mit der Einführung des Pflegebudgets zum Jahr 2020 die Option besteht, in einem bestimmten Rahmen pflegeentlastende oder pflegesubstituierende Maßnahmen erhöhend im Pflegebudget eines Krankenhauses zu berücksichtigen. Die Änderung erweitert diese Option und gewährleistet, dass Krankenhäuser, die bereits vor dem Jahr 2020 ergriffene pflegeentlastende oder pflegesubstituierende Maßnahmen fortsetzen und denen hieraus im Geltungsjahr des Pflegebudgets Kosten entstehen, nicht benachteiligt werden.

Zudem handelt sich um eine Folgeänderung zur Konkretisierung der aus dem DRG-System auszugliedernden Pflegepersonalkosten in § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Zu Satz 7 (§ 6a Absatz 2 Satz 7 KHEntgG)

Die Änderung sieht vor, dass die durch pflegeentlastende Maßnahmen eingesparten Pflegepersonalkosten in Höhe von bis zu drei Prozent statt bisher bis zu fünf Prozent erhöhend im Pflegebudget nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) berücksichtigt werden können. Die konkrete Höhe ist von den Vertragsparteien vor Ort zu verhandeln. Ob und inwieweit die Obergrenze dabei ausgeschöpft wird, bleibt abzuwarten. Nach derzeitiger Erkenntnislage erscheint für die Startphase des Pflegebudgets eine Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen in Höhe von bis zu drei Prozent ausreichend. Damit wird auch darauf hingewirkt, dass nicht in zu hohem Umfang die persönliche Pflege durch alternative technische Maßnahmen ersetzt wird. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen im Pflegebudget nicht voraussetzt, dass das Krankenhaus bei Durchführung dieser Maßnahmen Pflegepersonal entlässt. Es reicht aus, wenn die Maßnahmen den Einsatz von Pflegepersonal ersetzen. Das Pflegepersonal kann auch weiterhin im Krankenhaus beschäftigt und im Pflegebudget erfasst werden.

Zu Absatz 6 (§ 6a Absatz 6 KHEntgG)

Die Entwicklung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung erfolgt im Rahmen eines lernenden Systems. Es ist davon auszugehen, dass die Datengrundlage für die auszugliedernden Pflegepersonalkosten sukzessive besser wird. Um der in den Anfangsjahren insbesondere noch verbesserungsbedürftigen Datengrundlage Rechnung zu tragen, werden mögliche Budgetverluste für die Jahre 2020 und 2021 auf zwei bzw. vier Prozent begrenzt. Für das Jahr 2020 ist der Vorjahresvergleichsmaßstab für die Summe aus Gesamtbetrag und Pflegebudget der Gesamtbetrag des Jahres 2019, der noch die Pflegepersonalkosten umfasst. Eine aus dieser Übergangsregelung entstehende Erhöhung des Pflegebudgets unterliegt für den genannten Zeitraum nicht der Rückzahlungspflicht für nicht zweckentsprechend verwendete Mittel. Für die Vereinbarung des Pflegebudgets für die Jahre 2022 und danach findet die Übergangsregelung keine Anwendung mehr.

Zudem findet nach Satz 5 die Regelung keine Anwendung bei Budgetminderungen aufgrund von Leistungsrückgängen, die sich z. B. aus der Schließung einer Fachabteilung oder rückläufigen Fallzahlen ergeben. In diesen Fällen ist die Ursache für die Budgetminderung nicht die Einführung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung, sondern Sachverhalte, die auch ohne die neue Pflegepersonalkostenvergütung zu einer Budgetabsenkung führen würden und die nicht durch die Übergangsregelung aufgefangen werden.

Zu Nummer 6

Zu Buchstabe c

Die Ergänzung von § 8 Absatz 5 stellt klar, dass die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) getroffenen Abrechnungsbestimmungen zur Fallzusammenführung als abschließende Konkretisierung der Zulässigkeit einer Fallzusammenführung aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebots zu verstehen sind. Eine von den Regelungen der FPV abweichende oder darüber hinausgehende Argumentation zur Notwendigkeit einer Fallzusammenführung, die sich auf das Wirtschaftlichkeitsgebot stützt, ist damit nicht zulässig.

Ergänzend wird § 17b Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes präzisiert, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene insbesondere zu prüfen haben, inwieweit die Abrechnungsbestimmungen wirtschaftliche Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen gewährleisten oder eine Weiterentwicklung erforderlich ist.

Zu Nummer 7

Zu Buchstabe b (§ 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG)

Ab dem Jahr 2020 erhalten bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum nach § 5 Absatz 2a eine pauschale Förderung von 400.000 Euro pro Krankenhaus. Damit wird ihre besondere Bedeutung für die wohnortnahe Versorgung zusätzlich gestärkt. Zur Identifizierung dieser Krankenhäuser ist es erforderlich, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene jährlich eine Liste der Krankenhäuser vereinbaren, die den vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu § 136c Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffenen konkreten Vorgaben der jeweils geltenden Beschlüsse entsprechen. Der G-BA hat im Rahmen der Folgenabschätzung zu den Beschlüssen vom 24. November 2016 und vom 19. April 2018 die entsprechenden Krankenhäuser erstmals identifiziert. Die Vertragspartner auf Bundesebene haben jährlich zum 30. Juni, erstmals zum 30. Juni 2019, eine Zusammenstellung der entsprechenden Krankenhäuser auf der Grundlage der verfügbaren Daten zu vereinbaren. Die Vertragsparteien auf Bundesebene veröffentlichen regelmäßig ihre Vereinbarungen auf ihren Internetseiten, so dass die Liste der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser öffentlich zugänglich ist. Gelingt den Vertragsparteien auf Bundesebene keine Einigung, entscheidet nach Absatz 2 die Bundesschiedsstelle über die Liste.

Zu Nummer 8

Zu Buchstabe a0 (§ 10 Absatz 1 Satz 7 – neu – KHEntgG)

Mit der Ausgliederung von Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System soll keine Minderung oder Erhöhung des Landesbasisfallwerts einhergehen (vgl. Begründung zu § 17b Absatz 4 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes). Um dies für das Jahr 2020 und die Folgejahre zu gewährleisten, gibt die Änderung vor, dass für die Verhandlung des Landesbasisfallwerts sowohl Veränderungen der Leistungsseite (effektive Bewertungsrelationen) wie auch der Erlösseite zu berücksichtigen sind und zwar so, dass eine durch die Einführung und Weiterentwicklung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung bedingte Veränderung, also eine Minderung oder Erhöhung, des Landesbasisfallwerts ausgeschlossen ist. Die Regelung dient dazu, dass im Bereich der über den Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen eine Doppel- oder Unterfinanzierung von Leistungen vermieden wird.

Zu Buchstabe a (§ 10 Absatz 4 KHEntgG)

Bislang ist vorgesehen, dass mit der Ausgliederung von Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System einhergehende technische Effekte lediglich bei der Einführung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung so zu neutralisieren sind, dass sie nicht zu einer Minderung oder Erhöhung der Landesbasisfallwerte führen. Die Änderung erweitert die Geltung dieser Vorgabe dahingehend, dass auch im Rahmen der Weiterentwicklung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung entstehende technische Effekte keine Rückwirkung auf den zu vereinbarenden Landesbasisfallwert haben dürfen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe bb (§ 10 Absatz 5 Satz 3 KHEntgG)

Mit der Streichung der bisherigen Formulierung „der Vergütungstarifverträge“ wird eine Anpassung an die Tarifvertragspraxis vorgenommen. Damit wird berücksichtigt, dass entgeltwirksame Vereinbarungen zwischenzeitlich vielfach auch durch andere tarifvertragliche Grundlagen erfolgen, z. B. als Anlage zum Manteltarifvertrag.

Zu Buchstabe b1 (§ 10 Absatz 12 KHEntgG)

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 10 Absatz 12 Satz 1 – neu – KHEntgG)

Die Mittel des Pflegezuschlags nach § 8 Absatz 10, der mit Einführung des Pflegebudgets nach § 6a ausläuft, werden pauschal in Höhe von rd. 200 Mio. Euro zum Jahr 2020 in die Landesbasisfallwerte überführt. Hierfür ist für die Verhandlung des Landesbasisfallwerts 2020 pauschal eine Erhöhung um 0,3 Prozent des vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwerts 2019 (ohne Ausgleich) einzurechnen. Die Obergrenze nach Absatz 4 findet hierbei nach dem bisherigen Satz 2 keine Anwendung. Die Höhe des pauschalen Zuschlags auf den Landesbasis-

fallwert setzt die Mittelüberführung ohne relevanten zusätzlichen Bürokratieaufwand um. Zudem wird berücksichtigt, dass durch den Pflegezuschlag die Krankenhäuser seinerzeit einen nachhaltigen Anreiz zur zusätzlichen Beschäftigung von Pflegepersonal bekommen sollten, so dass davon auszugehen ist, dass der Pflegezuschlag in maßgeblichem Umfang zur Finanzierung von Pflegepersonalkosten eingesetzt wird. Mit der Einführung des Pflegebudgets erfolgt die Vergütung der Pflegepersonalkosten zukünftig umfassend über das Pflegebudget.

Zu Doppelbuchstabe bb (§ 10 Absatz 12 Satz 2 KHEntgG)

Die Regelung gewährleistet, dass die im Jahr 2019 abgerechneten Zuschläge für das Hygieneförderprogramm nach § 4 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes für die Überführung in den Landesbasisfallwert 2020 um die geschätzte Summe der Beträge gemindert werden, die zukünftig im Pflegebudget aufgehen. Die Änderung ist erforderlich, um eine Doppelvergütung zu verhindern.

Zu Nummer 12

Mit der Änderung werden die vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgelte erhöht, die für die Abrechnung von Pflegepersonalkosten nach dem Pflegebudget greifen, solange noch kein Pflegebudget von den Vertragsparteien nach § 11 vereinbart wurde. Die Erhöhung berücksichtigt, dass sich auf der Grundlage der für das Jahr 2016 verfügbaren Daten des Statistischen Bundesamtes durchschnittliche Kosten je Belegungstag in allgemeinen Krankenhäusern in Höhe von rund 130 Euro errechnen. Die Erhöhung ist erforderlich, um Liquiditätsprobleme für Krankenhäuser zu vermeiden. Für die von den Vertragsparteien nach § 11 zu treffenden Vereinbarungen zum Pflegebudget werden damit keine Festlegungen im Vorhinein getroffen. Nach der Vereinbarung des Pflegebudgets sind entstehende Mehr- oder Mindererlöse unter entsprechender Anwendung von Absatz 3 vollständig auszugleichen.

Zu Nummer 13

Zu Buchstabe a0 (§ 21 Absatz 1 KHEntgG)

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung, die dem Sachverhalt Rechnung trägt, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) von den Vertragsparteien auf Bundesebene als Datenstelle benannt wurde. Hieran wird gesetzlich nun dauerhaft festgehalten und die Datenstelle mit der datentechnischen Weiterentwicklung beauftragt.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 21 Absatz 2 Nummer 1 KHEntgG)

Zu Dreifachbuchstabe aaa0 (§ 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a KHEntgG)

Mit der Änderung von § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a hat das Krankenhaus in seinem Strukturdatensatz neben der Gesamtzahl der aufgestellten Betten auch als Davon-Angabe gesondert die Zahl der aufgestellten Intensivbetten auszuweisen. Die Änderung ist für Plausibilisierungszwecke bei der Weiterentwicklung des Entgeltsystems erforderlich, insbesondere im Zusammenhang mit dem Pflegepersonalaufwand, Pflegepersonaluntergrenzen und damit zusammenhängenden Fragestellungen.

Zu Dreifachbuchstabe bbb (§ 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e KHEntgG)

Korrespondierend zu der § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zugrundeliegenden Definition der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, auch Pflege am Bett genannt, wird die bisherige Formulierung von § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e präzisiert. Statt dem bisherigen unspezifischen Abstellen auf den Pflegedienst wird damit auf die Erhebung des in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätigen Pflege- und Pflegehilfspersonals im stationären Bereich abgestellt. Es handelt sich damit um das Pflege- und Pflegehilfspersonal, dessen Kosten nach den Vorgaben von § 17b Absatz 4 KHG aus dem DRG-System auszugliedern sind. Soweit sie in der Pflege am Bett eingesetzt werden, werden damit die Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, die Altenpflege, Krankenpflegehilfe, zukünftig Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Gesundheits- und Pflegeassistenz, Pflegefachhilfe, Altenpflegehilfe, Sozialassistenz und Kinderpflegehelfer erfasst. Nicht umfasst ist Pflegepersonal, das z. B. als Funktionspersonal im Operationsbereich, in der Anästhesie, den diagnostischen und therapeutischen Bereichen oder der medizinischen Infrastruktur tätig ist.

Die Anzahl des entsprechenden Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ist beginnend mit dem Datenjahr 2019 differenziert nach den unterschiedlichen Standorten nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) eines Krankenhauses zu übermitteln. Die neue Standortbezeichnung liegt den Krankenhäusern im ersten Quartal 2020 vor. Für die Übermittlung der Daten des Datenjahres 2019 müssen bisherige alte Standortkennzeichen ausgetauscht oder das neue Standortkennzeichen hinzugefügt werden, sofern ein Standortkennzeichen bisher nicht verfügbar war. Durch den Tausch bzw. das Hinzufügen des neuen Standortkennzeichens für das Datenjahr 2019 ist von einem geringen Zusatzaufwand für die Krankenhäuser auszugehen. Zugleich kann damit aber eine einheitliche, aussagefähige Datengrundlage geschaffen werden. Eine entsprechende standortbezogene Übermittlung ist als Grundlage für die Ermittlung von Pflegepersonalquotienten nach § 137j SGB V erforderlich. Für die einzelnen Standorte sind die Daten zudem mit Blick auf die Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 3 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 5. Oktober 2018 und gemäß den Vorgaben einer Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 137i Absatz 1 SGB V nach der Qualifikation des Personals (Berufsbezeichnungen) zu unterscheiden. Hierbei ist jeweils umgerechnet in Vollkräfte die standortbezogene Zahl der in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten einzelnen in der Pflege tätigen Berufe insgesamt sowie gegliedert nach den auf den genannten Rechtsgrundlagen beschlossenen pflegesensitiven Bereichen zu übermitteln.

Zudem wird die differenzierte Übermittlung des Pflegepersonals dahingehend sprachlich präzisiert, dass zwar das Pflegepersonal nach Berufsbezeichnungen gegliedert zu übermitteln ist, nicht aber nach Personalgruppen.

Zu Buchstabe a1 (§ 21 Absatz 4 Satz 2 KHEntgG)

Die Datenstelle, die vom InEK getragen wird, wird dauerhaft mit der datentechnischen Weiterentwicklung der bestehenden Vereinbarung nach Satz 1 beauftragt. Soweit gesetzliche Änderungen des Datensatzes nach Absatz 2 dies erfordern, sind die näheren Einzelheiten zu den Daten und deren Übermittlung anzupassen. Die entsprechende Weiterentwicklung der Vereinbarung nach Satz 1 durch die Datenstelle ist wie bisher im Benehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik vorzunehmen. Von der Datenstelle sind insbesondere bundeseinheitliche Festlegungen und erforderliche Differenzierungen zu einzelnen Datenfeldern zu treffen. Im bisherigen Rahmen, der eine Vereinbarung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene vorsieht, ist eine frist- und sachgerechte Weiterentwicklung vielfach nicht möglich. So war bis zum 31. Juli 2018 eine Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene zur Übermittlung von Pflegepersonaldaten nach Absatz 2 Satz 1 Buchstabe e zu treffen, deren Abschluss noch aussteht. Die Datenstelle hat daher zu gewährleisten, dass die entsprechenden Übermittlungsanforderungen für die zum 31. März 2019 zu übermittelnden Pflegepersonaldaten des Jahres 2018 kurzfristig festgelegt werden. Mit Blick auf die eingetretenen Verzögerungen wird auf die bislang vorgesehene unterjährige Übermittlung der Daten für das erste Halbjahr 2018 verzichtet.

Zu Artikel 10

Zu Nummer 1a

Zu Buchstabe a (§ 5 Absatz 2 Satz 8 KHEntgG)

Zur Rechtsbereinigung wird die Übergangsregelung zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen wegen Zeitablaufs aufgehoben.

Zu Buchstabe b (§ 5 Absatz 2a – neu – KHEntgG)

Krankenhäuser, die die Vorgaben der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nach § 136c Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gefassten Beschlüsse in der jeweils geltenden Fassung erfüllen, werden in die Liste nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 aufgenommen. Es handelt sich um bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser, die wegen ihrer Bedeutung für die wohnortnahe Versorgung gestärkt werden sollen. Sie erhalten nach Satz 1 mit Inkrafttreten der Regelung ab dem Jahr 2020 eine zusätzliche Finanzierung in Höhe von 400.000 Euro pro Krankenhaus. Dieser Betrag wird nach Satz 2 fallbezogen abgerechnet, indem die Gesamtsumme durch die voraussichtliche Zahl der voll- und teilstationären Fälle dividiert wird. Der resultierende Betrag wird den Patientinnen oder Patienten oder deren Kostenträgern in Rechnung gestellt. Gelingt den Vertragsparteien nach § 11 keine Einigung, entscheidet nach § 13 in Verbindung mit § 11 Absatz 1 die Schiedsstelle. Der nach Satz 2

resultierende Betrag ist nach Satz 3 von gelisteten Krankenhäusern erstmals für Patientinnen und Patienten abzurechnen, die ab dem 1. Januar 2020 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden. Erfolgt eine Listung eines Krankenhauses nicht bereits für das Jahr 2019, sondern für ein späteres Jahr, entsteht der Anspruch nach Satz 1 ab dem Folgejahr und somit erfolgt dementsprechend die Abrechnung für Patientenaufnahmen ab dem ersten Januar des Folgejahres. Nach Satz 4 endet die Abrechnungsfähigkeit für Krankenhäuser, die nicht mehr in der Liste aufgeführt sind, für die Patientenaufnahmen, die auf das Jahr der letztmaligen Auflistung folgen.

Zu Buchstabe c (§ 5 Absatz 3 KHEntgG)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Beauftragung des G-BA, die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 bis zum Jahresende 2019 zu konkretisieren. Der neu gefasste § 5 Absatz 3 ermöglicht, dass auf der Grundlage eines Beschlusses des G-BA nach § 136c Absatz 5 – neu – des Fünften Buches Sozialgesetzbuch krankenhaushausindividuelle Vereinbarungen von Zuschlägen für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten getroffen werden können. Bis zur Verabschiedung des Beschlusses gilt die nach § 9 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz in Verbindung mit dem bisherigen § 9 Absatz 1a Nummer 2 von der Bundesschiedsstelle getroffene Festlegung fort.

Gelingt den Vertragsparteien eine Einigung über die Vereinbarung der Zuschläge und deren Höhe nicht, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 Absatz 1 Satz 1. Dabei müssen nach § 13 Absatz 1 Satz 2 die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften, also auch § 5 Absatz 3, beachtet werden.

Zur Rechtsbereinigung entfallen die bisher in Satz 2 formulierten Übergangsfristen wegen Zeitablaufs.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a (§ 6 Absatz 2a Satz 1 Nummer 2 KHEntgG)

Voraussetzung für die krankenhaushausindividuelle Verhandlung von gesonderten Zusatzentgelten nach § 6 Absatz 2a Nummer 2 ist es, dass die Behandlungskosten die Summe aus DRG-Vergütung und Zusatzentgelten um mindestens 50 Prozent überschreiten. Sind Pflegepersonalkosten zukünftig nicht mehr Bestandteil des DRG-Systems, muss dies zur Vermeidung von Verwerfungen auch bei den für die Verhandlung der gesonderten Zusatzentgelte maßgeblichen Behandlungskosten berücksichtigt werden. Die Regelung gibt vor, dass die für die Vereinbarung von gesonderten Zusatzentgelten maßgeblichen Behandlungskosten um die Kosten zu vermindern sind, die von dem Pflegebudget nach § 6a erfasst werden.

Zu Buchstabe b (§ 6 Absatz 3 Satz 5 KHEntgG)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung von Buchstabe a, die den bisherigen Text des Gesetzentwurfs inhaltsgleich wiedergibt.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a (§ 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der hier zugrundeliegenden Definition der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Die über das Pflegebudget nach § 6a zu berücksichtigenden Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sind ab dem Jahr 2020 Gegenstand der neuen krankenhaushausindividuellen Pflegepersonalkostenvergütung, so dass diese Kostensteigerungen bei der Ermittlung der korrekten Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen für die übrigen Beschäftigtengruppen nicht zu berücksichtigen sind, um verzerrte Ergebnisse zu vermeiden.

Zu Buchstabe b (§ 9 Absatz 1a Nummer 2 KHEntgG)

§ 9 Absatz 1a Nummer 2 wird zum 1. Januar 2020 aufgehoben. Zugleich wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, bis zum 31. Dezember 2019 die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 anstelle der Vertragsparteien auf Bundesebene zu konkretisieren (§ 136c Absatz 5 – neu – des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Durch die vom G-BA zu beschließenden Vorgaben sollen die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten konkret von den Regelaufgaben der Krankenhäuser abgegrenzt werden, damit auf dieser Grundlage ab dem Jahr 2020 Krankenhäuser, die besondere Aufgaben leisten und die Vorgaben des G-BA-Beschlusses erfüllen, regelmäßig entsprechende Zuschläge vereinbaren können.

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe a

Zu den Doppelbuchstaben bb und cc (§ 10 Absatz 5 Satz 2 und 3 KHEntgG)

Es handelt sich jeweils um eine Folgeänderung zu § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und der hier zugrundeliegenden Definition der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Die über das Pflegebudget nach § 6a zu berücksichtigenden Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sind ab dem Jahr 2020 Gegenstand der neuen krankenhausesindividuellen Pflegepersonalkostenvergütung, so dass nicht zusätzlich eine Berücksichtigung bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte erfolgen darf.

Zu Buchstabe b (§ 10 Absatz 6 Satz 1 KHEntgG)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu § 17b Absatz 4 KHG und der hier zugrundeliegenden Definition der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Die über das Pflegebudget nach § 6a zu berücksichtigenden Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sind ab dem Jahr 2020 Gegenstand der neuen krankenhausesindividuellen Pflegepersonalkostenvergütung. Bei der Ermittlung des Orientierungswerts nach § 10 Absatz 6 ist zu berücksichtigen, dass er nicht die Obergrenze für die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen bildet.

Zu Artikel 11**Zu Nummer 1**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der Einführung der §§ 114b und 114c.

Zu Nummer 3

Zu Absatz 6 (§ 8 Absatz 6 SGB XI):

In der gesetzlichen Anspruchsgrundlage für die vollstationären Pflegeeinrichtungen zur Finanzierung der zusätzlichen Stellen in § 8 Absatz 6, die eine Leistung der Pflegeversicherung darstellt, wird zur Klarstellung aufgenommen, dass die zusätzlichen Stellenäquivalente nach Einrichtungsgröße von den Pflegeeinrichtungen sowohl durch Neueinstellungen als auch durch zeitliche Erweiterung bislang in Teilzeit besetzter Stellen umgesetzt werden kann.

Die Vorschrift wird stärker darauf konzentriert, dass es sich um Pflegefachkräfte handeln muss, die mit dem Vergütungszuschlag finanziert werden. Daher wird die gesetzlich vorgesehene Frist bis zur ausnahmsweise vorgesehenen Möglichkeit, auch Pflegehilfskräfte damit zu finanzieren, auf vier Monate verlängert. Zudem wird sie mit der zwingenden Voraussetzung verknüpft, dass die Pflegehilfskräfte damit verbunden eine Ausbildung zur Pflegefachkraft aufnehmen bzw. bereits aufgenommen haben. In diesem Fall kann die Differenz zwischen dem Gehalt einer Pflegehilfskraft und der Auszubildendenvergütung über den Vergütungszuschlag finanziert werden. Die Finanzierung der Auszubildendenvergütung über den Ausbildungsfonds nach dem Pflegeberufegesetz bleibt unberührt. Dies unterstützt das Ziel, mehr Pflegefachkräfte in der vollstationären Pflege zu gewinnen. Nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung zur Pflegefachkraft kann dieses Pflegepersonal über den regelmäßigen Vergütungszuschlag für Pflegefachkräfte nach Absatz 6 Satz 3 nahtlos weiterfinanziert werden.

Zudem wird für das Verfahren die Präzisierung aufgenommen, dass die Landesverbände der Pflegekassen bis zum Vorliegen der Bestimmung des Spitzenverband Bund der Pflegekassen die sachgerechte Verfahrensbearbeitung sicherzustellen haben. Hierbei genügt für die Pflegeeinrichtungen die Antragstellung an eine als Partei der Pflegesatzvereinbarung beteiligte Pflegekasse.

Zu Absatz 7 (§ 8 Absatz 7 Satz 10 SGB XI):

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) Einvernehmen über die Förder-Richtlinien herzustellen. Dies ist sachgerecht, da die privaten

Versicherungsunternehmen verpflichtet werden, sich an den Kosten für die Förderung zu beteiligen. Die Einzelheiten zu Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und Durchführung der Förderung, die eine Leistung der Pflegeversicherung darstellt, sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel sind durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. festzulegen. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Hierzu wird die entsprechende Anwendung von § 17 Absatz 2 angeordnet. Das Bundesministerium für Gesundheit kann vor seiner Entscheidung zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern sowie die Genehmigung mit Auflagen verbinden.

Zudem wird klargestellt, dass die Auszahlung der Fördermittel durch eine Pflegekasse erfolgt.

Zu Absatz 8 (§ 8 Absatz 8 Satz 5 SGB XI):

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) Einvernehmen über die Richtlinien zur Zuschussvergabe herzustellen. Dies ist sachgerecht, da die privaten Versicherungsunternehmen verpflichtet werden, sich an den Kosten für die Förderung zu beteiligen. Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen des Zuschusses sowie zu dem Verfahren zur Gewährung des Zuschusses, die eine Leistung der Pflegeversicherung darstellt, werden durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 in Richtlinien festgelegt. Dabei sind Verfahren für eine sachgerechte Verteilung der Mittel sicherzustellen, die den besonderen Anforderungen an die Mittelverwendung im Rahmen der Sozialversicherung Rechnung tragen. Deshalb ist auch zu regeln, wer für die Bearbeitung der Anträge und die Auszahlung des Zuschusses zuständig ist. Zudem wird klargestellt, dass die Auszahlung des Zuschusses durch eine Pflegekasse erfolgt. Die durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. festgelegten Inhalte bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Hierzu findet § 17 Absatz 2 entsprechende Anwendung. Das Bundesministerium für Gesundheit kann vor seiner Entscheidung zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern sowie die Genehmigung mit Auflagen verbinden.

Zu Nummer 11 (Zu § 45d SGB XI)

Zu Buchstabe a

Zur Verstärkung des Engagements im Bereich der Selbsthilfeförderung in der Pflege wird der Finanzierungsanteil der Pflegeversicherung an den Fördermaßnahmen, die mit Mitteln nach § 45d gefördert werden, von 50 Prozent auf 75 Prozent erhöht. Bei der bisherigen Zuschussgewährung in Höhe von 50 Prozent durch die Pflegeversicherung und 50 Prozent von Land oder kommunaler Gebietskörperschaft ergab sich insgesamt ein Gesamtfördervolumen von rund 16 Millionen Euro im Kalenderjahr. Um das Gesamtfördervolumen bei einer Zuschussgewährung durch die Pflegeversicherung in Höhe von 75 Prozent in gleicher Höhe aufrecht zu erhalten, werden die von der Pflegeversicherung nach § 45d Satz 1 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. Wie bisher beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an dieser Förderung mit insgesamt 10 Prozent des Fördervolumens. Die Fördermittel werden wie bisher nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilt.

Zu Buchstabe b

Die Mittel der Pflegeversicherung zur Förderung der Selbsthilfe werden in den Bundesländern in sehr unterschiedlichem Maße abgerufen. In manchen Bundesländern werden diese Fördermittel bislang gar nicht genutzt. Im Hinblick auf die Bedeutung der Selbsthilfe, insbesondere zur Unterstützung und Information der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden, ist eine bessere Ausnutzung der zur Verfügung gestellten Mittel jedoch wünschenswert.

Zur Verstärkung des Engagements im Bereich der Selbsthilfeförderung in der Pflege wird der Finanzierungsanteil der Pflegeversicherung an den Fördermaßnahmen, die mit den Mitteln nach § 45d Satz 1 gefördert werden, daher von bisher 50 Prozent auf künftig regelmäßig 75 Prozent erhöht.

Für Zuschüsse als Anschubfinanzierung zur Gründung neuer Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen stehen die Fördermittel der Pflegeversicherung nach § 45d außerdem in Zukunft auch zur Verfügung, ohne

dass es für die Förderung einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Hierfür können insgesamt Fördermittel in Höhe von je Kalenderjahr bis zu 0,01 Euro je Versichertem verwendet werden. Die jeweilige Gewährung der Gründungszuschüsse erfolgt aus den nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilten Mitteln nach Satz 1. Um die Förderung bei einer Neugründung zu vereinfachen und das Bewilligungsverfahren zu beschleunigen, beantragen die Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen die Gründungszuschüsse dabei unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Das Nähere zur Durchführung der Förderung und zum Verfahren wird in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt.

Darüber hinaus wird im Gesetz klargestellt, dass Zuschüsse der kommunalen Gebietskörperschaften in entsprechender Anwendung des § 45c Absatz 2 Satz 3 auch als Personal- oder Sachmittel eingebracht werden können, eingesetzte Mittel der Arbeitsförderung entsprechend § 45c Absatz 2 Satz 4 einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt sind und die Übertragbarkeitsregelungen des § 45c Absatz 6 grundsätzlich entsprechende Anwendung finden.

Hinsichtlich der Übertragung von Mitteln, die in entsprechender Anwendung des § 45c Absatz 6 auf das Folgejahr übertragen worden sind und auch in dem Folgejahr nicht abgerufen wurden, wird jedoch eine besondere Regelung in § 45d eingeführt: Von diesen Mitteln wird ein Betrag in Höhe von 0,01 Euro je Versichertem genutzt, um damit bundesweite Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zu fördern. Da die bundesweite Tätigkeit von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen keinem bestimmten Bundesland und keiner bestimmten kommunalen Gebietskörperschaft zugeordnet werden kann, gestaltet sich die Förderung dieser Tätigkeiten im Rahmen des § 45d bislang schwierig. Deshalb erfolgt die Förderung insoweit künftig durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, ohne dass es einer Mitfinanzierung durch ein Land oder eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Die Bewilligung der Förderung aus den gemäß den Sätzen 6 und 7 zur Verfügung stehenden Mitteln durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, bei dem die Förderung unmittelbar zu beantragen ist, kann dabei jeweils für einen Zeitraum von bis zu fünf Jahren erfolgen, um den bundesweit tätigen Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen insoweit Planungssicherheit zu geben. Bei erneuter Antragstellung ist eine erneute Bewilligung von Fördermitteln möglich. Die Einzelheiten zur Förderung der bundesweiten Selbsthilfe werden in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene beschließt und die der Zustimmung der Länder und des Bundesministeriums für Gesundheit bedürfen, wobei das Bundesministerium für Gesundheit seine Zustimmung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erteilt, soweit Belange des Ehrenamts betroffen sind. Dadurch dass der Betrag zur Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten aus dem Betrag herausgenommen wird, der von den Ländern auch nach der Übertragung auf das Folgejahr noch nicht genutzt worden ist, wird die Fördergrundlage für die Länder, die die Mittel zur Förderung der Selbsthilfe in der Pflege traditionell in sehr hohem Maße ausschöpfen, nicht geschmälert. Zugleich ist es den Bundesländern, die diese Mittel bislang nur in geringem Maße nutzen, möglich, ihr Fördervolumen jederzeit zu erhöhen.

Soweit die Mittel zur Förderung der Selbsthilfe, die in entsprechender Anwendung des § 45c Absatz 6 auf das Folgejahr übertragen worden sind und auch in dem Folgejahr nicht abgerufen wurden, den Betrag in Höhe von 0,01 Euro je Versichertem übersteigen, können diese Fördermittel zudem weiterhin – wie in § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 geregelt – von den Ländern beantragt und genutzt werden, die im Jahr vor der Übertragung der Mittel auf das Folgejahr mindestens 80 Prozent der auf sie nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Mittel zur Selbsthilfeförderung ausgeschöpft haben.

Zu Buchstabe c

Die bereits bislang im Gesetzentwurf enthaltene Regelung zu dem bisherigen § 45d Satz 3 wird redaktionell leicht ergänzt und bildet nun den Buchstaben c.

Zu Nummer 14a und zu Artikel 12

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I, S. 3191) wird § 71 Absatz 4 zum 1. Januar 2020 neu gefasst. Im Rahmen dieser Neufassung treten auch Bestimmungen in Kraft, die den Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichten, Richtlinien zur näheren Abgrenzung zu erlassen, wann die in § 71 Absatz 4 Nummer 3 Buchstabe c in der Fassung des PSG III genannten Merkmale vorliegen und welche Kriterien bei der Prüfung dieser Merkmale mindestens heranzuziehen sind. Diese Richtlinien sollen jedoch bereits

spätestens bis zum 1. Juli 2019, also vor dem Inkrafttreten der Neufassung des § 71 Absatz 4 am 1. Januar 2020 erlassen werden, um eine ausreichende Vorbereitungszeit für deren Umsetzung in der Praxis zu gewährleisten. Die im PSG III enthaltenen Regelungen zum Richtlinienerlass in Bezug auf die ab dem 1. Januar 2020 geltende Fassung des § 71 Absatz 4 werden daher in einen neuen § 71 Absatz 5 überführt, der bereits zum 1. Januar 2019 in Kraft tritt.

Die nach dem PSG III zum 1. Januar 2020 in Kraft tretende Fassung des § 71 Absatz 4 ist damit um die Regelungen zum Richtlinienerlass zu bereinigen. § 71 Absatz 4 wird daher mit Wirkung ab dem 1. Januar 2020 neu gefasst.

Inhaltlich sind die Bestimmungen in § 71 Absatz 4 und 5 in der vorliegenden Fassung und die Bestimmungen in § 71 Absatz 4 in der Fassung des PSG III identisch.

Da Artikel 12 bereits Änderungen des SGB XI zum 1. Januar 2020 beinhaltet, werden die neuen Regelungen zu § 71 Absatz 4 SGB XI in diesen Artikel integriert, was eine redaktionelle Neufassung zur Folge hat.

Zu Nummer 17

Die Änderung der Regelung zur besseren Honorierung der Wegezeiten nach § 132a Absatz 1 SGB V (Änderungsantrag zu Artikel 7 Nummer 10) wird entsprechend für den Bereich des Pflegeversicherungsrechts in § 89 SGB XI übernommen.

Zu den Nummern 20a bis 20c

Zu § 114

Die Änderung trägt der in § 114b (neu) geregelten Erhebung und Übermittlung von Indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen ab dem 1. Oktober 2019 Rechnung.

Die im Rahmen des Indikatoren gestützten Verfahrens gewonnenen Qualitätsdaten dienen als Informationsgrundlage für die Qualitätsprüfungen und sind eine wesentliche Grundlage für die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a.

Parallel zu der verpflichtenden Indikatorenerhebung nach § 114b Absatz 1 Satz 1 durch die zugelassenen vollstationären Einrichtungen beginnt daher auch für die Qualitätsprüfungen ein neuer Prüfrhythmus. Die Landesverbände der Pflegekassen können die Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung e. V. oder durch von ihnen bestellte Sachverständige für die im stationären Bereich zugelassenen Pflegeeinrichtungen somit ab dem 1. November 2019 auf das neue Prüfsystem umstellen. Bis zum 31. Dezember 2020 soll jede zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung mindestens einmal geprüft sein. Um Anreize für die Einrichtungen zu setzen, sich um ein hohes Qualitätsniveau zu bemühen, soll zudem zukünftig die Möglichkeit bestehen, den jährlichen Prüfrhythmus für Einrichtungen mit guten Qualitätsergebnissen auf zwei Jahre zu verlängern. Hierzu wird in Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 114c das Nähere geregelt.

Die Landesverbände der Pflegekassen erteilen die Prüfaufträge für die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage der von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Ergebnisse. Dazu gehören Informationen über die durch die Datenauswertungsstelle gezogene Stichprobe, das Ergebnis der statistischen Plausibilitätsprüfung sowie ggfs. weitere Hinweise auf Qualitätsdefizite oder absehbaren Beratungsbedarf. Die von den zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen erhobenen und an die Datenauswertungsstelle übermittelten Daten sind im Rahmen der Prüfungen zu berücksichtigen.

Zu § 114a

Regelprüfungen in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen. Diese Regelung gilt bereits für ambulante Einrichtungen. Die Erfahrungen mit der wissenschaftlichen Erprobung von Prüfungen mit Bezug auf Indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen haben gezeigt, dass durch die kurzfristige Ankündigung eine bessere organisatorische Vorbereitung der Prüfung ermöglicht wird. Angekündigt wird dabei lediglich der Termin der Prüfung. Hingegen erfolgt ausdrücklich keine Information über die in die Prüfung einbezogene Stichprobe

von Pflegebedürftigen. Welche Bewohner in die Prüfung einbezogen werden sollen, wird der Einrichtung vielmehr erst nach dem Eintreffen der Prüfer mitgeteilt. Angesichts dieser Verfahrensweise und mit Blick auf die geringere Bedeutung der Pflegedokumentation bei den neuen Prüfungen wird die Gefahr von Manipulationen daher als gering eingeschätzt. Hingegen besteht bei kurzfristiger vorheriger Bekanntgabe des Prüftermins die Aussicht auf einen besseren Organisationsablauf während der Prüfungen. Davon können alle an der Prüfung unmittelbar Beteiligten profitieren, aber auch die nicht in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen, deren Versorgung auf diese Weise besser sichergestellt werden kann.

Insoweit Regelprüfungen weiterhin auch unangekündigt erfolgen sollen, regelt das Nähere hierzu der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit in den Richtlinien nach § 114c Absatz 1.

Anlassprüfungen erfolgen wie bisher unangemeldet.

Zu § 114b

Zu Absatz 1

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) wurde der Qualitätsausschuss verpflichtet, neue Systeme der Qualitätsmessung und -darstellung durch unabhängige Wissenschaftler entwickeln zu lassen (§ 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1). Das neue Qualitätssystem umfasst die Erhebung indikatorenbezogener Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im vollstationären Bereich, die auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements erfasst werden, eine damit verbundene Umstrukturierung des Prüfgeschehens (siehe Änderungen in § 114 und 114a) und ein neues Instrument für die Qualitätsberichterstattung, das den sogenannten „Pflege-TÜV“ ersetzt (§ 115 Absatz 1a).

Mit der hier vorliegenden Regelung wird die Erhebung und Übermittlung indikatorenbezogener Daten durch die zugelassenen vollstationären Einrichtungen ab dem 1. Oktober 2019 verbindlich eingeführt. Bis zum 30. Juni 2020 wird dabei eine Einführungsphase festgelegt. Innerhalb dieses Zeitraums werden alle zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen erstmalig verpflichtet, zu einem einrichtungsindividuell zu bestimmenden Stichtag nach einem strukturierten Verfahren Indikatorenergebnisse, d. h. Daten zu ausgewählten Qualitätsaspekten, zu erheben und an die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zu übermitteln. Anschließend beginnt der regelmäßige halbjährliche Rhythmus der Datenerhebung und -übermittlung. Technische Voraussetzung für die Datenübermittlung ist die Registrierung bei der Datenauswertungsstelle.

Nach Auskunft der Selbstverwaltung über die derzeitigen Planungen ist die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b bis zum 1. September 2019 eingerichtet. Damit kann sichergestellt werden, dass die technischen Voraussetzungen für die Datenübermittlung, wie die Registrierung von allen zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen bei der Datenauswertungsstelle ab September 2019, geschaffen werden. Sollte die Datenauswertungsstelle bis zum 15. September 2019 nicht eingerichtet sein, haben die Landesverbände der Pflegekassen die Erfüllung der Aufgaben sicherzustellen, die der Datenauswertungsstelle durch das Elfte Buch und durch die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 übertragen werden.

Grundlage für das Verfahren der Datenerhebung und -übermittlung sind die Maßstäbe und Grundsätze für den stationären Bereich (MuG stationär) gemäß § 113 Absatz 1a, für die der Qualitätsausschuss Pflege am 17. September 2018 die Einleitung des Beteiligungsverfahrens beschlossen hat. Die Festlegungen in den MuG stationär basieren insbesondere auf den Ergebnissen des von den Vertragsparteien nach § 113 durch den Qualitätsausschuss beauftragten Projekts zur Entwicklung der Verfahren und Instrumente für die Qualitätsprüfung und -darstellung in der stationären Pflege gemäß § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und 2.

Zu Absatz 2

Die Erhebung und Übermittlung von Qualitätsdaten stellt insbesondere in der Einführungsphase eine Herausforderung für die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen dar. Damit etwaige fachliche, methodische oder technische Probleme beim Start nicht mit negativen Konsequenzen für die Einrichtungen verbunden sind, wird festgelegt, dass erst ab der zweiten Indikatorenerfassung eine Veröffentlichung stattfindet. Bis dahin enthält die eigentlich aus drei Elementen bestehende Qualitätsberichterstattung zunächst nur die Ergebnisse der Prüfungen sowie die von den Einrichtungen übermittelten qualitätsrelevanten Informationen.

Zu Absatz 3

Um die Erhebung und Übermittlung von Qualitätsdaten ab dem 1. Oktober 2019 vorzubereiten, wird es notwendig sein, Schulungen für Mitarbeiter aller zugelassenen vollstationären Einrichtungen in Deutschland durchzuführen. Um die Einrichtungen bei der Umstellung auf das neue Qualitätssystem zu unterstützen, werden für jede Einrichtung im Jahr 2019 einmalig 1 000 Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt. Das nähere Verfahren der Auszahlung der Fördermittel durch eine Pflegekasse regeln die Landesverbände der Pflegekassen. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten der Förderung.

Zu § 114c

Zu Absatz 1

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird beauftragt, in Richtlinien unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. Kriterien für eine ab dem 1. Januar 2021 mögliche Verlängerung des Prüfrhythmus von einem auf zwei Jahre festzulegen. Der Abschlussbericht „Darstellung der Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung zum indikatorengestützten Verfahren“ in der vom Qualitätsausschuss Pflege am 17. September 2018 abgenommenen Fassung enthält Empfehlungen zu einer Verlängerung des Prüfrhythmus, die als maßgebliche Grundlage bei der Richtlinienerstellung zu berücksichtigen sind. Insbesondere gehört eine über dem Durchschnitt liegende Ergebnisqualität zu den wesentlichen Grundvoraussetzungen für eine Verlängerung des Prüfrhythmus. Die Landesverbände der Pflegekassen sollen für die Berechnung des Durchschnitts die ihnen von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b übermittelten Daten heranziehen. Für die Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus müssen zudem die Prüfergebnisse der Einrichtung vorliegen und einbezogen werden.

In den Richtlinien sind auch Regelungen zu den Kriterien zu treffen, nach denen abweichend von der Bestimmung in § 114a Absatz 1 Satz 2 Regelprüfungen unangemeldet erfolgen. Die Prüfungen sollen unangekündigt erfolgen, wenn eine vollstationäre Einrichtung ihre Verpflichtung aus § 114b Absatz 1 Satz 1 gar nicht erfüllt hat, die Datenübermittlung unvollständig war oder von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b mangelnde Plausibilität der übermittelten Daten festgestellt wurde. Bei der Festlegung und Anwendung der Kriterien für mangelnde Plausibilität und Unvollständigkeit der Daten ist der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu berücksichtigen.

Die Vorschrift regelt zudem die Beteiligungsrechte, die durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen bei der Erstellung der Richtlinien zu beachten sind.

Zu Absatz 2

Die Richtlinien stehen unter dem Vorbehalt der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

Zu Absatz 3

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird verpflichtet, zum 30. September 2020, zum 31. März 2021 und danach jährlich über die Erfahrungen mit dem neuen System zu berichten. Der erste Bericht soll insbesondere darüber informieren, ob die Einrichtungen ihren Mitwirkungspflichten zur Indikatorenerhebung und -übermittlung nachgekommen sind. Zudem soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen darlegen, welche Konsequenzen die Landesverbände der Pflegekassen in Fällen fehlender oder mangelhafter Mitwirkung der Einrichtungen gezogen haben (zum Beispiel: Vergütungskürzungen als vertragsrechtliche Strafe). Auf Grundlage des Berichts kann bewertet werden, ob die vorhandenen Instrumente ausreichen, um eine flächendeckende Teilnahme der Einrichtungen zu gewährleisten oder ob weitergehende Regelungen im Vertrags- oder Zulassungsrecht notwendig sind. Der zweite Bericht soll insbesondere eine wissenschaftlich fundierte Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a festzulegenden Bewertungssystematik enthalten. Ziel der Evaluation soll es sein, die ersten Praxiserfahrungen mit der neuen Systematik darzustellen und fachlich zu bewerten. Dabei soll die Frage im Mittelpunkt stehen, inwieweit die Bewertungssystematik in der Lage ist, tatsächliche Qualitätsunterschiede für die Verbraucherinnen und Verbraucher transparent zu machen.

Zu Nummer 20d (§ 118)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Einfügung des § 114c.

Zu Nummer 20e

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der Änderung des § 37 Absatz 3 SGB XI.

Zu Artikel 13a

Das GKV-Versichertenentlastungsgesetz sieht das Außerkrafttreten des § 324 SGB V zum 1. April 2019 vor. Diese Regelung ist aufgrund der in diesem Gesetz vorgesehenen Änderung des § 324 SGB V aufzuheben.

Zu Artikel 14

Zu Absatz 3

Die Aufhebung des mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetzes vorgesehenen Außerkrafttretens des § 324 SGB V tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Zu Absatz 6

Die Aufhebung der Übergangsregelung des § 324 SGB V erfolgt zu dem Zeitpunkt, zu dem die Regelung gegenstandslos wird.

Berlin, den 7. November 2018

Dr. Roy Kühne
Berichtersteller

Dr. Edgar Franke
Berichtersteller

Dr. Axel Gehrke
Berichtersteller

Nicole Westig
Berichterstellerin

Harald Weinberg
Berichtersteller

Kordula Schulz-Asche
Berichterstellerin

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals

(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)

A. Problem und Ziel

Die Zahl der Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen; auch die Zahl der Auszubildenden in diesen Berufen hat einen Höchststand erreicht. Gleichwohl konnte die Zahl der in der Pflege Beschäftigten mit dem wachsenden Bedarf nicht Schritt halten. Die Arbeit hat sich für viele Beschäftigte in der Alten- und Krankenpflege in den letzten Jahren sehr verdichtet. Die Folgen der gestiegenen Arbeitsbelastung sind unter anderem ein höherer Krankenstand und ein frühzeitiges Ausscheiden von Pflegekräften aus dem Beruf. Werden keine Gegenmaßnahmen eingeleitet, führt dies zu einer Verschärfung des Mangels an Pflegekräften und zu weiter steigenden Belastungen für die verbleibenden Kräfte.

Mit dem vorliegenden Gesetz sollen daher spürbare Entlastungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege erreicht werden, um die Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegebedürftigen weiter zu verbessern.

Darüber hinaus soll durch Neuregelungen des Infektionsschutzgesetzes der Schutz der öffentlichen Gesundheit gestärkt werden.

B. Lösung

Die Arbeitssituation in der Kranken- und Altenpflege wird mit einem Sofortprogramm spürbar verbessert.

Für die Krankenhäuser wird zukünftig jede zusätzliche und jede aufgestockte Stelle für Pflegekräfte finanziert. Bereits ab dem Jahr 2018 sollen rückwirkend tariflich vereinbarte Entgeltsteigerungen für die Pflegekräfte von den Kostenträgern vollständig refinanziert werden. Die Finanzierung des erhöhten Bedarfs von Krankenhäusern an Pflegepersonal durch die Kostenträger wird ebenso verbessert wie die Finanzierung der Ausbildungsvergütungen. Die strukturverbessernden Wirkungen des Krankenhausstrukturfonds, der fortgeführt wird, können dazu beitragen, die Zahl ausgebildeter Pflegekräfte zu vergrößern und das vorhandene Pflegepersonal effizienter einzusetzen. Die Finanzierung der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser wird ab dem Jahr 2020 auf eine neue, von den Fallpauschalen unabhängige, krankenhausespezifische Vergütung der Pflegepersonalkosten umgestellt.

Im Bereich der Altenpflege erhält jede vollstationäre Pflegeeinrichtung zusätzlich Pflegepersonal, das von der Krankenversicherung pauschal vollfinanziert wird. Damit wird der Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege besser berücksichtigt. Zur Entlastung des Pflegepersonals fördert die Pflegeversicherung durch einen Zuschuss die Digitalisierung in der ambulanten und stationären Altenpflege. Die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten mit stationären Pflegeeinrichtungen wird durch verbindliche Kooperationsverträge gestärkt. Hierfür soll zudem ein technischer Stan-

dard für die digitale Kommunikation entwickelt werden. Darüber hinaus wird der Anwendungsbereich der Nutzung von Sprechstunden per Video erweitert. Pflegende Angehörige erhalten einen verbesserten Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Die betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegekräfte in der Kranken- und Altenpflege wird gestärkt. Maßnahmen werden finanziell unterstützt, die es Pflegekräften in der Alten- und Krankenpflege ermöglichen, ihre Berufstätigkeit mit eigenen Aufgaben in Familie und bei der familiären Pflege zu vereinbaren.

Die in diesem Gesetz aufgeführten Maßnahmen sind ein erster Schritt, um eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege zu erreichen. In weiteren Schritten sollen insbesondere im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege Maßnahmen entwickelt und erörtert werden, die insbesondere die Situation in der Langzeitpflege bedarfsgerecht verbessern.

Die Länder sollen auch vor dem Hintergrund der Migrationsbewegungen in die Lage versetzt werden, Gesundheitsuntersuchungen auch für Personengruppen vorzusehen, die nicht in bestimmten Einrichtungen im Sinne des § 36 Absatz 5 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) oder in Aufnahmeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften im Sinne des § 62 Absatz 1 des Asylgesetzes (AsylG) aufgenommen werden sollen beziehungsweise zu wohnen haben und sich daher nicht bereits nach § 36 Absatz 5 IfSG oder § 62 Absatz 1 AsylG einer Gesundheitsuntersuchung unterziehen müssen. Erfasst werden sollen Personengruppen, die aufgrund ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Gemeinden

Mit der Fortführung und dem Ausbau des Krankenhausstrukturfonds zur Anpassung bestehender Versorgungskapazitäten an den tatsächlichen Versorgungsbedarf sowie zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Krankenhausversorgung wird ab dem Jahr 2019 ein Finanzvolumen von bis zu 4 Milliarden Euro bereitgestellt, das je zur Hälfte durch die Länder und aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufzubringen ist.

Darüber hinaus können für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden jährliche Mehrbelastungen im Bereich der Beihilfe im niedrigen bis mittleren zweistelligen Millionenbereich entstehen.

Beim Bundeszuschuss zur landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergeben sich im Jahr 2019 Mehrausgaben von bis zu 13 Millionen Euro, die bis zum Jahr 2022 jährlich auf bis zu 18 Millionen Euro ansteigen werden.

Für die Sozialhilfeträger können sich aus der Kofinanzierung der Maßnahmen nach § 8 Absatz 7 und 8 SGB XI und aus den Wegekostenzuschlägen nach § 89 Absatz 3 SGB XI jährliche Mehrausgaben im einstelligen Millionenbereich ergeben. Im Bereich der Hilfen für Gesundheit können den Sozialhilfeträgern aus den Regelungen des KHEntG und des SGB V jährliche Mehrausgaben im niedrigen einstelligen Millionenbereich für das Jahr 2019 und im mittleren einstelligen Millionenbereich für die Jahre 2020, 2021 und 2022 entstehen.

Die auf den Bundeshaushalt entfallenden Mehrausgaben werden innerhalb der betroffenen Einzelpläne ausgeglichen.

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Maßnahmen des Gesetzes entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2018 Mehrausgaben in Höhe von voraussichtlich rund 7 Millionen Euro. Im Jahr 2019 ergeben sich Mehrausgaben von rund 1,7 Milliarden Euro, im Jahr 2020 von rund 2,0 Milliarden Euro, im Jahr 2021 von rund 2,2 Milliarden Euro und im Jahr 2022 von rund 2,4 Milliarden Euro. Einen wesentlichen Anteil daran machen die jährlichen Kosten ab dem Jahr 2019 in Höhe von rund 640 Millionen Euro für die Finanzierung der zusätzlichen Stellen in Pflegeheimen aus.

Dem Krankenhausstrukturfonds werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2019 bis 2022 Mittel in Höhe von jährlich 500 Millionen Euro bereitgestellt.

Den Mehrausgaben stehen Einsparpotenziale gegenüber, die durch strukturelle Effekte im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds entstehen und nicht genau quantifiziert werden können.

3. Soziale Pflegeversicherung

Auf der Grundlage der insgesamt geschätzten finanziellen Auswirkungen dieses Gesetzes entstehen für die soziale Pflegeversicherung im Jahr 2019 zusätzliche Ausgaben in Höhe von rund 240 Millionen Euro, im Jahr 2020 in Höhe von rund 260 Millionen Euro, im Jahr 2021 in Höhe von rund 250 Millionen Euro und im Jahr 2022 in Höhe von rund 150 Millionen Euro.

E. Erfüllungsaufwand

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes ergeben sich für die Verwaltung und die Wirtschaft sowohl Belastungen als auch Entlastungen. Unter dem einmaligen Erfüllungsaufwand ist für die Wirtschaft mit Entlastungen in Höhe von rund 90 000 Euro zu rechnen, für die Verwaltung ergeben sich Belastungen in Höhe von rund 1,9 Millionen Euro. Außerdem entsteht dem Bundesversicherungsamt ein vorübergehender Personalmehraufwand für die gesamte Dauer der Bearbeitung von Vorgängen zum Krankenhausstrukturfonds in Höhe von rund 2,5 Millionen Euro. Hinsichtlich des laufenden Erfüllungsaufwandes ergeben sich dauerhafte Entlastungen in Höhe von rund 470 000 Euro für die Wirtschaft und rund 630 000 Euro für die Verwaltung.

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht ein geringfügiger Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft ergibt sich unter dem einmaligen Erfüllungsaufwand eine Entlastung von insgesamt rund 90 000 Euro. Dabei verrechnet sind rund 1,4 Millionen Euro an Belastungen, die auf die Beantragung der Zuschüsse zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf in ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenpflege entfallen.

Jährlich werden in der Summe Entlastungen erreicht, die sich ab dem Jahr 2021 auf rund 470 000 Euro jährlich belaufen. Dabei handelt es sich um eine Entlastung im Sinne der

„One in, one out“-Regel der Bundesregierung, insbesondere durch die Aufhebung von Nachweispflichten.

Im laufenden Erfüllungsaufwand sind Bürokratiekosten aus Informationspflichten in Höhe von rund 64 000 Euro enthalten.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 4,6 Millionen Euro. Davon entfallen rund 2,8 Millionen Euro auf die Bundesverwaltung und rund 1,9 Millionen Euro auf die Selbstverwaltung. Für die Verwaltung der Länder entsteht kein einmaliger Erfüllungsaufwand. Rund 2,5 Millionen des auf die Bundesverwaltung entfallenden einmaligen Erfüllungsaufwands entfallen auf vorübergehenden Personalmehraufwand im Bundesversicherungsamt für die Bearbeitung des Krankenhausstrukturfonds.

In der Summe verschiedener Be- und Entlastungen ergibt sich für die Verwaltung insgesamt eine dauerhafte Entlastung in Höhe von rund 630 000 Euro jährlich. Diese entfällt überwiegend auf die Selbstverwaltung. Die Entlastung der Selbstverwaltung ergibt sich vor allem aus der für Vertreterinnen und Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen entfallenden Aufgabe, in den jährlichen Budgetverhandlungen mit den Krankenhäusern für bestimmte Leistungen einen höheren Fixkostendegressionsabschlag oder eine längere Abschlagsdauer zu vereinbaren. Für die Verwaltung der Länder kommt es zu einer geringfügigen jährlichen Belastung.

F. Weitere Kosten

Die sich aus diesem Gesetz ergebenden Mehraufwendungen für die private Krankenversicherung belaufen sich im Jahr 2018 auf bis zu 1 Million Euro, im Jahr 2019 auf rund 35 Millionen Euro und steigen bis zum Jahr 2022 auf rund 85 Millionen Euro an.

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich aus der anteiligen Mitfinanzierung der rund 13 000 zusätzlichen Stellen Mehrausgaben von rund 44 Millionen Euro jährlich. Aus der anteiligen Mitfinanzierung der Fördermaßnahmen zur Digitalisierung entstehen in den Jahren 2019 bis 2021 Mehraufwendungen von insgesamt bis zu 22 Millionen Euro. Aus der anteiligen Mitfinanzierung der Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Beruf, Pflege und Familie entstehen Mehraufwendungen von jeweils bis zu 7 Millionen Euro in den Jahren 2019 bis 2024. Durch die Umstellung der Zuschüsse für häusliche Beratungsbesuche auf verhandelte Entgelte entstehen Mehraufwendungen von etwa 2 Millionen Euro jährlich.

Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau sind wegen des geringen Umfangs der finanziellen Auswirkungen im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt nicht zu erwarten.

Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 17a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Die Kosten der in § 2 Nr. 1a genannten Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütungen“ durch die Wörter „Die Kosten der in § 2 Nummer 1a genannten mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten, die Ausbildungsvergütungen für die in § 2 Nummer 1a genannten Berufe“ ersetzt.

bb) Die Sätze 3 und 4 werden wie folgt gefasst:

„Bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sind Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege ausgebildet werden, im zweiten und dritten Jahr ihrer Ausbildung im Verhältnis 9,5 zu 1 auf die Stelle einer in diesen Berufen voll ausgebildeten Person anzurechnen. Personen, die in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, sind nach dem ersten Jahr ihrer Ausbildung im Verhältnis 6 zu 1 auf die Stelle einer in den Berufen der Krankenpflege oder der Kinderkrankenpflege voll ausgebildeten Person anzurechnen.“

b) In Absatz 3 Satz 3 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und wird in seiner Entwicklung nicht durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes begrenzt“ eingefügt.

2. § 17b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „soweit Absatz 4 keine abweichenden Regelungen enthält“ eingefügt.

b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung aus dem Vergütungssystem auszugliedern

und eine neue Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln. Hierfür haben sie insbesondere bis zum 31. Januar 2019 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu vereinbaren. Die Krankenhäuser haben die Vorgaben zur Ausgliederung und zur bundeseinheitlichen Definition nach den Sätzen 1 und 2 für die Abgrenzung ihrer Kosten und Leistungen rückwirkend ab dem 1. Januar 2019 anzuwenden. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben die Bewertungsrelationen für das DRG-Vergütungssystem erstmals für das Jahr 2020 um die Summe der Bewertungsrelationen der nach Satz 1 auszugliedernden Pflegepersonalkosten und die Zusatzentgelte um die pflegerelevanten Kosten zu vermindern sowie auf dieser Grundlage die Fallpauschalenvereinbarung bis zum 30. September 2019 abzuschließen. Sie haben die nach Satz 1 auszugliedernden Pflegepersonalkosten bis zum 30. September 2019 in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je voll- oder teilstationärem Belegungstag auszuweisen und den Katalog jährlich weiter zu entwickeln. Der Katalog ist erstmals für das Jahr 2020 von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 für die Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes anzuwenden. Für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und die Entwicklung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung nach Satz 1 sowie für die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Definition nach Satz 2 gelten die Regelungen nach Absatz 2 Satz 4 bis 7 zur Einbindung der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, zur Beschlussfassung sowie zu den Teilnahme- und Zugangsrechten des Bundesministeriums für Gesundheit entsprechend. Für die Ausweisung der auszugliedernden Pflegepersonalkosten in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen und die Weiterentwicklung des Katalogs nach Satz 5 gelten die Veröffentlichungspflichten nach Absatz 2 Satz 8 entsprechend. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 berichten dem Bundesministerium für Gesundheit über die Auswirkungen, die die Einführung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen und -kosten in den Jahren 2020 bis 2024 hat. Sie haben hierzu zum 31. August 2021 einen Zwischenbericht und zum 31. August 2025 einen abschließenden Bericht vorzulegen.“

- c) In Absatz 5 Satz 1 wird im Satzteil vor der Aufzählung die Angabe „bis 3“ durch die Angabe „bis 4“ ersetzt.

Artikel 2

Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 12 wird folgender § 12a eingefügt:

„§ 12a

Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019

(1) Zur Fortführung der Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung werden dem beim Bundesversicherungsamt errichteten Strukturfonds in den Jahren 2019 bis 2022 weitere Mittel in Höhe

von bis zu 500 Millionen Euro jährlich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt. Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung nach Satz 1 erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. § 12 Absatz 1 Satz 3 und 6 gilt entsprechend. Über die Förderung der in § 12 Absatz 1 Satz 3 genannten Zwecke hinaus können auch die folgenden Vorhaben gefördert werden:

1. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen,
2. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Krankenhausverbänden, Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen und telemedizinischer Netzwerkstrukturen,
3. Vorhaben zur Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit der Krankenhäuser und
4. Vorhaben zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in den mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a Buchstabe e bis g.

(2) Von dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag, abzüglich der jährlichen notwendigen Aufwendungen des Bundesversicherungsamts für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung sowie der jährlichen Aufwendungen nach § 14, kann jedes Land in den Jahren 2019 bis 2022 jährlich bis zu 95 Prozent des Anteils beantragen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Oktober 2018 ergibt. Soweit ein Land den ihm nach Satz 1 jährlich zustehenden Anteil nicht ausschöpft, kann der verbleibende Anteil noch bis zum 31. Dezember 2022 beantragt werden. Fördermittel, die von einem Land bis zum 31. Dezember 2022 durch vollständig und vorbehaltlos eingereichte Anträge nicht vollständig beantragt worden sind, verbleiben beim Gesundheitsfonds; der auf die Beteiligung der privaten Krankenversicherungen entfallende Anteil ist an diese zurückzuzahlen. Mit den verbleibenden 5 Prozent des Betrags nach Satz 1 können jährlich Vorhaben gefördert werden, die sich auf mehrere Länder erstrecken und für die die beteiligten Länder einen gemeinsamen Antrag stellen (länderübergreifende Vorhaben). Innerhalb eines Jahres nicht ausgeschöpfte Teile des Betrags nach Satz 4 können von den Ländern noch bis zum 31. Dezember 2022 gemeinsam beantragt werden. Soweit die Mittel nach Satz 4 bis zum 31. Dezember 2022 durch vollständig und vorbehaltlos gestellte Anträge nicht vollständig beantragt worden sind, verbleiben sie beim Gesundheitsfonds; der auf die Beteiligung der privaten Krankenversicherungen entfallende Anteil ist an diese zurückzuzahlen.

(3) Voraussetzung für eine Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 2 ist, dass

1. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Januar 2019 noch nicht begonnen hat,
2. das antragstellende Land, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens (Ko-Finanzierung) trägt, wobei das Land mindestens die Hälfte dieser Ko-Finanzierung aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringen muss,
3. das antragstellende Land sich verpflichtet,
 - a) in den Jahren 2019 bis 2022 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2015 bis 2017 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht, und

- b) die in Buchstabe a genannten Mittel um die vom Land getragenen Mittel nach Nummer 2 zu erhöhen und

4. die in Absatz 4 genannten Kriterien erfüllt sind.

Beträge, mit denen sich die Länder am Volumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten nach § 6 Absatz 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen nicht auf die vom Land zu tragenden Kosten nach Satz 1 Nummer 2 und auf die in den Jahren 2019 bis 2022 bereitzustellenden Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a angerechnet werden. Mittel aus dem Strukturfonds dürfen nicht gewährt werden, wenn der Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land aufgrund der zu fördernden Maßnahme zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist. Für Mittel der Investitionsförderung, auf deren Rückzahlung das Land verzichtet hat, gilt Satz 2 entsprechend. Das Bundesversicherungsamt prüft die Anträge und weist die Mittel zu, bis der in Absatz 2 Satz 1 genannte Anteil des Landes ausgeschöpft ist. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesversicherungsamt zurückzahlen, wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist. Die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesversicherungsamts werden aus dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag gedeckt. Dies gilt auch für die Aufwendungen des Bundesversicherungsamts, die nach dem 31. Dezember 2020 für die Durchführung der Förderung nach § 12 entstehen. Die Sätze 1 bis 6 gelten entsprechend für länderübergreifende Vorhaben.

(4) In der Rechtsverordnung nach § 12 Absatz 3 kann auch das Nähere geregelt werden

1. zu den Kriterien der Förderung nach Absatz 1 und zum Verfahren der Vergabe der Fördermittel,
 2. zum Nachweis der Förderungsvoraussetzungen nach Absatz 3 Satz 1 und
 3. zum Nachweis zweckentsprechender Verwendung der Fördermittel und zur Rückzahlung überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel.“
2. § 14 Satz 1 bis 4 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Das Bundesversicherungsamt gibt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen eine begleitende Auswertung des durch die Förderung nach den §§ 12 und 12a bewirkten Strukturwandels in Auftrag. Die hierfür erforderlichen nicht personenbezogenen Daten werden ihm von den antragstellenden Ländern auf Anforderung zur Weiterleitung an die mit der Auswertung beauftragte Stelle zur Verfügung gestellt. Zwischenberichte über die Auswertung sind dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen jährlich, für die Förderung nach § 12a erstmals zum 31. Dezember 2020, vorzulegen. Die bis zum 31. Dezember 2020 entstehenden Aufwendungen für die Auswertung der Förderung nach § 12 werden aus dem Betrag nach § 12 Absatz 1 Satz 1 und 2 gedeckt. Die nach diesem Zeitpunkt entstehenden Aufwendungen für die Auswertung nach § 12 und die Aufwendungen für die Auswertung nach § 12a werden aus dem Betrag nach § 12a Absatz 1 Satz 1 und 2 gedeckt.“

3. § 17b Absatz 3 Satz 4 und 5 wird aufgehoben.
4. Dem § 17c Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Liegt die Einwilligung des Versicherten nach Satz 2 vor, gilt § 301 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.“

5. In § 18 Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „den §§ 17b und 17d“ durch die Wörter „§ 17b, sofern nicht das Krankenhausentgeltgesetz oder die Bundespflegesatzverordnung eine krankenhausesindividuelle Vereinbarung vorsehen,“ ersetzt.
6. In § 28 Absatz 4 Nummer 4 werden die Wörter „Zu- und Abschläge und sonstigen Entgelte“ durch die Wörter „Zu- und Abschläge, sonstigen Entgelte und der tagesbezogenen Pflegeentgelte“ ersetzt.

Artikel 3

Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

In § 17a Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 2 geändert worden ist, werden nach den Wörtern „ausgebildet werden,“ die Wörter „nach dem ersten Jahr ihrer Ausbildung“ eingefügt.

Artikel 4

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 6b des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „40“ durch die Angabe „55“ ersetzt.
2. § 11 wird wie folgt geändert:
 - a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„In der Vereinbarung ist zu regeln, dass Mittel, die nicht zweckentsprechend für die Finanzierung der Tarifierhöhungen von Pflegepersonal verwendet wurden, zurückzuzahlen sind.“
 - b) Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 2 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
 - bb) Folgende Nummer 3 wird angefügt:

„3. erstmals für das Jahr 2018 den Nachweis, dass die zusätzlichen Mittel für Tarifierhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für die Finanzierung des Pflegepersonals verwendet wurden.“

Artikel 5

Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

Die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vom 17. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2350), wird wie folgt geändert:

1. Dem § 1 wird folgende Überschrift vorangestellt:

„Teil 1

Förderung nach § 12 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“.

2. § 8 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden im Satzteil vor der Aufzählung die Wörter „oder der von diesem nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit der Auswertung beauftragten Stelle“ gestrichen.

- bb) In Satz 3 werden die Wörter „oder die von ihm mit der Auswertung nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragte Stelle“ gestrichen.

- b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „oder der von ihm mit der Auswertung nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragten Stelle“ gestrichen.

- c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Das Bundesversicherungsamt übermittelt die ihm von den zuständigen obersten Landesbehörden nach Absatz 1 Satz 1 und 3 sowie die von den Ländern nach Absatz 3 Satz 1 übermittelten Unterlagen an die von ihm mit der Auswertung nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragte Stelle.“

3. Nach § 10 wird folgende Überschrift eingefügt:

„Teil 2

Förderung nach § 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“.

4. § 11 wird durch die folgenden §§ 11 bis 18 ersetzt:

„§ 11

Förderungsfähige Vorhaben

(1) Ein Vorhaben wird nach § 12a Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 oder Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gefördert, wenn

1. ein Krankenhaus oder Teile von akutstationären Versorgungseinrichtungen eines Krankenhauses dauerhaft geschlossen werden, insbesondere wenn ein Standort,

eine unselbständige Betriebsstätte oder eine Fachrichtung eines Krankenhauses geschlossen wird,

2. akutstationäre Versorgungskapazitäten, insbesondere Fachrichtungen mehrerer Krankenhäuser, in wettbewerbsrechtlich zulässiger Weise standortübergreifend konzentriert werden, insbesondere sofern
 - a) Versorgungseinrichtungen betroffen sind, für die
 - aa) der Gemeinsame Bundesausschuss Mindestmengen festgelegt hat oder
 - bb) in den Krankenhausplänen der Länder Mindestfallzahlen vorgesehen sind,
 - b) es sich um Versorgungseinrichtungen zur Behandlung seltener Erkrankungen handelt oder
 - c) die beteiligten Krankenhäuser eine dauerhafte Zusammenarbeit im Rahmen eines Krankenhausverbunds, etwa durch gemeinsame Abstimmung des Versorgungsangebots, vereinbart haben,
3. ein Krankenhaus oder Teile von akutstationären Versorgungseinrichtungen eines Krankenhauses, insbesondere ein Standort, eine unselbständige Betriebsstätte oder eine Fachrichtung, mindestens aber eine Abteilung eines Krankenhauses, umgewandelt werden in
 - a) eine bedarfsnotwendige andere Fachrichtung oder
 - b) eine nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung, insbesondere in eine Einrichtung der ambulanten, der sektorenübergreifenden oder der palliativen Versorgung, in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder in eine Einrichtung der stationären Rehabilitation; bei Umwandlung eines gesamten Krankenhauses in eine Einrichtung der sektorenübergreifenden Versorgung muss mindestens die Hälfte der stationären Versorgungskapazitäten des Krankenhauses von der Umwandlung betroffen sein,
4. die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen, Systeme oder Verfahren oder bauliche Maßnahmen erforderlich sind, um
 - a) die Informationstechnik der Krankenhäuser, die die Voraussetzungen des Anhangs 5 Teil 3 der BSI-Kritisverordnung erfüllen, an die Vorgaben von § 8a des BSI-Gesetzes anzupassen oder
 - b) telemedizinische Netzwerkstrukturen insbesondere zwischen Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung einerseits und Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung andererseits zu schaffen; im Rahmen der geförderten telemedizinischen Netzwerkstrukturen sind Dienste der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen nach § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu nutzen, sobald diese zur Verfügung stehen,
5. es die Bildung eines integrierten Notfallzentrums zum Gegenstand hat oder
6. Ausbildungskapazitäten in mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a Buchstabe e bis g des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geschaffen oder erweitert werden.

(2) Als Beginn der Umsetzung eines zu fördernden Vorhabens gilt der Abschluss eines der Ausführung zuzurechnenden Liefer-, Dienstleistungs- oder Werkvertrags. Im Fall von Baumaßnahmen gelten Planungen und Baugrunduntersuchungen nicht als Beginn des Vorhabens. Einzelne Vorhaben, die selbständige Abschnitte eines vor dem 1. Januar 2019 begonnenen Vorhabens darstellen, können gefördert werden, wenn sie nach dem 1. Januar 2019 begonnen werden und die Voraussetzungen des Absatzes 1 erfüllen.

(3) Nicht gefördert werden können Vorhaben nach Absatz 1 Nummer 1, wenn ein zeitlicher und örtlicher Zusammenhang mit dem Aufbau von Behandlungsplätzen oder der Neuaufnahme entsprechender Fachrichtungen an anderen Krankenhäusern besteht.

§ 12

Förderungsfähige Kosten

(1) Gefördert werden können

1. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 1 die Kosten für eine Verminderung der Zahl der krankenhaushausplanerisch festgesetzten Betten des Krankenhauses mit
 - a) 1 500 Euro je Bett bei einer Verminderung um 11 bis 30 Betten,
 - b) 2 000 Euro je Bett bei einer Verminderung um 31 bis 60 Betten,
 - c) 2 750 Euro je Bett bei einer Verminderung um 61 bis 90 Betten,
 - d) 4 000 Euro je Bett bei einer Verminderung um mehr als 90 Betten;bei vollständiger Schließung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts die Kosten der Schließung,
2. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2, 3 und 5 die Kosten für die Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses sowie die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen,
3. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2, die die in § 11 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis c genannten Voraussetzungen nicht erfüllen, gilt Nummer 1 entsprechend; ist eine vollständige Schließung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts Bestandteil des Vorhabens, auch die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen,
4. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 4 die Kosten für die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informations- oder kommunikationstechnischer Anlagen sowie die Kosten für die erforderlichen baulichen Maßnahmen; für bauliche Maßnahmen dürfen nur 10 Prozent der beantragten Fördermittel verwendet werden,
5. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 6 die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen und die Kosten für die erstmalige Ausstattung der Ausbildungsstätten.

(2) § 2 Absatz 1 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass auch die Kosten für die Aufrechterhaltung des Gebäude- und Anlagenbetriebs nach Stilllegung akutstationärer

Versorgungskapazitäten nicht förderungsfähig sind, soweit es sich nicht um unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen handelt.

(3) § 2 Absatz 3 und 4 gilt entsprechend.

§ 13

Verwaltungsaufgaben des Bundesversicherungsamts

(1) Das Bundesversicherungsamt veröffentlicht auf seiner Internetseite die nach § 12a Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf die einzelnen Länder entfallenden Anteile, die sich aus dem Königsteiner Schlüssel nach dem Stand vom 1. Oktober 2018 abzüglich des Betrags nach Absatz 2 ergeben, sowie den Betrag, der für die Förderung länderübergreifender Vorhaben zur Verfügung steht.

(2) Das Bundesversicherungsamt schätzt bis zum Ende des ersten Quartals des Jahres 2019 die ihm bis zum 31. Dezember 2024 voraussichtlich entstehenden Aufwendungen nach § 12a Absatz 3 Satz 7 und 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie nach § 14 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und passt diese Schätzung jährlich an die tatsächlich entstandenen Ausgaben an.

(3) Das Bundesversicherungsamt veröffentlicht auf seiner Internetseite jährlich bis zum 30. März eines Jahres folgende Kennzahlen zum Stand 31. Dezember des Vorjahres, erstmals zum Stand 31. Dezember 2019, ohne Bezug zu den geförderten Vorhaben:

1. Zahl der gestellten Anträge insgesamt und differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben sowie Gegenstand der gestellten Anträge, differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben,
2. die Höhe der beantragten Fördermittel insgesamt und differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben sowie
3. die Höhe der bewilligten Fördermittel insgesamt und differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben.

(4) Das Bundesversicherungsamt kann zum Zweck einer einheitlichen und wirtschaftlichen Durchführung des Förderverfahrens nähere Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens treffen und verlangen, dass die Unterlagen nach § 14 und nach § 17 in einem einheitlichen Format oder in einer maschinell auswertbaren Form übermittelt werden.

§ 14

Antragstellung

(1) Die Länder können bis zum 31. Dezember 2022 Anträge an das Bundesversicherungsamt auf Auszahlung von Fördermitteln nach § 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aus dem Strukturfonds stellen. Wird ein fristgemäß gestellter Antrag nach Fristablauf bestandskräftig abgelehnt oder zurückgenommen oder werden Fördermittel nach § 16 zurückgezahlt, kann das antragstellende Land, soweit sein Anteil nach § 13 Absatz 1 noch nicht ausgeschöpft ist, oder können die gemeinsam antragstellenden Länder, soweit der Betrag nach § 13 Absatz 1, der für die Förderung länderübergreifender Vorhaben zur Verfügung steht, noch nicht ausgeschöpft ist, auch nach dem 31. Dezember 2022 Fördermittel beantragen.

(2) Dem Antrag sind die in § 4 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, 2 und 7 genannten Unterlagen sowie darüber hinaus folgende Unterlagen beizufügen:

1. die Erklärung zur Verpflichtung, die Voraussetzungen des § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einzuhalten,
2. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 1 die Bestätigung, dass
 - a) die stillgelegte Versorgungsfunktion durch Krankenhäuser in erreichbarer Nähe sichergestellt ist,
 - b) der betroffene Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land auf Grund der Schließung nicht zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsfinanzierung verpflichtet ist,
3. bei allen Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 die Bestätigung,
 - a) dass die Konzentration von akutstationären Versorgungskapazitäten wettbewerbsrechtlich zulässig ist,
 - b) der betroffene Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land auf Grund des Vorhabens nicht zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsfinanzierung verpflichtet ist,
4. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a zusätzlich die Bestätigung, dass für die betroffenen akutstationären Versorgungskapazitäten Mindestmengen oder Mindestfallzahlen bestehen,
5. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe b zusätzlich die Bestätigung, dass es sich bei den betroffenen akutstationären Versorgungskapazitäten um Versorgungseinrichtungen zur Behandlung seltener Erkrankungen handelt,
6. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe c zusätzlich die Bestätigung, dass die beteiligten Krankenhäuser eine dauerhafte Zusammenarbeit im Rahmen eines Krankenhausverbunds vereinbart haben,
7. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b die Erklärung, dass die mit der Umwandlung beabsichtigte Nachfolgenutzung in Übereinstimmung mit den maßgeblichen rechtlichen Vorgaben steht,
8. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe a die Bestätigung, dass die vorgesehenen Maßnahmen erforderlich sind, um die Informationstechnik des Krankenhauses an die Vorgaben von § 8a des BSI-Gesetzes anzupassen,
9. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b die Bestätigung, dass die vorhandenen Dienste der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen nach § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genutzt werden, sobald diese zur Verfügung stehen,
10. die Berechnung des Barwerts nach § 12 Absatz 3 in Verbindung mit § 2 Absatz 3 Satz 3 einschließlich einer Erläuterung der zu Grunde gelegten versicherungsmathematischen Annahmen, wenn ein förderfähiges Vorhaben durch Aufnahme eines Darlehens des Krankenhausträgers finanziert werden soll,
11. bei länderübergreifenden Vorhaben zusätzlich die Erklärung,

- a) in welchem Umfang die beteiligten Länder jeweils die Kosten des Vorhabens nach § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes tragen,
- b) in welchem Verhältnis die Fördermittel an die beteiligten Länder ausbezahlt sind,
- c) in welchem Umfang die beteiligten Länder den ihnen zustehenden Anteil nach § 12a Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Anspruch nehmen und
- d) in welchem Umfang die beteiligten Länder jeweils zurückzuzahlende Beträge aufbringen würden.

§ 15

Auszahlungsbescheide des Bundesversicherungsamts

(1) Für die Auszahlungsbescheide des Bundesversicherungsamts gilt § 6 Absatz 1 entsprechend.

(2) Die Bescheide sind mit einem Rückforderungsvorbehalt für den Fall zu versehen, dass die Voraussetzungen für eine Auszahlung der Fördermittel von Anfang an nicht bestanden haben oder nachträglich entfallen sind, der Finanzierungsanteil des Strukturfonds höher als 50 Prozent liegt, das Land nicht mindestens die Hälfte der Ko-Finanzierung nach § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringt, Beträge nicht zweckentsprechend verwendet worden sind, die Nachweise nach § 17 nicht oder nicht vollständig vorgelegt werden oder die Auswertung nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ergibt, dass die Verpflichtungen nach § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht eingehalten worden sind.

(3) § 6 Absatz 3 und 4 gilt entsprechend.

§ 16

Rückforderung, Verzinsung und Bewirtschaftung von Fördermitteln

(1) Das Bundesversicherungsamt macht Rückforderungsansprüche gegenüber den Ländern durch Bescheid geltend, soweit einer der in § 15 Absatz 2 genannten Sachverhalte eingetreten ist. Bei länderübergreifenden Vorhaben sind Rückforderungsansprüche nur gegenüber dem beteiligten Land geltend zu machen, bei dem der die Rückforderung begründende Sachverhalt eingetreten ist. Im Übrigen gilt § 7 Absatz 1 und 2 Satz 2 und 3 sowie Absatz 3 entsprechend.

(2) Für die Bewirtschaftung der Fördermittel gilt § 9 entsprechend.

§ 17

Auswertung der Wirkungen der Förderung

(1) Für die Auswertung der Wirkungen der Förderung übermitteln die zuständigen obersten Landesbehörden dem Bundesversicherungsamt sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zum 1. April eines Jahres, erstmals zum

1. April 2020, für die Vorhaben, für die das Bundesversicherungsamt Fördermittel bewilligt hat,

1. den Stand der Umsetzung und den voraussichtlichen Abschluss des Vorhabens,
2. Zwischenergebnisse über die Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel oder die begründete Erklärung, dass eine entsprechende Zwischenprüfung nicht erfolgt,
3. Angaben über die Höhe der ausgezahlten Mittel,
4. aussagekräftige Unterlagen, aus denen sich ergibt, dass die Bestimmungen des § 12a Absatz 3 Satz 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, insbesondere die Verpflichtungen nach § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eingehalten worden sind und
5. aussagekräftige Unterlagen zur Höhe des für die Krankenhäuser und die Länder jeweils entstehenden Erfüllungsaufwands.

(2) Im Übrigen gilt § 8 Absatz 1 Satz 2 und 3 sowie Absatz 2 und 3 entsprechend.

§ 18

Beteiligung der privaten Krankenversicherung

Im Fall einer Beteiligung der privaten Krankenversicherung an der Förderung nach § 12a Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind diese Mittel dem Strukturfonds zuzuführen. Das Nähere über die Zahlung, Rückzahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils vereinbart das Bundesversicherungsamt mit dem Verband der privaten Krankenversicherungen.“

Artikel 6

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 wird wie folgt gefasst:
 - „7. Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Nummern 1 bis 6 genannten Einrichtungen vergleichbar sind, einschließlich Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden,“.
2. § 36 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 4 Satz 3 werden nach dem Wort „Lunge“ die Wörter „oder auf andere von der obersten Landesgesundheitsbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle zugelassene Befunde“ eingefügt.
 - b) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:

„(6) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung festzulegen, dass Personen, die nach dem 31. Dezember 2018 in die Bundesrepublik Deutschland eingereist sind und die aufgrund ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren, nach ihrer Einreise ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen haben, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen solcher schwerwiegender übertragbarer Krankheiten vorhanden sind, sofern dies zum Schutz der Bevölkerung vor einer Gefährdung durch schwerwiegende übertragbare Krankheiten erforderlich ist; § 34 Absatz 4 gilt entsprechend. Personen, die kein auf Grund der Rechtsverordnung erforderliches ärztliches Zeugnis vorlegen, sind verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf Ausschluss schwerwiegender übertragbarer Krankheiten im Sinne des Satzes 1 zu dulden; Absatz 5 Satz 5 gilt entsprechend. In der Rechtsverordnung nach Satz 1 ist zu bestimmen:

1. das jeweils zugrunde liegende erhöhte Infektionsrisiko im Hinblick auf bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten,
2. die jeweils betroffenen Personengruppen unter Berücksichtigung ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation,
3. Anforderungen an das ärztliche Zeugnis nach Satz 1 und zu der ärztlichen Untersuchung nach Satz 2 sowie
4. die Frist, innerhalb der das ärztliche Zeugnis nach der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland vorzulegen ist.

Das Robert Koch-Institut kann zu den Einzelheiten nach Satz 3 Nummer 1 Empfehlungen abgeben. Die Landesregierungen können die Ermächtigung nach Satz 1 durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen.“

c) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 7.

d) Nach Absatz 7 wird folgender Absatz 8 eingefügt:

„(8) Die nach § 71 Absatz 1 Satz 1 des Aufenthaltsgesetzes zuständigen Behörden unterrichten unverzüglich die zuständigen Behörden über die Einreise der in der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Satz 1 oder in der Rechtsverordnung nach Absatz 7 Satz 1 genannten Personen. Hierzu werden Familienname, Geburtsname, Vornamen, Schreibweise der Namen nach deutschem Recht, Geburtsdatum, Geschlecht und Staatsangehörigkeiten sowie die Anschrift im Bundesgebiet übermittelt.“

e) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 9 und wie folgt gefasst:

„(9) Durch die Absätze 4 bis 7 wird das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.“

3. § 69 Absatz 1 Nummer 11 wird wie folgt gefasst:

„11. Kosten für ärztliche Untersuchungen nach § 36 Absatz 5 bis 7.“

4. In § 73 Absatz 1a Nummer 19 wird die Angabe „oder 3,“ durch die Wörter „oder Satz 3, Absatz 6 Satz 2 erster Halbsatz oder Absatz 7 Satz 2 erster Halbsatz“ ersetzt.

Artikel 7

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I. S. 3214) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 20 Absatz 6 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sollen ab dem Jahr 2019 insgesamt für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 7,52 Euro umfassen.“

b) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Von diesem Betrag wenden die Krankenkassen für jeden ihrer Versicherten mindestens 2,15 Euro für Leistungen nach § 20a und mindestens 3,15 Euro für Leistungen nach § 20b auf. Von dem Betrag für Leistungen nach § 20b wenden die Krankenkassen für Leistungen nach § 20b, die in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und in Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches erbracht werden, für jeden ihrer Versicherten mindestens 1 Euro auf.“

c) Im bisherigen Satz 4 wird die Angabe „1 und 2“ durch die Angabe „1 bis 3“ ersetzt.

2. In § 20a Absatz 3 Satz 6 wird die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 5“ ersetzt.

3. § 20b Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird nach dem Wort „Unternehmen“ ein Komma und werden die Wörter „insbesondere Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches,“ eingefügt.

b) In Satz 3 werden nach dem Wort „Unternehmensorganisationen“ die Wörter „und die für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 oder der Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 oder 2 des Elften Buches auf Landesebene maßgeblichen Verbände“ eingefügt.

c) In Satz 4 werden nach Wort „Unternehmensorganisationen“ die Wörter „und der für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 oder der Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 oder 2 des Elften Buches auf Landesebene maßgeblichen Verbände“ eingefügt.

4. § 20d Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Berichtspflichten“ die Wörter „erstmalig zum 31. Dezember 2015“ gestrichen.

b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Träger nach Absatz 1 vereinbaren auch gemeinsame Ziele zur Erhaltung und zur Förderung der Gesundheit und der Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten

in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches.“

5. § 37 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Zur pauschalen Abgeltung der Vergütungszuschläge der Pflegekassen nach § 8 Absatz 6 des Elften Buches leisten die Krankenkassen jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt hierzu von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

b) Der bisherige Absatz 2a wird Absatz 2b.

6. § 40 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, so erbringt die Krankenkasse erforderliche stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. Für pflegende Angehörige erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation unabhängig davon, ob die Leistung nach Absatz 1 ausreicht. Die Krankenkasse kann für pflegende Angehörige diese stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Im Fall ihrer stationären Rehabilitation haben pflegende Angehörige auch Anspruch auf die Versorgung des Pflegebedürftigen. Die Krankenkasse bewilligt und erbringt die Leistungen zur Versorgung des Pflegebedürftigen nach den Vorschriften des Elften Buches. Hierzu fordert die Krankenkasse von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen die notwendigen Unterlagen zur Feststellung der erforderlichen Leistungen an. Die Pflegekasse erstattet der Krankenkasse die Aufwendungen für die Leistungen nach Satz 3.“

bb) Im bisherigen Satz 3 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.

cc) In den bisherigen Sätzen 7 und 8 wird die Angabe „Satz 6“ jeweils durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt.

7. Dem § 60 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Für Krankenfahrten zur ambulanten zahnärztlichen oder ambulant fachärztlichen Behandlung gilt die Genehmigung nach Satz 4 als erteilt, wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

1. ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“,

2. eine Einstufung gemäß § 15 des Elften Buches in den Pflegegrad 3, 4 oder 5, bei Einstufung in den Pflegegrad 3 zusätzlich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität, oder
 3. eine den Nummern 1 und 2 vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität nach Maßgabe der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12.“
8. § 87 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2a Satz 17 bis 20 wird wie folgt gefasst:

„Mit Wirkung zum 1. April 2019 ist durch den Bewertungsausschuss eine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu treffen, nach der Videosprechstunden in einem weiten Umfang ermöglicht werden. Die im Hinblick auf Videosprechstunden bisher enthaltene Vorgabe von Krankheitsbildern im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen entfällt. Bei der Anpassung sind die Besonderheiten in der Versorgung von Pflegebedürftigen durch Zuschläge und die Besonderheiten in der psychotherapeutischen Versorgung zu berücksichtigen. Die Anpassung erfolgt auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 291g.“
 - b) Nach Absatz 2j wird folgender Absatz 2k eingefügt:

„(2k) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen sind Videosprechstundenleistungen vorzusehen für die Untersuchung und Behandlung von den in Absatz 2i genannten Versicherten und von Versicherten, an denen zahnärztliche Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 119b Absatz 1 erbracht werden. Die Videosprechstundenleistungen nach Satz 1 können auch Fallkonferenzen mit dem Pflegepersonal zum Gegenstand haben. § 71 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Anpassung erfolgt auf Grundlage der Vereinbarung nach § 291g.“
9. § 119b wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird das Wort „sollen“ durch das Wort „haben“ ersetzt und wird nach dem Wort „Leistungserbringern“ das Wort „zu“ eingefügt.
 - bb) In Satz 2 werden nach der Angabe „Satz 1“ die Wörter „innerhalb von drei Monaten“ eingefügt.
 - cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Stationäre Pflegeeinrichtungen benennen eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit mit den vertragsärztlichen Leistungserbringern im Rahmen der Verträge nach Satz 1.“
 - b) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 2a und 2b eingefügt:

„(2a) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 haben erstmals bis zum 30. Juni 2019 im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene verbindliche Anforderungen für die Informations- und Kommunikationstechnik zum elektronischen Datenaustausch im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern nach Absatz 1 Satz 1 zu vereinbaren. In der Vereinbarung können auf Verlangen der für die Interessensvertretung maßgeblichen Verbände auf Bundesebene auch technische Anforderungen an den elektronischen Daten-

austausch mit ambulanten Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern, Apotheken sowie mit Heil- und Hilfsmittelerbringern berücksichtigt werden. Sobald die Dienste der Telematikinfrastruktur nach § 291a für den Bereich der Altenpflege zur Verfügung stehen, sollen sie in der Vereinbarung berücksichtigt werden.

(2b) Telemedizinische Dienste, insbesondere Videosprechstunden sollen im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern nach Absatz 1 Satz 1 Verwendung finden.“

c) Dem Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen evaluieren auf Grundlage einer von ihnen zu treffenden Vereinbarung die mit den Kooperationsverträgen nach Absatz 1 verbundenen Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen. Über die Ergebnisse berichten sie der Bundesregierung im Abstand von drei Jahren, erstmals bis zum 30. Juni 2019.“

10. In § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 werden nach dem Wort „Arbeitsentgelte“ die Wörter „sowie erstmals bis zum 30. Juni 2019 Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten in unterversorgten ländlichen Räumen durch Zuschläge unter Einbezug der ambulanten Pflege nach dem Elften Buch“ eingefügt.
11. In § 137i Absatz 6 Satz 1 wird nach den Wörtern „Absatz 1 Satz 1“ ein Komma und werden die Wörter „letztmalig für das Jahr 2019,“ eingefügt.
12. Nach § 137i wird folgender § 137j eingefügt:

„§ 137j

Pflegepersonalquotienten, Verordnungsermächtigung

(1) Zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser und Sicherung der pflegerischen Versorgungsqualität ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jährlich, erstmals zum 31. Mai 2020 für jedes nach § 108 zugelassene Krankenhaus einen Pflegepersonalquotienten, der das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte im Pflegedienst zu dem Pflegeaufwand eines Krankenhauses beschreibt. Für die Zahl der Vollzeitkräfte im Pflegedienst sind die dem Institut nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten zu Grunde zu legen, mit Ausnahme der den Mindestvorgaben zu Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 unterfallenden Vollzeitkräfte im Pflegedienst. Für die Ermittlung des Pflegeaufwands erstellt das Institut bis zum 31. Mai 2020 einen Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands, mit dem für die Entgelte nach § 17b Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes tagesbezogen die durchschnittlichen pflegerischen Leistungen abbildbar sind. Das Institut aktualisiert den Katalog jährlich und veröffentlicht ihn auf seiner Internetseite. Für die Ermittlung des Pflegeaufwands ermittelt das Institut auf der Grundlage dieses Katalogs aus den ihm nach § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten für jedes Krankenhaus die Summe seiner Bewertungsrelationen. Das Institut übermittelt eine vergleichende Zusammenstellung der Pflegepersonalquotienten der einzelnen Krankenhäuser nach Satz 1 an das Bundesministerium für Gesundheit sowie an die Vertragsparteien nach § 9 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die Vertragsparteien nach § 9 des Krankenhausentgeltgesetzes leiten die Zusammenstellung an die betroffenen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und an die jeweils zuständigen Landesbehörden weiter.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, auf der Grundlage der durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Absatz 1 ermittelten Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand festzulegen, bei der widerlegbar vermutet wird, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist. Die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes haben erstmals für das Budgetjahr 2020 Sanktionen für den Fall zu vereinbaren, dass ein Krankenhaus die festgelegte Untergrenze unterschreitet. Die Rechtsverordnung nach Satz 1 regelt das Nähere

1. zur Festlegung der Untergrenze, die durch Pflegepersonalquotienten eines Krankenhauses nicht unterschritten werden darf,
2. zu den für das Budgetjahr 2020 nach Satz 2 von den Vertragspartnern nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbarenden Sanktionen; dabei kann auch ein stufenweiser Eintritt der Sanktionen vorgesehen werden,
3. zur Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser.

Das Bundesministerium für Gesundheit prüft spätestens nach Ablauf von drei Jahren die Notwendigkeit einer Anpassung der Untergrenze. In der Rechtsverordnung nach Satz 1 kann auch geregelt werden, dass die nach Satz 2 von den Vertragspartnern nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Sanktionen vorübergehend ausgesetzt werden. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 bleiben unberührt.

(3) Für die Aufgaben nach Absatz 1 gilt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus als von den Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragt. Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für die Erfüllung dieser Aufgaben sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren.“

13. § 221 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 Nummer 2 wird das Semikolon und werden die Wörter „solange der Anteil noch nicht feststeht, ist er vorläufig auf 1 Million Euro für das Haushaltsjahr festzulegen“ gestrichen.
- b) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Der auf die landwirtschaftliche Krankenkasse nach Satz 1 Nummer 2 entfallende Anteil an den Mitteln für den Strukturfonds nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für das abgelaufene Kalenderjahr festgesetzt und mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse abgerechnet. Solange der Anteil noch nicht feststeht, kann das Bundesversicherungsamt einen vorläufigen Betrag festsetzen. Das Nähere zur Festsetzung des Betrags und zur Abrechnung mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse bestimmt das Bundesversicherungsamt.“

14. § 271 Absatz 2 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Zur Finanzierung der Fördermittel nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden dem Strukturfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2016 Finanzmittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro und in den Jahren 2019 bis 2022 Finanzmittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro jährlich, jeweils abzüglich des anteiligen Betrags der landwirtschaftlichen Krankenkassen gemäß § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und Satz 5 und 6 zugeführt, soweit die Fördermittel

von den Ländern nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerufen werden.“

15. In 275b Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „Die Landesverbände der Krankenkassen“ die Wörter „und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich“ eingefügt.

16. Dem § 291g wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren die Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden gemäß § 87 Absatz 2k. Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Vereinbarung bis zum 30. September 2019 zu treffen ist.“

17. § 301 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Die Krankenkassen haben den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern einen bestehenden Pflegegrad gemäß § 15 des Elften Buches eines Patienten oder einer Patientin unverzüglich zu übermitteln, sobald ihnen das Krankenhaus anzeigt, dass es den Patienten oder die Patientin zur Behandlung aufgenommen hat. Während des Krankenhausaufenthaltes eines Patienten oder einer Patientin haben die Krankenkassen dem Krankenhaus Änderungen eines bestehenden Pflegegrades des Patienten oder der Patientin sowie beantragte Einstufungen in einen Pflegegrad durch einen Patienten oder eine Patientin zu übermitteln. Die Übermittlung nach den Sätzen 1 und 2 hat im Wege elektronischer Datenübertragung zu erfolgen.“

b) In Absatz 3 werden nach dem Wort „Datenträgern“ die Wörter „sowie das Nähere zum Verfahren und zu den Zeitabständen der Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragungen nach Absatz 2a“ eingefügt.

Artikel 8

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8c des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 8 Absatz 10 wird wie folgt geändert:

a) Die Sätze 3 und 4 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die jährliche Fördersumme für das Krankenhaus ist von den Vertragsparteien nach § 11 zu ermitteln, indem der Anteil der Personalkosten des Krankenhauses für das Pflegepersonal an den Personalkosten für das Pflegepersonal aller Krankenhäuser im Anwendungsbereich dieses Gesetzes errechnet wird und dieser krankenhausesindividuelle Anteil auf die jährlich bundesweit zur Verfügung stehende Fördersumme von 500 Millionen Euro bezogen wird. Grundlage für die Personalkosten für das Pflegepersonal aller Krankenhäuser nach Satz 3 sind jeweils die vom Statistischen Bundesamt in der Fachserie 12 Reihe 6.1 ausgewiesenen Vollzeitstellen in der Pflege mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus. Von diesen Vollzeitstellen sind die ausgewiesenen Vollzeitstellen in Einrichtungen der Psychiatrie und der Psychosomatik sowie in Krankenhäusern

ohne Versorgungsvertrag abzuziehen. Die nach den Sätzen 4 und 5 ermittelte Zahl der Vollzeitstellen ist zu multiplizieren mit den in der Fachserie 12 Reihe 6.3 ausgewiesenen bundesdurchschnittlichen Kosten pro Pflegekraft jeweils für das Jahr, das zwei Jahre vor dem Jahr liegt, in dem der Pflegezuschlag für das Folgejahr zu vereinbaren ist. Grundlage für die Personalkosten für Pflegepersonal des einzelnen Krankenhauses sind die Vollzeitstellen in der Pflege mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus, die für dasselbe Jahr vom Krankenhaus an das Statistische Landesamt übermittelt wurden und die Eingang in die Statistik gefunden haben. Von diesen Vollzeitstellen sind die ausgewiesenen Vollzeitstellen in seinen Fachabteilungen der Psychiatrie und der Psychosomatik abzuziehen. Die nach den Sätzen 7 und 8 ermittelte Zahl der Vollzeitstellen ist zu multiplizieren mit den in der Fachserie 12 Reihe 6.3 ausgewiesenen durchschnittlichen Kosten pro Pflegekraft im jeweiligen Land.“

- b) Der neue Satz 10 wird aufgehoben.
- c) Folgender Satz wird angefügt:

„Der Pflegezuschlag ist bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die vor dem 1. Januar 2020 zur vollstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden.“

2. § 10 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 6 werden nach der Angabe „3c“ die Wörter „sowie Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung“ eingefügt.
 - bb) In Nummer 7 werden die Wörter „Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung und die“ gestrichen.
- b) In Absatz 8 Satz 7 werden im zweiten Halbsatz die Wörter „Zuschlägen für die Teilnahme an der Notfallversorgung und“ gestrichen.

Artikel 9

Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 3 Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:

„3a. ein Pflegebudget nach § 6a,“.

2. § 4 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2a wird aufgehoben.
- b) Der bisherige Absatz 2b wird Absatz 2a und wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden die Wörter „erstmalig für das Jahr 2017, der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13 anzuwenden“ durch die Wörter „ein jeweils für drei Jahre zu erhebender Vergütungsabschlag von 35 Prozent (Fixkostendegressionsabschlag) anzuwenden“ ersetzt.
 - bb) Satz 2 wird aufgehoben.
 - cc) In den bisherigen Sätzen 3 und 4 werden die Wörter „oder Satz 2“ jeweils gestrichen.
 - dd) Der bisherige Satz 7 wird aufgehoben.
 - ee) Im bisherigen Satz 8 werden die Wörter „darüber hinaus“ gestrichen.
 - ff) Der bisherige Satz 9 wird aufgehoben.
- c) Absatz 4 Satz 2 wird aufgehoben.
- d) Absatz 8 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „2016 bis 2018 zu 90 Prozent finanziell gefördert“ durch die Wörter „ab dem Jahr 2019 vollständig finanziert“ ersetzt.
 - bb) Die Sätze 2 bis 4 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Dazu vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 jährlich einen zusätzlichen Betrag. Wurde für Kalenderjahre ab dem Jahr 2016 bereits ein Betrag vereinbart, wird dieser um einen für das Folgejahr neu vereinbarten Betrag kumulativ erhöht, soweit zusätzliche Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen vereinbart werden.“
 - cc) Im neuen Satz 4 werden die Wörter „zum Bestand der entsprechend umgerechneten Vollkräfte am 1. Januar 2015“ durch die Wörter „zu dem zum 31. Dezember 2018 festgestellten jahresdurchschnittlichen Bestand umgerechneter Vollzeitkräfte“ ersetzt.
 - dd) Im neuen Satz 5 werden die Wörter „Sätzen 2 bis 5“ durch die Wörter „Sätzen 2 bis 4“ ersetzt.
 - ee) Der neue Satz 8 wird wie folgt gefasst:

„Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; wird die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich gemindert, ist der zusätzliche Betrag entsprechend dem darauf entfallenden Anteil der Finanzierung zu mindern.“
 - ff) Nach dem neuen Satz 8 wird folgender Satz eingefügt:

„Für die Prüfung einer notwendigen Rückzahlung oder Minderung hat der Krankenträger den anderen Vertragsparteien folgende Bestätigungen des Jahresabschlussprüfers vorzulegen:

 1. einmalig eine Bestätigung über die zum 31. Dezember 2018 festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in der Pflege insgesamt und in

dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich, jeweils differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte und umgerechnet in Vollzeitkräfte,

2. eine Bestätigung über die im jeweiligen Förderjahr in der Pflege insgesamt und in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich zum 31. Dezember festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung, jeweils differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte und umgerechnet in Vollzeitkräfte, und
3. eine Bestätigung über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel.“

gg) Satz 12 wird wie folgt gefasst:

„Die Mittel, die vom Krankenhaus für Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen insgesamt vereinbart wurden, werden bei der Vereinbarung des Pflegebudgets nach § 6a für das Jahr 2020 berücksichtigt.“

e) Nach Absatz 8 wird folgender Absatz 8a eingefügt:

„(8a) Mit dem Ziel, Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal zusätzlich zu fördern, werden für die Jahre 2019 bis 2024 geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu 50 Prozent finanziell gefördert. Zu diesem Zweck können die Vertragsparteien nach § 11 einen zusätzlichen Betrag vereinbaren, der im Jahr 2019 0,1 Prozent und in den Jahren 2020 bis 2024 jährlich 0,12 Prozent des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 nicht überschreiten darf. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, so kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Summe der für beide Jahre geltenden Beträge vereinbart werden. Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass es aufgrund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf ergreift. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 2 bis 4 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und auf die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert und gesondert in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen; für die Ermittlung der Höhe des Zuschlags, für die Konfliktlösung durch die Schiedsstelle nach § 13 und für die Vorgaben zur Rückzahlung von nicht in Anspruch genommenen Mitteln oder die Minderung von nur zeitweise in Anspruch genommenen Mitteln gilt Absatz 8 Satz 6 bis 8 entsprechend. Der Krankenhausträger hat den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen, aus der hervorgeht, inwieweit die zusätzlichen Mittel zweckentsprechend für die geförderten Maßnahmen nach Satz 1 verwendet wurden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 30. Juni, erstmals im Jahr 2020, über die Art und die Anzahl der geförderten Maßnahmen nach Satz 1 sowie über den Umfang von Neueinstellungen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen, zu denen es aufgrund der geförderten Maßnahmen kommt. Die Vorgaben nach Absatz 8 Satz 11 zur Übermittlung von Informationen für die Berichterstattung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie nach § 5 Absatz 4 Satz 5 zum vollständigen Ausgleich von entstehenden Mehr- oder Mindererlösen gelten entsprechend.“

f) Absatz 9 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden im Satzteil vor der Aufzählung nach dem Wort „Infektionsprävention“ die Wörter „(Bundesgesundheitsblatt 2009 S. 951 und Bundesgesundheitsblatt 2016 S. 1183)“ eingefügt.

bb) In Satz 6 werden die Wörter „Satz 4 und 7“ durch die Wörter „Satz 3 und 6“ ersetzt.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Der Betrag nach Satz 4 darf keine Pflegepersonalkosten enthalten, die über das Pflegebudget finanziert werden.“

3. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Wird eine Erhöhungsrage für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbart, so ist die von den Vertragsparteien vereinbarte Erlössumme um 40 Prozent dieser Erhöhungsrage zu erhöhen, erstmals für das Jahr 2018, wobei der Erhöhungsbetrag über das Budget des nächstmöglichen Pflegesatzzeitraums abzuwickeln ist; für diese Erhöhung der Erlössumme gilt keine Begrenzung durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Erlössumme ist insoweit zu vermindern, als sie Pflegepersonalkosten umfasst, die über das Pflegebudget nach § 6a finanziert werden.“

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Auf Verlangen der besonderen Einrichtung werden Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, sowie Leistungen für Empfängerinnen und Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nicht im Rahmen der Erlössumme vergütet.“

4. Nach § 6 wird folgender § 6a eingefügt:

„§ 6a

Vereinbarung eines Pflegebudgets

(1) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die dem einzelnen Krankenhaus entstehen, ein Pflegebudget. Das Pflegebudget umfasst nicht

1. die Entgelte, die im Erlösbudget nach § 4 oder in der Erlössumme nach § 6 Absatz 3 berücksichtigt werden,
2. die Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4,
3. die Entgelte nach § 6 Absatz 2 und
4. die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern.

Das Pflegebudget ist zweckgebunden für die Finanzierung der Pflegepersonalkosten nach Satz 1 zu verwenden. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.

(2) Ausgangsgrundlage für die Ermittlung des Pflegebudgets ist die Summe der im Vorjahr für das jeweilige Krankenhaus entstandenen Pflegepersonalkosten. Bei der Ermittlung sind weiterhin die für das Vereinbarungsjahr zu erwartenden Veränderungen gegenüber dem Vorjahr zu berücksichtigen, insbesondere bei der Zahl und der beruflichen Qualifikation der Pflegevollkräfte sowie bei der Kostenentwicklung. Weichen die tatsächlichen Pflegepersonalkosten von den vereinbarten Pflegepersonalkosten ab, sind die Mehr- oder Minderkosten bei der Vereinbarung der Pflegebudgets für das auf das Vereinbarungsjahr folgende Jahr zu berücksichtigen, indem das Pflegebudget für das Vereinbarungsjahr berichtigt wird und Ausgleichszahlungen für das Vereinbarungsjahr geleistet werden. Das Pflegebudget ist in seiner Entwicklung nicht durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 begrenzt. Die Wirtschaftlichkeit der dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten wird nicht geprüft; die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gilt als wirtschaftlich, für eine darüber hinausgehende Vergütung bedarf es eines sachlichen Grundes. Sofern das Krankenhaus ab dem Jahr 2020 Maßnahmen ergreift, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal in der Patientenversorgung führen, ist von den Vertragsparteien nach § 11 zu vereinbaren, inwieweit hierdurch ohne eine Beeinträchtigung der Patientensicherheit Pflegepersonalkosten eingespart werden. Die Höhe der eingesparten Pflegepersonalkosten ist im Pflegebudget in einer Höhe von bis zu fünf Prozent des Pflegebudgets erhöhend zu berücksichtigen. Die Pflegepersonalkosten einsparende Wirkung von Maßnahmen nach Satz 6 ist vom Krankenhaus zu begründen und die Durchführung der Maßnahmen ist nachzuweisen.

(3) Der Krankenhausträger hat vor der Vereinbarung des jeweiligen Pflegebudgets den anderen Vertragspartnern die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Pflegevollkräften, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie die Pflegepersonalkosten nachzuweisen. Dazu hat der Krankenhausträger jeweils die entsprechenden Ist-Daten des abgelaufenen Jahres, die Ist-Daten des laufenden Jahres sowie die Forderungsdaten für den Vereinbarungszeitraum vorzulegen. Nach Ablauf des Vereinbarungsjahres hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien nach § 11 und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zudem jährlich jeweils bis zum 30. April eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie über die Pflegepersonalkosten und über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Die Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 sind zu beachten.

(4) Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt über einen krankenhausesindividuellen Pflegeentgeltwert. Der krankenhausesindividuelle Pflegeentgeltwert wird berechnet, indem das für das Vereinbarungsjahr vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr. Der für das jeweilige Jahr geltende krankenhausesindividuelle Pflegeentgeltwert ist der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a für voll- und teilstationäre Belegungstage zugrunde zu legen.

(5) Weicht die Summe der auf das Vereinbarungsjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a von dem vereinbarten Pflegebudget ab, so werden Mehr- oder Mindererlöse vollständig ausgeglichen. § 4 Absatz 3 Satz 7 und 9 ist entsprechend anzuwenden. Der ermittelte Ausgleichsbetrag ist über das Pflegebudget für den nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum abzuwickeln.

(6) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 gehen bei der Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 die Summe der krankenhausesindividuell vereinbarten Mittel nach

§ 4 Absatz 8 und die Mittel nach § 4 Absatz 9 in dem Pflegebudget für das Jahr 2020 auf. Die Mittel nach § 4 Absatz 9 gehen nur dann in dem Pflegebudget für das Jahr 2020 auf, soweit diese den Pflegepersonalkosten nach Absatz 1 Satz 1 zuzuordnen sind und es sich um laufende Kosten handelt.“

5. § 7 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:

„6a. tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a,“.
 - b) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 wird die Angabe „Nr. 3, 5 und 6“ durch die Wörter „Nummer 3, 5, 6 und 6a“ ersetzt und wird die Angabe „§ 6“ durch die Wörter „den §§ 6 und 6a“ ersetzt.
6. § 8 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 4 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
 - bb) Folgende Nummer 5 wird angefügt:

„5. tagesbezogene Pflegeentgelte nach § 6a je voll- oder teilstationären Belegungstag.“
 - b) Absatz 3 wird aufgehoben.
7. § 9 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:

„2a. einen Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen für die tagesbezogene Abzahlung des vereinbarten Pflegebudgets nach § 6a,“.
 - bb) In Nummer 3 wird die Angabe „1 und 2“ durch die Angabe „1, 2 und 2a“ ersetzt.
 - cc) Nummer 7 wird durch die folgenden Nummern 7 bis 9 ersetzt:
 - „7. die Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 10 Absatz 5 Satz 4 sowie bis zum 31. März 2019 die Einzelheiten für einen Nachweis, dass die zusätzlichen Mittel für Tarifierhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für dessen Finanzierung verwendet werden, und ein Verfahren, das gewährleistet, dass Krankenhäuser Mittel zurückzahlen haben, die sie nicht zweckentsprechend verwendet haben,
 8. bis zum 31. Juli 2019 die näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets nach § 6a, insbesondere zu den vorzulegenden Unterlagen und zu dem Verfahren der Rückzahlungsabwicklung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln,
 9. bis zum 28. Februar 2019 die Benennung von Prozedurenschlüsseln nach § 301 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die zu streichen sind, da sie nach Einführung des Pflegebudgets nach § 6a

für das Vergütungssystem nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht mehr benötigt werden.“

- b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 5 wird das Semikolon am Ende durch einen Punkt ersetzt.
 - bb) Nummer 6 wird aufgehoben.
- 8. § 10 wird wie folgt geändert:
 - a) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 2 findet im Zusammenhang mit der Einführung des Pflegebudgets nach § 6a keine Anwendung.“
 - b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
 - bb) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„Bezogen auf die Personalkosten werden für den Pflegedienst 100 Prozent sowie für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich jeweils 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifraten berücksichtigt. Maßstab für die Ermittlung der Tarifraten ist für

 1. den Bereich des Pflegepersonals,
 2. den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und
 3. den ärztlichen Personalbereich

jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist; maßgeblich dabei sind für den Bereich nach Nummer 1 die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen und strukturellen Steigerungen der Vergütungstarifverträge sowie Einmalzahlungen und für die Bereiche nach den Nummern 2 und 3 jeweils die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen Steigerungen der Vergütungstarifverträge und Einmalzahlungen.“
 - cc) In Satz 5 werden die Wörter „ein Drittel“ durch die Angabe „40 Prozent“ ersetzt.
 - dd) Die Sätze 6 und 7 werden wie folgt gefasst:

„Sofern der Basisfallwert bereits vereinbart oder festgesetzt ist, ist die anteilige Erhöhungsraten nach Satz 5 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr erhöhend zu berücksichtigen. Neben der Berichtigung des Basisfallwerts des Vorjahres ist ein einmaliger Ausgleich infolge der verspäteten Anwendung der anteiligen Erhöhungsraten vorzunehmen.“
 - c) Absatz 13 wird aufgehoben.
- 9. § 11 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „§§ 3 bis 6“ durch die Angabe „§§ 3 bis 6a“ ersetzt und wird die Angabe „§ 6 Abs. 3“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 3, das Pflegebudget nach § 6a“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„In der Vereinbarung ist zu regeln, dass Mittel, die nicht zweckentsprechend für die Finanzierung der Tarifierhöhungen von Pflegepersonal verwendet werden, zurückzuzahlen sind.“

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und erstmals für das Jahr 2018 den Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7“ eingefügt.

bb) In Satz 4 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.

10. In § 12 Satz 1 wird nach dem Wort „Erlösbudgets“ ein Komma und werden die Wörter „des Pflegebudgets“ eingefügt.

11. § 14 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13,“ gestrichen und wird nach der Angabe „§ 6“ ein Komma und werden die Wörter „des Pflegebudgets nach § 6a“ eingefügt.

b) In Absatz 4 werden die Wörter „und des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13“ gestrichen.

12. In § 15 wird nach Absatz 2 folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Können die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a aufgrund einer fehlenden Vereinbarung für das Jahr 2020 noch nicht bewertet werden, sind für jeden vollstationären Belegungstag 100 Euro und für jeden teilstationären Belegungstag 50 Euro abzurechnen. Absatz 3 gilt entsprechend.“

13. § 21 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Buchstabe d werden nach dem Wort „Bewertungsrelationen“ die Wörtern „des Fallpauschalen-Katalogs und des Pflegeerlöskatalogs“ eingefügt und werden nach den Wörtern „nach § 5 Absatz 4“ die Wörter „sowie der Zahlungen zum Ausgleich der Abweichungen zwischen den tatsächlichen und den vereinbarten Pflegepersonalkosten nach § 6a Absatz 2“ eingefügt.

bbb) In Buchstabe e wird nach dem Wort „Personen“ ein Komma und werden die Wörter „aufgeteilt nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen, jeweils“ eingefügt.

bb) In Nummer 2 Buchstabe e wird nach den Wörtern „behandelnden Fachabteilungen“ ein Komma und werden die Wörter „und der dazugehörigen Zeiträume, Zeiträume der Intensivbehandlung“ eingefügt.

- b) In Absatz 5 Satz 3 werden die Wörter „in den Jahren 2013 bis 2021“ gestrichen.

Artikel 10

Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 9 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Absatz 8 Satz 1 werden die Wörter „§ 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz“ durch die Wörter „§ 1 Absatz 1 des Krankenpflegegesetzes oder nach § 1 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes oder § 58 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes“ eingefügt.
2. In § 6 Absatz 3 Satz 5 werden die Wörter „um 40 Prozent dieser Erhöhungsrates zu erhöhen, erstmals für das Jahr 2018“ durch die Wörter „um die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrates nach § 10 Absatz 5 Satz 5 zu erhöhen, erstmals für das Jahr 2020“ ersetzt.
3. In § 9 Absatz 1 Nummer 7 wird nach der Angabe „Satz 4“ ein Komma und werden die Wörter „eine anteilige Erhöhungsrates unter Berücksichtigung, dass Kostensteigerungen für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung über das Pflegebudget zu finanzieren sind,“ eingefügt.
4. § 10 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2020“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Pflegedienst“ die Wörter „ohne Pflegepersonal in der Patientenversorgung“ eingefügt.
 - cc) In Satz 3 Nummer 1 werden nach dem Wort „Pflegepersonals“ die Wörter „ohne Pflegepersonal in der Patientenversorgung“ eingefügt.
 - dd) In Satz 5 wird die Angabe „40 Prozent dieser Erhöhungsrates (anteilige Erhöhungsrates)“ durch die Wörter „die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrates“ ersetzt.
 - b) In Absatz 6 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenhäuser“ die Wörter „ohne die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der Patientenversorgung“ eingefügt.

Artikel 11

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Die Angabe zu § 133 wird wie folgt gefasst:

„§ 133 Rechtsform und Vertretung in gerichtlichen Verfahren“.

b) Nach der Angabe zu § 145 wird folgende Angabe zu § 146 eingefügt:

„§ 146 Übergangs- und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3“.

2. Dem § 1 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Ein Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft gilt im Sinne dieses Buches als Familienangehöriger des anderen Lebenspartners, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist.“

3. Dem § 8 werden die folgenden Absätze 5 bis 10 angefügt:

„(5) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ist die Finanzierung der gemäß § 113 Absatz 1b Satz 1 beauftragten, fachlich unabhängigen Institution sicherzustellen. Die Vertragsparteien nach § 113 und das Bundesversicherungsamt vereinbaren das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel. Die jeweilige Auszahlung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

(6) Abweichend von § 84 Absatz 4 Satz 1 erhalten vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung insbesondere im Bereich der medizinischen Behandlungspflege. Voraussetzung für die Gewährung des Vergütungszuschlags ist, dass die Pflegeeinrichtung über Pflegepersonal verfügt, das über das Personal hinausgeht, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. Das zusätzliche Pflegepersonal muss zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen vorgesehen sein und es muss sich bei dem Personal um Pflegefachkräfte handeln. Nur für den Fall, dass die vollstationäre Pflegeeinrichtung nachweist, dass es ihr in einem Zeitraum von über drei Monaten nicht gelungen ist, geeignete Pflegefachkräfte einzustellen, kann sie auch für die Beschäftigung von zusätzlichen Pflegehilfskräften den Vergütungszuschlag erhalten. Das Bundesversicherungsamt verwaltet die zur Finanzierung des Vergütungszuschlags von den Krankenkassen nach § 37 Absatz 2a des Fünften Buches und von den privaten Versicherungsunternehmen nach Absatz 9 Satz 2 zu leistenden Beträge im Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Der Anspruch auf einen Vergütungszuschlag ist unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 begrenzt auf die tatsächlichen Aufwendungen für zusätzlich

1. eine halbe Stelle bei Pflegeeinrichtungen mit bis zu 40 Plätzen,
2. eine Stelle bei Pflegeeinrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen,
3. anderthalb Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit 81 bis zu 120 Plätzen und
4. zwei Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit mehr als 120 Plätzen.

Der Vergütungszuschlag ist von den Pflegekassen monatlich zu zahlen und wird zum 15. eines jeden Monats fällig. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für die Antragstellung und den Nachweis nach Satz 4 sowie das Zahlungsverfahren für seine Mitglieder fest. Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen seiner Zuständigkeit. Die über den Vergütungszuschlag finanzierten zusätzlichen Stellen und die der Berechnung des Vergütungszuschlags zugrunde gelegte Bezahlung der auf diesen Stellen Beschäftigten sind

von den Pflegeeinrichtungen unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 6 Satz 3 und 4 und Absatz 7 nachzuweisen. Die Auszahlung des gesamten Zuschlags hat einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung vor Ort zu erfolgen. Änderungen der den Anträgen zugrunde liegenden Sachverhalte sind von den vollstationären Pflegeeinrichtungen unverzüglich anzuzeigen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2019 und danach jährlich über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung.

(7) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu verbessern. Förderfähig sind individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, sowie Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Gefördert werden bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein jährlicher Förderzuschuss von 7 500 Euro möglich. Die Landesverbände der Pflegekassen stellen die sachgerechte Verteilung der Mittel sicher. Der in Satz 1 genannte Betrag soll unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden. Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein. Pflegeeinrichtungen können in einem Antrag die Förderung von zeitlich und sachlich unterschiedlichen Maßnahmen beantragen. Soweit eine Pflegeeinrichtung den Förderhöchstbetrag nach Satz 4 innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen hat und die für das Land, in dem die Pflegeeinrichtung ihren Sitz hat, in diesem Kalenderjahr bereitgestellte Gesamtfördersumme noch nicht ausgeschöpft ist, erhöht sich der mögliche Förderhöchstbetrag für diese Pflegeeinrichtung im nachfolgenden Kalenderjahr um den aus dem Vorjahr durch die Pflegeeinrichtung nicht in Anspruch genommenen Betrag. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel durch die Landesverbände der Pflegekassen. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 12 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

(8) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird in den Jahren 2019 bis 2021 ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, die insbesondere das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege betreffen, zur Entlastung der Pflegekräfte zu fördern. Förderfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen. Gefördert werden bis zu 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein einmaliger Zuschuss in Höhe von 12 000 Euro möglich. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum

31. März 2019 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 7 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

(9) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß den Absätzen 5, 7 und 8 jeweils ergeben. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an der Finanzierung der Vergütungszuschläge nach Absatz 6 mit jährlich 44 Millionen Euro. Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. Einmalig können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, für bestehende Vertragsverhältnisse die Prämie für die private Pflege-Pflichtversicherung anpassen, um die Verpflichtungen zu berücksichtigen, die sich aus den Sätzen 1 und 2 ergeben. § 155 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist anzuwenden. Dem Versicherungsnehmer ist die Neufestsetzung der Prämie unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe in Textform mitzuteilen. § 203 Absatz 5 des Versicherungsvertragsgesetzes und § 205 Absatz 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gelten entsprechend.

(10) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und das Bundesversicherungsamt regeln das Nähere über das Verfahren zur Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel zur Finanzierung der Maßnahmen nach den Absätzen 6 bis 8 aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sowie zur Feststellung und Erhebung der Beträge der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, nach Absatz 9 Satz 1 und 2 durch Vereinbarung.“

4. In § 30 Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen“ gestrichen.
5. In § 33 Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „Wird der Antrag später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt,“ durch die Wörter „Wird der Antrag nicht in dem Kalendermonat, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern später gestellt,“ ersetzt.
6. § 37 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden im Satzteil nach der Aufzählung nach den Wörtern „Häuslichkeit durch“ und nach den Wörtern „sofern dies durch“ die Wörter „eine zugelassene Pflegeeinrichtung“ jeweils durch die Wörter „einen zugelassenen Pflegedienst“ ersetzt.
 - bb) Satz 5 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Höhe der Vergütung für die Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst oder durch eine von der Pflegekasse beauftragte Pflegefachkraft vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 Absatz 1 und 3 mit dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes oder mit der von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Absatz 5. Die Vergütung kann nach Pflegegraden gestaffelt werden. Über die Höhe der Vergütung anerkannter Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften entscheiden ab dem Jahr 2020 die Landesverbände der Pflegekassen unter Zugrundelegung der im jeweiligen Land nach Satz 5 und 6 vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres. Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen.“

cc) Im bisherigen Satz 6 wird das Semikolon und werden die Wörter „die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegegrade 2 und 3 nach Satz 5“ gestrichen.

dd) Im bisherigen Satz 7 werden die Wörter „Sätze 4 bis 6“ durch die Wörter „Sätze 4 bis 9“ ersetzt.

b) Nach Absatz 4 Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen. Diese haben eine weitergehende Beratung nach § 7a anzubieten.“

c) Nach Absatz 5 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Empfehlungen enthalten Ausführungen wenigstens

1. zu Beratungsstandards,
2. zur erforderlichen Qualifikation der Beratungspersonen sowie
3. zu erforderlichenfalls einzuleitenden Maßnahmen im Einzelfall.“

d) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

„(5a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 1. Januar 2020 Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.“

7. In § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 werden die Wörter „hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten“ durch die Wörter „die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen“ ersetzt.

8. Dem § 44 Absatz 5 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Für die Mitteilungen nach Satz 2 haben die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen spätestens zum 1. Januar 2020 ein elektronisches Verfahren vorzusehen, bei dem die Mitteilungen an die Beihilfefestsetzungsstellen oder die Dienstherrn automatisch erfolgen. Die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen haben technisch sicherzustellen, dass die Meldungen nach Absatz 3 an die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erst erfolgen, wenn die erforderliche Mitteilung an die Beihilfefestsetzungsstelle oder den Dienstherrn erfolgt ist. Für Beiträge, die von den Beihilfestellen und Dienstherrn nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt worden sind, weil die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen die Mitteilungen nach Satz 2 nicht, nicht unverzüglich, nicht vollständig oder fehlerhaft durchgeführt haben, ist von den Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen ein Säumniszuschlag entsprechend § 24 Absatz 1 Satz 1 des Vierten Buches zu zahlen; dies gilt nicht, wenn im Einzelfall kein Verschulden der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen vorliegt.“

9. In § 45a Absatz 1 Satz 5 werden nach den Wörtern „zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger“ die Wörter „oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen“ eingefügt.
10. § 45b wird wie folgt geändert:
 - a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Leistung nach Satz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.“
 - b) Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Für Zwecke der statistischen Erfassung bei den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen muss auf den Belegen eindeutig und deutlich erkennbar angegeben sein, im Zusammenhang mit welcher der in Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 4 genannten Leistungen die Aufwendungen jeweils entstanden sind.“
11. In § 45d Satz 3 werden nach den Wörtern „oder als Angehörige“ die Wörter „oder vergleichbar Nahestehende“ eingefügt.
12. Nach § 46 Absatz 2 Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Erstattung zu Unrecht gezahlter Pflegeversicherungsbeiträge erfolgt durch die Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet ist.“
13. In § 55 Absatz 3a Nummer 2 werden nach dem Wort „Eheschließung“ die Wörter „oder der Begründung der eingetragenen Lebenspartnerschaft gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes“ eingefügt.
14. § 56 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 werden die Wörter „und Lebenspartner“ gestrichen.
 - b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Ehegatten“ die Wörter „oder hinterbliebenen Lebenspartner“ und nach dem Wort „geschlossen“ die Wörter „oder die eingetragene Lebenspartnerschaft vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Verstorbenen gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes begründet“ eingefügt.

bb) In den Nummern 1 und 4 werden nach dem Wort „Ehegatten“ jeweils die Wörter „oder hinterbliebenen Lebenspartner“ eingefügt.

15. Dem § 75 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Maßstäbe und Grundsätze nach Absatz 2 Nummer 3 sind auch daraufhin auszurichten, dass das Personal bei demselben Einrichtungsträger in verschiedenen Versorgungsbereichen flexibel eingesetzt werden kann.“

16. In § 78 Absatz 4 werden die Wörter „und die Festbeträge nach Absatz 3“ gestrichen.

17. Nach § 89 Absatz 3 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Bei der Vereinbarung der Vergütung sind die Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten in unterversorgten ländlichen Räumen, die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches vorzusehen sind, zu berücksichtigen.“

18. § 106a wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Zugelassene Pflegedienste, anerkannte Beratungsstellen, beauftragte Pflegefachkräfte sowie Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 durchführen, sind mit Einwilligung des Versicherten berechtigt und verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen, der privaten Versicherungsunternehmen sowie der Beihilfefestsetzungsstellen erforderlichen Angaben zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung der zuständigen Pflegekasse, dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen und der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle zu übermitteln.“

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen.“

19. In § 111 Absatz 1 Satz 1 werden nach der Angabe „§ 45c“ die Wörter „und der Mittel nach § 8 Absatz 9 Satz 1 und 2“ eingefügt.

20. § 113b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 3 werden nach den Wörtern „Absätzen 4 und 8“ die Wörter „sowie nach § 8 Absatz 5 Satz 2“ eingefügt.

b) In Absatz 3 Satz 8 werden nach den Wörtern „Absätze 4 und 8,“ die Wörter „des § 8 Absatz 5 Satz 2,“ eingefügt.

c) In Absatz 9 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „ausgenommen sind die zur Wahrnehmung der Aufgabe nach § 8 Absatz 5 Satz 2 getroffenen Entscheidungen“ eingefügt.

21. § 133 wird wie folgt gefasst:

„§ 133

Rechtsform und Vertretung in gerichtlichen Verfahren

Das Sondervermögen ist nicht rechtsfähig. Es kann unter seinem Namen im rechtsgeschäftlichen Verkehr handeln, klagen und verklagt werden. Die Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren erfolgt ab dem 1. Januar 2020 durch das Bundesversicherungsamt. Die Entscheidung über die Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens trifft das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem in dem in § 134 Absatz 2 Satz 3 genannten Anlageausschuss vertretenen Bundesministerium für Gesundheit. Dem Bundesversicherungsamt bezüglich der Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren entstehende Kosten werden aus Mitteln des Pflegevorsorgefonds getragen. Der allgemeine Gerichtsstand des Sondervermögens ist Bonn. Die Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren einschließlich der Entscheidung über die Einleitung gerichtlicher Verfahren erfolgt bis zum Ablauf des 31. Dezember 2019 durch das Bundesministerium für Gesundheit. Für bis zum Ablauf des 31. Dezember 2019 anhängig gewordene gerichtliche Verfahren verbleibt die Vertretung bis zum Abschluss der Verfahren beim Bundesministerium für Gesundheit.“

22. Folgender § 146 wird angefügt:

„§ 146

Übergangs- und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3

(1) Für die jeweilige beratende Stelle gelten die Vergütungssätze nach § 37 Absatz 3 Satz 5 und 6 in der am 31. Dezember 2018 geltenden Fassung so lange, bis die Vergütung für Beratungseinsätze erstmals für die jeweilige beratende Stelle vereinbart oder durch die Landesverbände der Pflegekassen festgelegt wird.

(2) Zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2, die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Fassung durchgeführt haben, gelten ab dem 1. Januar 2019 als nach § 37 Absatz 7 anerkannte Beratungsstellen.“

Artikel 12

Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 28 Absatz 1 Nummer 9 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 11 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„9. Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen (§ 43a),“.

Artikel 13

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

In § 8 Absatz 2c des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 6 Absatz 6 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228) geändert worden ist, werden die Wörter „**Aufwendung von mindestens 2 Euro**“ durch das Wort „**Aufwendungen**“ und wird das Wort „**ist**“ durch das Wort „**sind**“ ersetzt.

Artikel 14

Inkrafttreten

- (1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 5 am 1. Januar 2019 in Kraft.
- (2) Die Artikel 1 und 8 treten mit Wirkung vom ... [einsetzen: Tag nach dem Kabinettschluss] in Kraft.
- (3) Artikel 11 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 21 tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.
- (4) Artikel 3 tritt am 2. Januar 2019 in Kraft.
- (5) Die Artikel 10 und 12 treten am 1. Januar 2020 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die Zahl der Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen; auch die Zahl der Auszubildenden in diesen Berufen hat einen Höchststand erreicht. Gleichwohl konnte die Zahl der in der Pflege Beschäftigten mit dem wachsenden Bedarf nicht Schritt halten. Angesichts der aktuellen Fachkräftesituation sind Engpässe insbesondere in Gesundheits- und Pflegeberufen nicht nur aktuell sichtbar, sondern werden sich womöglich in Zukunft noch verschärfen. Der steigende Bedarf an Pflegekräften bei einer gleichzeitig wenig dynamischen Entwicklung auf der Angebotsseite hat zu anhaltenden Arbeitskräfteengpässen in der Pflege geführt. Diese Lage erfordert vermehrte Anstrengungen, um die Qualität der Pflege durch eine ausreichende Versorgung mit Fachkräften zu sichern. Die Arbeit hat sich für viele Beschäftigte in der Alten- und Krankenpflege in den letzten Jahren sehr verdichtet. Die Folgen der gestiegenen Arbeitsbelastung sind unter anderem ein höherer Krankenstand und ein frühzeitiges Ausscheiden von Pflegekräften aus dem Beruf. Werden keine Gegenmaßnahmen eingeleitet, führt dies zu einer Verschärfung des Mangels an Pflegekräften und zu weiter steigenden Belastungen für die verbleibenden Kräfte.

Das Gesetz zielt daher auf Sofortmaßnahmen für spürbare Entlastungen der pflegerischen Versorgung in der Kranken- und Altenpflege durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen ab. Die Regelungen sind notwendig, um die bestehende Belastung von Pflegekräften zu vermindern und die pflegerische Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie der Pflegebedürftigen weiter zu verbessern.

Außerdem enthält das Gesetz die erforderlichen Regelungen zur Fortführung des Krankenhausstrukturfonds. Da künftig auch Ausbildungsstätten für Pflegepersonal aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds gefördert werden können, trägt dieser ebenfalls zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung bei.

Das Gesetz verbessert zudem die Möglichkeit für die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung anzubieten, um so die physischen und psychischen gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Beschäftigten gleichermaßen zu stärken. Bei der Ein- und Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderung sollen Krankenhäuser und (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen verstärkt mit Leistungen der Krankenkassen unterstützt werden.

Durch die Förderung von geeigneten Maßnahmen wird den besonders hohen Anforderungen an die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf Rechnung getragen, die vor allem durch die Arbeit am Wochenende oder in der Nacht bedingt sind.

Darüber hinaus soll durch Neuregelungen des Infektionsschutzgesetzes (IFSG) der Schutz der öffentlichen Gesundheit gestärkt werden.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Schwerpunkte des Entwurfes sind:

Die Pflege im Krankenhaus wird verbessert, indem

- jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig finanziert wird,
- Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für Pflegekräfte zeitlich befristet gefördert werden,
- zukünftig die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung über ein Pflegebudget vergütet werden,
- Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal vollständig finanziert werden,
- die Bedingungen zur Schaffung von Ausbildungsplätzen verbessert werden,
- gewährleistet wird, dass Zusatzentgelte für erhöhten Pflegeaufwand auf einer gesicherten Datengrundlage abgerechnet werden können,
- der Krankenhausstrukturfonds mit einem Volumen von bis zu einer Milliarde Euro jährlich für die Dauer von vier Jahren fortgeführt wird.

Das Pflegepersonal in der Altenpflege wird gestärkt, indem

- vollstationäre Pflegeeinrichtungen zusätzliche Pflegekräfte einstellen können, die von der Krankenversicherung in vollem Umfang finanziert werden,
- Pflegeheime und Pflegedienste Zuschüsse erhalten, wenn sie Anschaffungen digitaler oder technischer Ausrüstung tätigen, die die Pflegekräfte in ihrer Arbeit entlasten,
- Maßnahmen und Angebote der Pflegeheime und Pflegedienste unterstützt werden, die auf eine bessere Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für die Pflegekräfte zielen,
- das Antragsverfahren für Krankenfahrten von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen vom Pflegeheim und der eigenen Häuslichkeit zur ambulanten Behandlung beim Facharzt und Zahnarzt vereinfacht wird.
- die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen weiter verbessert und vereinfacht wird und Impulse für den Einsatz von elektronischer Kommunikation gegeben werden; zudem wird der Anwendungsbereich der Nutzung von Sprechstunden per Video als telemedizinische Leistung erweitert.

Außerdem soll eine Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege insbesondere im ländlichen Raum durch eine bessere Honorierung der Wegezeiten erreicht werden.

Darüber hinaus soll der Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen für pflegende Angehörige weiter erleichtert werden.

Schließlich soll die betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und bei Pflegeeinrichtungen gestärkt werden.

Darüber hinaus soll durch Neuregelungen des Infektionsschutzgesetzes der Schutz der öffentlichen Gesundheit gestärkt werden.

Im Einzelnen:

1. Jede zusätzliche Pflegestelle am Bett wird vollständig 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 bedarfsgerecht weiterentwickelt und

ausgebaut. Für die zusätzlichen Mittel gilt anders als bisher keine Obergrenze. Zudem entfällt der bisherige Eigenanteil der Krankenhäuser von zehn Prozent. Die zusätzlichen Mittel sind zweckgebunden für Pflegestellen am Bett und zwar sowohl für zusätzliche Pflegestellen als auch für die Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen zu verwenden. Die Mittel des laufenden Pflegestellen-Förderprogramms verbleiben dem einzelnen Krankenhaus, so dass auf die bisher vorgesehene Mittelüberführung in den Pflegezuschlag zum Jahr 2019 verzichtet wird. Diese Regelung gilt bis zum Inkrafttreten der neuen Pflegepersonalkostenfinanzierung ab dem Jahr 2020.

2. Vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal

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 oberhalb der maßgeblichen Obergrenze lag, soweit er nicht ausgeglichen wurde, teilweise durch Einsparungen zu Lasten der Pflege kompensiert. Die zusätzlichen Finanzmittel sind daher für Pflegepersonal einzusetzen. Dies ist durch einen Nachweis zu belegen. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.

3. Krankenhausindividuelle Vergütung von Pflegepersonalkosten

Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Ziel ist es, Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung besser und unabhängig von Fallpauschalen zu vergüten. Über ein neu einzuführendes Pflegebudget werden die Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung unter Berücksichtigung des krankenshausindividuellen Pflegepersonalbedarfs finanziert. Ab dem Jahr 2020 vereinbaren die Vertragsparteien auf der Ortsebene das Pflegebudget auf Basis der von den Krankenhäusern geplanten und nachgewiesenen Pflegepersonalausstattung und der krankenshausindividuellen Kosten. Die vereinbarten Mittel sind zweckentsprechend zu verwenden. Sofern festgestellt wird, dass Mittel nicht zweckentsprechend eingesetzt werden, sind diese zurückzuzahlen. Zur Umsetzung der krankenshausindividuellen Pflegebudgets werden die DRG-Berechnungen um die entsprechenden Pflegepersonalkosten bereinigt.

4. Verbesserung der Rahmenbedingungen für mehr Ausbildungsplätze in der Pflege

Die finanziellen Rahmenbedingungen für die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen in den Krankenhäusern werden durch folgende Maßnahmen verbessert:

- Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege und in der Krankenpflegehilfe werden zukünftig im ersten Ausbildungsjahr vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Damit wird dem Sachverhalt Rechnung getragen, dass Auszubildende im ersten Ausbildungsjahr nicht im gleichen Umfang zur Entlastung ausgebildeter Pflegekräfte beitragen, wie Auszubildende im zweiten und dritten Jahr der Ausbildung. Bislang werden Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege sowie in der Krankenpflegehilfe für die gesamte Dauer der Ausbildung nur anteilig refinanziert. Die Verbesserung schafft einen deutlichen Anreiz, mehr Pflegepersonal auszubilden.
- Ausbildungsvergütungen sind für alle im Krankenhausfinanzierungsgesetz genannten Ausbildungsberufe von den Kostenträgern zu refinanzieren. Für eine Berücksichtigung in den Ausbildungsbudgets ist es unerheblich, ob die Zahlung von Ausbildungsvergütungen durch die Krankenhäuser auf der Grundlage der jeweiligen Berufsgesetze oder tarifvertraglichen oder anderen Vereinbarungen erfolgt.
- Ausbildungsbudgets können entsprechend den tatsächlichen Kostenzuwächsen vereinbart werden. Der Anstieg der Ausbildungsbudgets unterliegt keiner Obergrenze.

- Im Rahmen des verlängerten Krankenhausstrukturfonds können künftig auch Investitionen in Ausbildungsstätten gefördert werden.

5. Sicherung der Abrechenbarkeit von Zusatzentgelten für erhöhten Pflegeaufwand

Seit dem Jahr 2018 können Krankenhäuser für einen bestehenden erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen 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 gesetzlichen Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungen verpflichtet, den Krankenhäusern die hierfür erforderlichen Informationen zur Pflegebedürftigkeit der bei ihnen versicherten Patientinnen und Patienten mitzuteilen.

6. Förderung von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in den Krankenhäusern

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

7. Vereinheitlichung der Mengensteuerung

Die Höhe des Fixkostendegressionsabschlags wird gesetzlich auf 35 Prozent festgeschrieben. Konflikte und aufwendige Verhandlungen auf der Landes- und Ortsebene werden dadurch vermieden und unnötige Bürokratie abgebaut.

8. Fortführung des Krankenhausstrukturfonds

Die Rahmenbedingungen für die Durchführung des Krankenhausstrukturfonds werden an den neuen Förderzeitraum angepasst. Das bedeutet, dass die Länder ihr durchschnittliches Investitionsniveau der Jahre 2015 bis 2017 in den Jahren 2019 bis 2022 mindestens beibehalten und um die Ko-Finanzierung erhöhen müssen.

Die bisherigen Zwecke der Förderung von Schließungen, Konzentrationen und Umwandlungen akutstationärer Versorgungskapazitäten werden beibehalten. 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 Krankenhausverbänden, insbesondere in Form telemedizinischer Netzwerke zu verbessern. Daneben können mit den Mitteln des Krankenhausstrukturfonds auch Vorhaben zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern und zur Schaffung von Ausbildungskapazitäten für Pflegeberufe gefördert werden.

9. Finanzierung zusätzlicher Stellen für alle vollstationären Pflegeeinrichtungen

Die vollstationären Pflegeeinrichtungen werden personell gestärkt, um insbesondere den personellen Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege besser abzudecken. Die Einrichtungen können auf Antrag schnell und unbürokratisch zusätzliche Stellen erhalten und besetzen. Einrichtungen bis zu 40 Bewohnern haben Anspruch auf zusätzlich eine halbe Stelle, Einrichtungen mit 41 bis 80 Bewohnern auf eine Stelle, Einrichtungen mit 81 bis 120 Bewohnern eineinhalb Stellen und Einrichtungen mit mehr als 120 Bewohnern zwei Stellen zusätzlich. Eine finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen in den Pflegeeinrichtungen ist damit nicht verbunden; die Einrichtungen erhalten dafür von den Pflegekassen einen Zuschlag. Zur Finanzierung zahlen die Krankenkassen jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung; die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich anteilig an den Kosten.

10. Entlastung der Pflege durch Investitionen in Digitalisierung

Um die Potentiale der Digitalisierung für die Entlastung der Pflegekräfte in der ambulanten und stationären Altenpflege zu nutzen, fördert die Pflegeversicherung im Zeitraum von 2019 bis 2021 durch Zuschüsse anteilig entsprechende digitale Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen z.B. in den Bereichen Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, Abrechnung von Pflegeleistungen, Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflegeheimen, bei der Dienst- und Tourenplanung sowie beim internen Qualitätsmanagement und der Erhebung von Qualitätsindikatoren. Der maximale Förderbetrag beträgt 12.000 Euro bzw. 40 Prozent der anerkannten Maßnahme.

11. Förderung von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf von Pflegeeinrichtungen

Um den hohen Anforderungen an die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, denen die professionellen Pflegekräfte oft gegenüberstehen (z.B. häufige Arbeitszeiten in den Randstunden des Tages, in der Nacht oder am Wochenende), besser gerecht werden zu können, sollen durch eine zielgerichtete, zeitlich auf sechs Jahre begrenzte Unterstützung Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf gefördert werden. In den Jahren 2019 bis 2024 werden hierfür jeweils bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt. Gefördert werden Maßnahmen von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, z.B. individuelle oder gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, oder auch Schulungen und Weiterbildungen für Leitungskräfte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Stärkung der Familienfreundlichkeit. Pflegekräften soll es dadurch ermöglicht werden, ihre berufliche Tätigkeit besser mit ihrem Familienleben, insbesondere bei der Betreuung von Kindern oder von pflegebedürftigen Angehörigen, in Ausgleich zu bringen.

12. Weitere Verbesserungen in der Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Pflegeheimen

Um die ärztliche Versorgung in der stationären Altenpflege weiter zu verbessern und die Pflegekräfte zu entlasten, wird die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, Kooperationsverträge mit geeigneten vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringern zu schließen, verbindlicher ausgestaltet. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden zudem verpflichtet, bei Vorliegen eines Antrags einer Pflegeeinrichtung zur Vermittlung eines Kooperationsvertrages einen entsprechenden Vertrag innerhalb einer Frist von drei Monaten zu vermitteln. Stationäre Pflegeeinrichtungen haben eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit zu benennen. Zudem werden Standards für die schnittstellen- und sektorübergreifende elektronische Kommunikation festgelegt. Die Evaluation der 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. Hierzu hat der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1. April 2019 entsprechende Anpassungen zu beschließen.

Zur Weiterentwicklung der zahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen und zur Verbesserung der Kooperation von Zahnärzten und Pflegepersonal werden Sprechstunden und Fallkonferenzen per Video auch im vertragszahnärztlichen Bereich ermöglicht. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhalten den Auftrag, eine Vereinbarung der technischen Vorgaben für die sichere Durchführung von Videosprechstunden zu vereinbaren. Der Be-

wertungsausschuss Zahnärzte erhält den Auftrag, auf Grundlage der Vereinbarung entsprechende Anpassungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen vorzunehmen.

13. Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege insbesondere im ländlichen Raum

Die ambulante Alten- und Krankenpflege im ländlichen Raum soll durch eine bessere Honorierung der Wegezeiten gestärkt werden, wenn die Versorgung nur mit längeren Anfahrtswegen sichergestellt werden kann. Ein unbürokratisch zu gewählender Wegekostenzuschlag, der den zusätzlichen Aufwand angemessen abbildet, ist daher von den Rahmenvereinbarungspartnern nach § 132a Absatz 1 SGB V festzulegen, der auch in den Vergütungsvereinbarungen im Bereich der Pflegeversicherung zu berücksichtigen ist.

14. Verbesserungen bei der medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige

Pflegenden Angehörigen wird es ermöglicht, nach ärztlicher Verordnung eine von der Krankenkasse zu genehmigende stationäre Rehabilitation in Anspruch zu nehmen, ohne dass zuvor ambulante Leistungen durchgeführt worden sind. Damit wird der Zugang dieses Personenkreises zu Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation erleichtert.

15. Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und bei Pflegeeinrichtungen:

- Bereits heute können Krankenkassen mit ihren Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen bei der Verbesserung der gesundheitlichen Situation und der Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen ihrer Beschäftigten unterstützen. Nunmehr werden die Krankenkassen verpflichtet, zusätzlich mehr als 70 Millionen Euro jährlich für diese Leistungen aufzuwenden. Der bereits heute gesetzlich vorgesehene Mindestausgabewert für diese Leistungen in Höhe von 2,15 Euro jährlich je Versicherten wird um 1 Euro auf 3,15 Euro erhöht. Mit der Festlegung eines spezifischen Mindestausgabewertes für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung erhält die betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen 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 Beschäftigungsfähigkeit und zur Senkung des Krankenstandes der Beschäftigten in Krankenhäusern und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen.
- Um sicherzustellen, dass alle Krankenhäuser und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen, die sich für die Gesundheit ihrer Beschäftigten einsetzen wollen, die notwendige Unterstützung erhalten, sollen sie durch die mit dem Präventionsgesetz geschaffenen regionalen Koordinierungsstellen der Krankenkassen noch besser beraten und unterstützt werden.

16. Die Länder sollen auch vor dem Hintergrund der Migrationsbewegungen in die Lage versetzt werden, Gesundheitsuntersuchungen auch für Personengruppen vorzusehen, die nicht in bestimmten Einrichtungen im Sinne des § 36 Absatz 5 IfSG oder in Aufnahmeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften im Sinne des § 62 Absatz 1 des Asylgesetzes (AsylG) aufgenommen werden sollen beziehungsweise zu wohnen haben und sich daher nicht bereits nach § 36 Absatz 5 IfSG oder § 62 Absatz 1 AsylG einer Gesundheitsuntersuchung unterziehen müssen. Erfasst werden sollen Personengruppen, die aufgrund ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz für die vorgesehenen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsrechts stützt sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes (GG). Danach können die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelungen der Krankenhauspflegesätze durch Bundesgesetz erfolgen. Der Gesetzentwurf verfolgt das Ziel einer Verbesserung der pflegerischen Versorgung insbesondere durch entgelt- und vergütungsrechtliche Regelungen. Entgelt- und vergütungsrechtliche Regelungen sind Bestandteil der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser, da sie finanzielle Auswirkungen für die Krankenhäuser haben. Gleiches gilt für die Regelungen zur Fortführung des Krankenhausstrukturfonds, da sich aus einer Förderung aus dem Strukturfonds finanzielle Wirkungen für die betroffenen Krankenhäuser in unter Umständen erheblicher Größenordnung ergeben.

Eine bundesrechtliche Regelung ist zur Wahrung der Rechtseinheit im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich (Artikel 72 Absatz 2 GG). Das Vergütungssystem ist für die Krankenhäuser bundesweit und einheitlich geregelt. Folglich sind Änderungen in diesem System ebenso einheitlich vorzunehmen, um im gesamten Bundesgebiet gleiche Zugangsmöglichkeiten und ein gleiches Versorgungsniveau der akutstationären Versorgung zu gewährleisten. Diese Regelungsziele wären durch landesrechtliche Regelungen nicht zu erreichen, da eine Gesetzesvielfalt auf Landesebene zu einer Rechtszersplitterung mit problematischen Folgen für die flächendeckende und gleichmäßige Versorgung mit akutstationären Leistungen und damit zu einer Beeinträchtigung des Fortbestands eines einheitlichen Versorgungssystems führen würde.

Für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen ergibt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG, für die Änderung des IFSG aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 GG.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Das Gesetz steht im Einklang mit dem Leitprinzip der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich Gesundheit, Lebensqualität, sozialem Zusammenhalt und sozialer Verantwortung und unterstützt insbesondere die Umsetzung der Managementregel 5 der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie, nach der Gefahren und unvermeidbare Risiken für die menschliche Gesundheit zu vermeiden sind. Die betriebliche Gesundheitsförderung ist ein wichtiges Mittel zur Erhaltung der Beschäftigtenfähigkeit und zur Senkung des Krankheitsstands der Beschäftigten in Krankenhäusern und in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen. Die Regelungen haben zum Ziel – direkt oder indirekt – die gesundheitlichen Potenziale der Beschäftigten zu bewahren. Der Erfolg und die Qualität der Leistungen in diesen Einrich-

tungen sind in hohem Maße von den Beschäftigten abhängig. Sie sichern mit ihren Kompetenzen, ihrer Motivation und Leistungsbereitschaft eine menschenwürdige Kranken- und Pflegeversorgung und leisten damit einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft.

3. Demografische Auswirkungen

Die Pflegebranche ist durch die demografischen Veränderungen in besonderem Maße betroffen. Bereits heute besteht ein Mangel an qualifizierten Pflegefachkräften. Der Wettbewerb um die Fachkräfte wird sich in Zukunft weiter verschärfen. Gleichzeitig wird der Bedarf an professioneller Pflege weiter zunehmen, da ein Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen in Deutschland zu erwarten ist. Die Lebenserwartung der Mitbürgerinnen und Mitbürger in Deutschland steigt; chronische Erkrankungen, Multimorbidität und die Zahl demenziell und psychisch erkrankter Menschen nehmen zu.

Das vorliegende Gesetz reagiert hierauf, indem an verschiedenen Stellen Maßnahmen getroffen werden, die die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte verbessern. Dies gilt sowohl für die Pflege im Krankenhaus als auch für die Langzeitpflege. Insbesondere die Förderung von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf sollen hierzu beitragen. Zusammen mit den zu entwickelnden Maßnahmen der „Konzertierten Aktion Pflege“ soll durch längere Verweildauer im Beruf, mehr Vollzeittätigkeit, Rückkehr früherer Pflegekräfte in den Beruf, mehr Ausbildungsplätze sowie Anwerbung ausländischer Pflegekräfte die Fachkräftebasis an die Herausforderungen der demografischen Entwicklung angepasst werden.

4. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Die finanziellen Auswirkungen der Maßnahmen dieses Gesetzes basieren auf Daten der amtlichen Statistiken und darauf aufsetzenden Schätzungen. Es können in der Regel nur grobe Quantifizierungen vorgenommen werden, weil der Umfang der Umsetzung vielfach von Verhandlungsprozessen abhängig und damit nicht exakt vorhersehbar ist. Bei der Verteilung der zusätzlichen Ausgaben auf die Kostenträger wird davon ausgegangen, dass 90 Prozent der Leistungen und Vergütungen auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und zehn Prozent auf andere Kostenträger entfallen. Bei dem auf andere Kostenträger entfallenden Anteil werden rund zwei Drittel der privaten Krankenversicherung und rund ein Drittel den öffentlichen Haushalten zugeordnet.

Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes sind Mehrausgaben verbunden, die sich mittel- und langfristig auf die Verbesserung der Qualität und Effizienz der stationären Versorgung auswirken werden. Die Verbesserung der Ausstattung mit Pflegepersonal in den Krankenhäusern, eine bessere Finanzierung der Pflegepersonalkosten und eine Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufes sollen zu mehr Zeit für die pflegerische Zuwendung beitragen und hierdurch gleichzeitig die Patientensicherheit erhöhen.

Insgesamt führen die Maßnahmen des Gesetzes im Vergleich zum Jahr 2017 für alle Kostenträger zu Mehrausgaben in Höhe von rund acht Millionen Euro im Jahr 2018, in Höhe von rund 2,1 Milliarden Euro im Jahr 2019, in Höhe von rund 2,4 Milliarden Euro im Jahr 2020, in Höhe von rund 2,6 Milliarden Euro im Jahr 2021 und in Höhe von rund 2,8 Milliarden Euro im Jahr 2022. Davon werden die für den Krankenhausstrukturfonds in den Jahren 2019 bis 2022 Verfügung stehenden Mittel in Höhe von 0,5 Milliarden Euro jährlich – soweit sie abgerufen werden – aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der GKV aufgebracht. Entsprechende Mehrausgaben durch den Krankenhausstrukturfonds ergeben sich auch für die Bundesländer.

Den Mehrausgaben stehen Einsparpotenziale gegenüber, die durch strukturelle Effekte im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds entstehen und nicht genau quantifiziert werden können.

Durch die Änderungen des IfSG entstehen keine Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand.

a) Bund, Länder und Gemeinden

Durch die Fortführung des mit dem Krankenhausstrukturgesetz gebildeten Krankenhausstrukturfonds können ab 2019 die Haushalte der Länder in dem Maß belastet werden, wie sie Mittel aus dem Strukturfonds abrufen, da sie zu einer Ko-Finanzierung dieser Mittel verpflichtet sind. Bei Ausschöpfung der Fondsmittel beträgt das Volumen der von den Ländern aufzubringenden Mittel in den Jahren ab 2019 bis 2022 jeweils 500 Millionen Euro jährlich. An dieser Ko-Finanzierung können die Länder die Krankenhausträger beteiligen.

Darüber hinaus können für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden aus den Neuregelungen im Bereich der Krankenversicherung jährliche Mehrbelastungen im Bereich der Beihilfe ab dem Jahr 2018 entstehen. Die rechnerisch ermittelten Mehrausgaben belaufen sich im Jahr 2018 auf weniger als eine Million Euro, im Jahr 2019 auf rund 20 Millionen Euro, im Jahr 2020 auf rund 30 Millionen Euro, im Jahr 2021 auf rund 35 Millionen Euro und im Jahr 2022 auf rund 40 Millionen Euro. In den Folgejahren steigen die Mehrausgaben proportional zur Entwicklung der Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung.

Beim Bundeszuschuss zur landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergeben sich im Jahr 2019 Mehrausgaben von bis zu 13 Millionen Euro, die bis zum Jahr 2022 jährlich auf bis zu 18 Millionen Euro ansteigen werden.

Im Bereich der Hilfen für Gesundheit können den Sozialhilfeträgern aus den Regelungen der §§ 4 Absatz 8 und 8a, § 10 KHEntG und § 132 a SGB V insgesamt jährliche Mehrausgaben im niedrigen einstelligen Millionenbereich für das Jahr 2019 und im mittleren einstelligen Millionenbereich für die Jahre 2020, 2021 und 2022 entstehen. Im Bereich der Beihilfe ergeben sich für die öffentlichen Haushalte von Bund, Länder und Gemeinden aus den Neuregelungen im Bereich der Pflegeversicherung aus einer Übernahme der leistungsrechtlichen Änderungen Mehraufwendungen von rund zwei Millionen Euro jährlich. In den Folgejahren steigen die Mehrausgaben proportional zur Entwicklung der Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung.

Für die Sozialhilfeträger könnten sich aus der Kofinanzierung der Maßnahmen nach § 8 Absatz 7 und 8 SGB XI jährliche Mehrausgaben im einstelligen Millionenbereich ergeben, insoweit diese Maßnahmen zusätzlich ergriffen werden, und die Pflegesätze oder die selbst zu tragenden Investitionskostenanteile dadurch steigen. Durch die Wegekostenzuschläge nach § 89 Absatz 3 können sich für die Sozialhilfeträger jährliche Mehrausgaben von 2 bis 3 Millionen Euro ergeben.

Die auf den Bundeshaushalt entfallenden Mehrausgaben werden innerhalb der betroffenen Einzelpläne ausgeglichen.

Aus der vorgesehenen gesetzlichen Regelung in § 36 IfSG können Kosten für die Länder entstehen. Ärztliche Untersuchungen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst hängen aber von dem Gebrauchmachen der Länder von der in § 36 Absatz 6 IfSG neu eingefügten Verordnungsermächtigung ab, die dann die Kosten nach § 69 IfSG tragen. Da somit auf der Länderebene ein weiterer Ermessensspielraum besteht, ist der dadurch ggf. entstehende Aufwand nicht quantifizierbar. Der Erfüllungsaufwand für die Länder aus § 36 Absatz 8 IfSG ist momentan nicht ermittelbar, da nicht vorhersehbar ist, ob und in welchem Umfang von der Ermächtigung nach § 36 Absatz 6 oder Absatz 7 IfSG Gebrauch gemacht wird. Die Möglichkeit der Subdelegation erschwert die Abschätzung des Erfüllungsaufwands zusätzlich. Durch die Änderung von § 23 IfSG entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

b) Gesetzliche Krankenversicherung

Auf der Grundlage der insgesamt geschätzten finanziellen Auswirkungen dieses Gesetzes entstehen für die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2018 zusätzliche Ausgaben in Höhe von rund sieben Millionen Euro, im Jahr 2019 in Höhe von rund 1,7 Milliarden Euro, im Jahr 2020 in Höhe von rund 2,0 Milliarden Euro, im Jahr 2021 von rund 2,2 Milliarden Euro und im Jahr 2022 in Höhe von rund 2,4 Milliarden Euro. Hierin enthalten sind 500 Millionen Euro, die jährlich für die Fortführung des Krankenhausstrukturfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2019 für die Dauer von vier Jahren abgerufen werden können, sofern sich die jeweils betroffenen Länder in gleicher Höhe an der Finanzierung beteiligen. Die in einem Jahr nicht abgerufenen Mittel werden in das Folgejahr übertragen.

Die oben genannten Mehrausgaben für die GKV ergeben sich aus den nachfolgend genannten Maßnahmen.

Zukünftig wird jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig finanziert. Das Pflegestellen-Förderprogramm wird bedarfsgerecht weiterentwickelt, indem für das Jahr 2019 jede zusätzlich eingestellte Pflegekraft vollständig finanziert wird. Ab dem Jahr 2020 erfolgt die vollständige Finanzierung jeder zusätzlich eingestellten Pflegekraft im Rahmen der neuen Pflegepersonalkostenvergütung des Pflegebudgets. Für die Ermittlung der vor diesem Hintergrund zu erwartenden Mehrausgaben wird auf den Anstieg der Vollkräfte im letzten verfügbaren Datenjahr abgestellt. Im Jahr 2016 lag der Anstieg der Vollkräfte im Pflegedienst bei rund 4 000 zusätzlichen Pflegevollkräften. Unter der Annahme, dass auch ab dem Jahr 2019 der jährliche Stellenzuwachs in der Größenordnung liegt, entstehen der GKV basiswirksame Mehrausgaben in Höhe von rund 220 Millionen Euro pro Jahr gegenüber dem jeweiligen Vorjahr. Während im Jahr 2019 die Mehrausgaben bei rund 220 Millionen Euro liegen, erhöhen sich diese auf rund 440 Millionen Euro im Jahr 2020 bzw. auf rund 660 Millionen Euro im Jahr 2021 und erreichen im Jahr 2022 Mehrausgaben in Höhe von rund 880 Millionen Euro. Nichtsdestotrotz kann keine abschließende Aussage hinsichtlich der Ausgaben für die neue Pflegepersonalkostenvergütung ab dem Jahr 2020 getroffen werden, da zum jetzigen Zeitpunkt weder die von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu treffende Definition der betroffenen Pflegepersonalbereiche und -kosten noch die Pflegepersonalkosten jedes einzelnen Krankenhauses bekannt sind.

Mit dem Ziel der Gewinnung von zusätzlichem Pflegepersonal können Krankenhäuser Vereinbarungen mit der Personalvertretung abschließen, die Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zum Gegenstand haben. Für die GKV ergeben sich in dem Zeitraum 2019 bis 2024 jährliche Mehrausgaben in Höhe von bis zu 70 Millionen Euro.

Mit der vollständigen Refinanzierung von Tarifierhöhungen für Pflegekräfte entstehen für Tarifsteigerungen oberhalb der Obergrenze Mehrausgaben für die GKV. Da die Tarifkostenrefinanzierung für Pflegepersonal rückwirkend gelten wird, entstehen der GKV im Jahr 2018 auf Basis der aktuellen Tarifabschlüsse Mehrausgaben in Höhe von rund sieben Millionen Euro. Die Mehrausgaben, die ab dem Jahr 2019 für die GKV entstehen, basieren auf Schätzungen und Annahmen zur Tarifraterate und zur Obergrenze. Für das Jahr 2019 wird von kumulierten Mehrausgaben in Höhe von 40 Millionen Euro ausgegangen. Diese Mehrausgaben fallen auch im Jahr 2020 an und werden um rund weitere 40 Millionen Euro erhöht, so dass in der Summe von kumulierten Mehrausgaben in Höhe von ca. 80 Millionen Euro auszugehen ist. Schätzungen, die über das Jahr 2020 hinausgehen, können nicht auf solider Grundlage getroffen werden. Mindestens werden die im Jahr 2020 anfallenden basiswirksamen Mehrausgaben auch in den Folgejahren entstehen. Sollten die Tarifsteigerungen die Obergrenze überschreiten, wäre mit weiteren, zum jetzigen Zeitpunkt nicht quantifizierbaren, Mehrausgaben zu rechnen. Strukturelle Tarifierhöhungen sind nicht quantifizierbar und wurden insoweit in den geschätzten Mehrausgaben nicht berücksichtigt.

Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege sowie in der Krankenpflegehilfe werden bislang nur anteilig refinanziert, weil die Auszubildenden im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung voll ausgebildete Pflegekräfte entlasten. Eine solche Entlastung ergibt sich im ersten Ausbildungsjahr jedoch nicht in gleichem Umfang. Daher werden die Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Krankenpflege, in der Kinderkrankenpflege und in der Krankenpflegehilfe im ersten Ausbildungsjahr zukünftig vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Der GKV entstehen dadurch im Jahr 2019 Mehrausgaben in Höhe von rund 135 Millionen Euro. Ab dem Jahr 2020 betragen die jährlichen Mehrausgaben rund 155 Millionen Euro. Die Klarstellung, dass eine Finanzierung der Ausbildungsvergütungen für alle in § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) genannten Berufe zu erfolgen hat, ist grundsätzlich kostenneutral. Erst dann, wenn neben den derzeitigen Vergütungen für Auszubildende in der Krankenpflege, in der Kinderkrankenpflege und in der Krankenpflegehilfe sowie bei Hebammen und Entbindungspflegern auch Vergütungen für weitere Ausbildungsberufe gezahlt werden, wären nicht quantifizierbare Mehrausgaben für alle Kostenträger die Folge.

Die Präzisierung der Verweisung auf die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention in § 4 Absatz 9 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) führt nicht zu einer Ausweitung der finanziellen Förderung der personellen Ausstattung von Krankenhäusern mit Krankenhaushygienikerinnen und -hygienikern.

Die Regelung zum Ausbau von Videosprechstunden führt zu jährlichen Mehrausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe eines mittleren zweistelligen Millionenbetrages.

Durch die bessere Honorierung der Wegezeiten in der häuslichen Krankenpflege insbesondere im ländlichen Raum entstehen jährliche Mehrausgaben im mittleren zweistelligen Millionenbereich.

Mit dem Verzicht auf die absenkende bzw. erhöhende Berücksichtigung der Zuschläge und Abschläge für die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Notfallversorgung bei den Landesbasisfallwerten entstehen den Kostenträgern ab dem Jahr 2019 Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen dreistelligen Millionenbetrages.

c) Soziale Pflegeversicherung

Auf der Grundlage der insgesamt geschätzten finanziellen Auswirkungen dieses Gesetzes entstehen für die soziale Pflegeversicherung im Jahr 2019 zusätzliche Ausgaben in Höhe von rund 240 Millionen Euro, im Jahr 2020 in Höhe von rund 260 Millionen Euro, im Jahr 2021 in Höhe von rund 250 Millionen Euro und im Jahr 2022 in Höhe von rund 150 Millionen Euro.

Im Einzelnen gilt: Für Maßnahmen zur Förderung der Digitalisierung werden aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung in den Jahren 2019 bis 2021 insgesamt bis zu 310 Millionen Euro für die Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenpflege bereitgestellt. Die private Pflegeversicherung beteiligt sich daran entsprechend ihrem Anteil an der Zahl der Pflegebedürftigen mit sieben Prozent.

Ebenfalls aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden für Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zur Herstellung einer besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiter/innen in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt. Die private Pflegeversicherung beteiligt sich daran entsprechend ihrem Anteil an der Zahl der Pflegebedürftigen mit sieben Prozent.

Der Übergang der Bezahlung der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 von gesetzlich festgelegten Beträgen auf ausgehandelte Beträge dürfte ab 2019 zu Mehrausgaben im mittleren zweistelligen Millionenbereich führen.

Die Gewährung einer erhöhten Wegekostenvergütung dürfte Mehrausgaben im mittleren zweistelligen Millionenbereich verursachen. Die Ausgaben sind in der Gesamtsumme nicht enthalten, weil eine Zuordnung zur Pflegeversicherung oder zu den Pflegebedürftigen nicht möglich ist.

5. Erfüllungsaufwand

Die Vorgaben dieses Gesetzes haben hinsichtlich des Erfüllungsaufwandes sowohl auf die Verwaltung als auch auf die Wirtschaft in der Perspektive entlastende Auswirkungen.

5.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Aus der vorgesehenen gesetzlichen Regelung zum Infektionsschutzgesetz entsteht geringfügiger Erfüllungsaufwand für die Bürgerinnen und Bürger, weil die betroffenen Personen die Zeugnisse nach § 36 Absatz 4 auf eigene Kosten beibringen müssen.

5.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand haben im Einzelnen die folgenden Regelungen:

1. Ausbau und Erweiterung des Pflegestellen-Förderprogramms im Krankenhausbereich

Da bereits mit dem Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten die Nachweisverpflichtungen für die Krankenhäuser auf den Zeitraum nach Ablauf des Pflegestellen-Förderprogramms verlängert worden sind, entsteht mit dem Ausbau und der Erweiterung des Förderprogramms (§ 4 Absatz 8 KHEntgG) kein neuer darüber hinausgehender Erfüllungsaufwand. Die einmalige Erstellung eines Nachweises zur Ausgangssituation der Pflegebesetzung zum 31. Dezember 2018 kann für die Krankenhäuser zu geringfügigem Mehraufwand führen. Dieser wird jedoch dadurch kompensiert, dass die Vertragsparteien vor Ort im Rahmen der Vereinbarungen zum Pflegestellen-Förderprogramm zukünftig weder eine Obergrenze noch einen zehnprozentigen Eigenanteil bei der Vereinbarung des Budgets zu berücksichtigen haben. Mit der Einführung einer neuen und hausindividuellen Pflegepersonalkostenvergütung ist ein separates Pflegestellen-Förderprogramm nicht mehr erforderlich. Zusätzliche Einstellungen von Pflegepersonal oder Aufstockungen von Teilzeitstellen in der Pflege können dann im Rahmen des Pflegebudgets berücksichtigt werden. Damit entfallen die Nachweisverpflichtungen für das Pflegestellen-Förderprogramm. Die dadurch für die Krankenhäuser entstehenden Entlastungen belaufen sich einmalig im Jahr 2021 auf 2,3 Millionen Euro.

2. Krankenhausindividuelle Vergütung von Pflegepersonalkosten

Die hausindividuelle Pflegepersonalkostenvergütung ab dem Jahr 2020 bringt neue Vorgaben für die Krankenhäuser mit sich. Für die Schaffung der EDV-technischen Voraussetzungen zur Abrechnung der neuen Pflegeentgelte sowie für die Ergänzung der etablierten jährlichen Datenlieferungen entsteht den somatischen Krankenhäusern im Jahr 2019 ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 90 000 Euro. Die Vereinbarung des Pflegebudgets wird in den regelmäßig stattfindenden Budgetverhandlungen auf der Ortsebene zu einem höheren Zeitaufwand führen, der für die somatischen Krankenhäuser mit einem dauerhaften Erfüllungsaufwand in Höhe von ca. 170 000 Euro einhergehen wird. In den Jahren 2019 und 2020 ist der vorgenannte Betrag noch aufzuteilen, da die erstmalige Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 teils im Jahr 2019 teils im Jahr 2020 erfolgen wird. In dem höheren Zeitaufwand ist auch die Vereinbarung von Einsparungen bei den Pflegepersonalkosten durch pflegeentlastende oder pflegesubstituierende Maßnahmen berücksichtigt. Die Vorlage der Begründung der einsparenden Wirkung der Maßnahmen sowie der Nachweis über die Durchführung der Maßnahmen erfolgen gemäß § 11 Absatz 4 Satz 3 KHEntgG. Demnach sind die Krankenhäuser verpflichtet, zusätzliche Unterlagen

vorzulegen und Auskünfte zu erteilen, sofern dies auf ein gemeinsames Verlangen der anderen Vertragsparteien zurückgeht. Da bereits nach geltendem Recht die Kostenträger zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses zusätzliche Unterlagen abfordern können, handelt es sich nicht um eine hinsichtlich des Aufwands neue Vorgabe. Zudem wird angenommen, dass in dem für die Verhandlung des Pflegebudgets angesetzten Zeitkontingent auch über die Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf gesprochen wird. Die Berücksichtigung der dabei vereinbarten Mittel im Erlösbudget ist anschließend nur noch formal umzusetzen.

3. Ausbildungsfinanzierung der Gesundheitsfachberufe in den Krankenhäusern

Der Wegfall des Anrechnungsschlüssels für Auszubildende in der Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege und der Krankenpflegehilfe im ersten Ausbildungsjahr erfordert einerseits die Abgrenzung der Anzahl an Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr von der Gesamtzahl an Auszubildenden in den genannten Bereichen. Andererseits entfällt für die Gruppe der Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr die Anwendung des Anrechnungsschlüssels. Die geringfügigen belastenden und entlastenden Effekte der Regelung heben sich gegenseitig auf, so dass die Regelung hinsichtlich des Erfüllungsaufwandes als neutral zu werten ist. Die Klarstellungen, dass die vereinbarten Ausbildungsvergütungen aller im Krankenhausfinanzierungsgesetz genannten Ausbildungsberufe in den Ausbildungsbudgets zu berücksichtigen sind und die Ausbildungsbudgets entsprechend der tatsächlichen Kostenzuwächse vereinbart werden sollen, erleichtern die Verhandlungen auf der Ortsebene. Damit führen die Regelungen zur Ausbildungsfinanzierung insgesamt zu Entlastungen für die Krankenhäuser in geringfügigem nicht quantifizierbarem Umfang.

4. Sicherung der Abrechenbarkeit von Zusatzentgelten für erhöhten Pflegeaufwand

Für die Übermittlung der Pflegegrade von den privaten Krankenversicherungen an die Krankenhäuser entsteht den Kostenträgern initial ein einmaliger Erfüllungsaufwand, der sich aus der Schaffung der EDV-technischen Voraussetzungen ergibt. Dafür wird von einem einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 6 000 Euro ausgegangen.

5. Änderungen in § 21 KHEntgG

Die im Rahmen der Datenübermittlung gemäß § 21 KHEntgG zukünftig ergänzend zu liefernden Daten liegen den Krankenhäusern bereits heute routinemäßig vor. Für die Datenübermittlung haben die Krankenhäuser die vorliegenden, aber neu zu übersendenden Daten in das einheitliche von den Vertragsparteien auf Bundesebene vorgegebene Datensatzformat gemäß § 21 KHEntgG zu überführen. Dafür ist initial von einem geringfügigen Mehraufwand in Höhe von rund 10 000 Euro auszugehen. In den Folgejahren sind aufbauend auf den Arbeiten im ersten Jahr lediglich Abrufe der Daten für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr erforderlich.

6. Vereinheitlichung der Mengensteuerung

Durch die gesetzliche Festsetzung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags (§ 4 Absatz 2a KHEntgG - neu -) und des damit einhergehenden Wegfalls der Verpflichtung der Vertragsparteien auf der Ortsebene für bestimmte zusätzliche Leistungen einen höheren Fixkostendegressionsabschlag oder eine längere Abschlagsdauer zu vereinbaren, wird die Verhandlungsdauer und das Konfliktpotenzial auf der Ortsebene reduziert. Dafür wird mit jährlichen Entlastungen für die Krankenhäuser in Höhe von rund 700 000 Euro gerechnet.

7. Fortführung des Krankenhausstrukturfonds

Für die Krankenhausträger kann ein Erfüllungsaufwand durch die Mitwirkung bei der Erstellung der Antragsunterlagen für die Förderung aus dem Strukturfonds entstehen. Die Höhe dieses Aufwands kann nicht genau quantifiziert werden, da er maßgeblich von der Zahl, der Art und Komplexität der zu fördernden Vorhaben abhängt.

8. Kooperation von Ärzteschaft und Pflegeheimen (§ 119b SGB V)

Darüber hinaus entsteht der Wirtschaft durch die gemäß Absatz 2a zu treffende Vereinbarung zu technischen Standards für den elektronischen Datenaustausch ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 3 000 Euro.

Durch die Stärkung der Videosprechstunde kann es neben einer einmaligen Umstellung in der Praxisorganisation insbesondere zu nicht quantifizierbaren Einsparungen beim Erfüllungsaufwand z.B. aufgrund von wegfallenden Wegezeiten von Ärzten kommen. Dies hängt von der Häufigkeit des Einsatzes von Videosprechstunden und von dem jeweiligen Fall ab.

9. Umsetzung der Finanzierung zusätzlicher Stellen für alle vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 8 Absatz 6 SGB XI

Durch die Umsetzung ergibt sich bei der Antragstellung ein einmaliger Erfüllungsaufwand in der Wirtschaft von rund 542 000 Euro.

10. Zuschuss gemäß § 8 Absatz 7 SGB XI

Durch die Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Familie in ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenpflege entsteht der Wirtschaft begrenzt auf den Zeitraum 2019 bis 2024 ein Erfüllungsaufwand von rund 240 000 Euro pro Jahr für die Antragstellung, insgesamt 1 440 000 Euro.

11. Beratung in der eigenen Häuslichkeit (§ 37 Absatz 3 SGB XI)

Die Vergütung für Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 wird künftig im Vereinbarungswege mit den Pflegediensten festgelegt. Dies löst einen einmaligen Erfüllungsaufwand zur Vorbereitung und Durchführung der Vergütungsverhandlungen von rund 20 500 Euro aus.

12. Leistungen bei häuslicher Pflege (§ 37 Absatz 5a – neu – SGB XI)

Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. beschließt gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Ergebnisse der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI. Dies löst einen einmaligen Erfüllungsaufwand für Vorbereitung und Abschluss der Richtlinien aus. Dafür ist ein Aufwand von ca. 5 000 Euro zu Grunde zu legen.

13. Leistungen für Pflegepersonen (§ 44 Absatz 5 Sätze 4 und 5 SGB XI)

Es entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 26 100 Euro für die 49 privaten Versicherungsunternehmen für die Programmierung oder Anschaffung von Software zur Automatisierung der Mitteilungen an die Beihilfefestsetzungsstellen oder die Dienstherren.

5.2.1 Bürokratiekosten der Wirtschaft

Eine neue Informationspflicht für die Krankenhäuser ergibt sich ab dem Jahr 2019 aus den neu zu erbringenden Nachweisen für eine zweckentsprechende Verwendung der Mittel aus der vollständigen Tariffinanzierung für das Pflegepersonal in somatischen sowie in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Je nach Ausgestaltung der Nachweise durch die Vertragsparteien auf Bundesebene können sich Erleichterungen und Synergieeffekte aus der Datenübermittlung der Pflegevollkräfte aufgeteilt nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen gemäß § 21 KHEntgG ergeben. Für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen entsteht nur ein geringfügiger Mehraufwand in Höhe von rund 3 000 Euro jährlich, da diese Einrichtungen bereits heute schon Nachweise zur Stellenbesetzung und zweckentsprechenden Mittelverwendung (§ 18 Absatz 2 Bundespflegegesetz-

verordnung - BPfIV) erbringen. Der laufende Erfüllungsaufwand für somatische Einrichtungen ist für die Jahre 2019 und 2020 mit jeweils rund 29 000 Euro zu beziffern. Da die vollständige Tarifrefinanzierung für somatische Einrichtungen zukünftig im Rahmen der neuen Pflegepersonalkostenvergütung zu berücksichtigen ist und in dem Zuge der separate Nachweis für die zweckentsprechende Verwendung der Mittel aus der Tarifkostenrefinanzierung entfällt, ist für die somatischen Krankenhäuser ab dem Jahr 2021 mit einer jährlichen Entlastung von rund 29 000 Euro zu rechnen.

Die Zusammenstellung der Unterlagen im Vorfeld der Verhandlungen des (Pflege-)Budgets und die Erbringung der Nachweise über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel aus dem Pflegebudget führt zu weiterem dauerhaften Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 90 000 Euro. Bei dem Betrag handelt es sich um die im Durchschnitt dauerhaft entstehenden Belastungen. Es ist davon auszugehen, dass diese in den ersten Jahren etwas höher liegen, da hierbei auch die Nachweise für die Maßnahmen zur verbesserten Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf berücksichtigt sind. Diese Mehrbelastungen werden wiederum kompensiert durch Synergieeffekte für die Nachweise im Zusammenhang mit dem Pflegebudget aufgrund ähnlich lautender Nachweise im Rahmen der Pflegepersonaluntergrenzen.

Für die Krankenhausträger ergeben sich aus der Fortführung des Krankenhausstrukturfonds Dokumentationspflichten, um die Verwendung der Fördermittel nachprüfbar zu machen. Die Kosten hierfür dürften den Betrag von 500 Euro nicht übersteigen. Da nicht abschätzbar ist, für wie viele Krankenhäuser Fördermittel gewährt werden, ist die Summe der hierfür entstehenden Bürokratiekosten nicht quantifizierbar.

5.3 Erfüllungsaufwand für die Verwaltung

5.3.1 Erfüllungsaufwand für die Selbstverwaltung

Unter dem Erfüllungsaufwand für die Selbstverwaltung werden sowohl die entstehenden Be- und Entlastungen für die Vertragsparteien auf Landesebene, den GKV-Spitzenverband sowie für die gesetzlichen Krankenkassen auf der Ortsebene als auch die Belastungen für die Vertragsparteien auf Bundesebene erfasst. Die Vertragsparteien auf der Bundesebene, zu denen die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und der Verband der privaten Krankenversicherung gehören, werden der Verwaltung zugeordnet, da diese Institutionen auf gesetzlicher Grundlage als untergesetzliche Normgeber rechtsverbindliche Vereinbarungen mit Wirkung für Dritte treffen.

Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand haben im Einzelnen die folgenden Regelungen:

1. Ausbau und Erweiterung des Pflegestellen-Förderprogramms im Krankenhausbereich

Durch den Verzicht auf die zum 31. Oktober 2018 zu treffende Vereinbarung über die voraussichtliche Höhe der zweckentsprechend verwendeten Finanzmittel des Jahres 2018 aus dem Pflegestellen-Förderprogramm, die in den Pflegezuschlag hätten überführt werden sollen (§ 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG) und eine Fehlschätzungskorrektur im Folgejahr werden die Vertragsparteien auf Bundesebene in geringfügigem nicht quantifizierbarem Umfang entlastet. Eine Etablierung neuer Arbeitskreise zu diesem Thema ist daher verzichtbar.

Die neue Pflegepersonalkostenvergütung erübrigt ein gesondertes Pflegestellen-Förderprogramm, so dass die Belastungen für die Erstellung eines Berichts bereits ab dem Jahr 2021 - und nicht erst ab dem Jahr 2022 - entfallen. Die im Jahr 2021 als einmalig anzusehende Entlastung beläuft sich auf rund 26 000 Euro für die Krankenkassen auf der Ortsebene und den GKV-Spitzenverband.

2. Vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal

Aus der Vorgabe für die Vertragsparteien auf Bundesebene, die näheren Einzelheiten für einen Nachweis und ein Verfahren zur Rückzahlung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln (§ 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG) zu vereinbaren, entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand, der sich im Jahr 2019 auf rund 70 000 Euro beläuft.

Ab dem Jahr 2020 haben die Vertragsparteien auf Bundesebene einen Anteilswert an der von ihnen vereinbarten Erhöhungsrage zu ermitteln. Der laufende Erfüllungsaufwand beläuft sich dafür auf rund 4 000 Euro.

3. Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf

Der GKV-Spitzenverband hat in dem Zeitraum 2020 bis 2025 jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit über die auf der Ortsebene vereinbarten Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu berichten. Dafür entsteht dem GKV-Spitzenverband in dem Zeitraum 2020 bis 2025 ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 500 Euro. Dem zu erstellenden Bericht gehen Datenlieferungen der einzelnen Krankenkassen voraus, die zu einem jährlichen Mehraufwand in Höhe von rund 3 500 Euro führen. Der Erfüllungsaufwand beläuft sich insgesamt auf rund 24 000 Euro.

4. Krankenhausindividuelle Vergütung von Pflegepersonalkosten

Die Einführung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung erfordert eine Vielzahl von vorbereitenden Tätigkeiten und führt zu laufendem Erfüllungsaufwand. Noch im Jahr 2018 beginnen für die Vertragsparteien auf der Bundesebene die Arbeiten zur Vorbereitung der Kalkulationsgrundlagen und weiterer erforderlicher Maßnahmen. Dafür hat das InEK ein Konzept zu erstellen, auf dessen Grundlage die weiteren Entscheidungen für die Kalkulation zu treffen sind. Der einmalige Erfüllungsaufwand für die Arbeiten auf Bundesebene beläuft sich auf rund 100 000 Euro im Jahr 2018. Die Fortsetzung der Verhandlungen der Vertragsparteien auf Bundesebene zu den vorgenannten Entscheidungen und einer weiteren Aufgabe zur Gestaltung der von den Krankenhäusern vorzulegenden Unterlagen und Nachweise führt im Jahr 2019 zu weiteren 90 000 Euro an einmaligem Erfüllungsaufwand.

Für die Benennung von Prozedurenschlüsseln, die mit der Einführung des Pflegebudgets zu streichen sind, entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Es ist davon auszugehen, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene die Verhandlungen zu den potenziell zu streichenden Prozedurenschlüsseln im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Arbeitsgruppen und Spitzengespräche führen. Für das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information entsteht ebenfalls kein neuer Erfüllungsaufwand, da Änderungen in den Klassifikationen in den jährlichen Routineprozessen umgesetzt werden.

Für das Statistische Bundesamt ergibt sich ebenfalls einmaliger Erfüllungsaufwand, der jedoch durch eine Entlastung ausgeglichen wird. Die Belastung wird bedingt durch die im Jahr 2020 erforderliche Anpassung der Bundesstatistik, in der zukünftig auch die neuen Pflegeentgelte auszuweisen sind. Eine Entlastung entsteht dem Statistischen Bundesamt dadurch, dass Kostenentwicklungen beim Pflegepersonal in der Patientenversorgung bei der Ermittlung des Orientierungswertes zukünftig nicht mehr zu berücksichtigen sind.

Laufender Erfüllungsaufwand ergibt sich für die Selbstverwaltung aus verschiedenen Vorgaben. Das InEK hat ab dem Jahr 2019 jährlich zusätzlichen Kalkulationsaufwand für die Abgrenzung der Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung aus den Kostendaten für die Kalkulation der Fallpauschalen. Außerdem hat das InEK erstmals im Jahr 2019 einen Pflegeerlöskatalog zu erstellen und diesen jährlich weiterzuentwickeln. Der Erfüllungsaufwand beläuft sich dafür jährlich auf einen niedrigen fünfstelligen Eurobetrag. Für die jährliche Vereinbarung des Pflegeerlöskatalogs und der dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen ist kein weiterer Erfüllungsaufwand für die Vertragsparteien auf Bundesebene zu

quantifizieren, da diese Aufgaben bereits in etablierten Arbeitsgruppen sowie in regelmäßig stattfindenden Spitzengesprächen verankert sind.

Für die Kostenträger auf der Ortsebene ergibt sich ein laufender Erfüllungsaufwand durch die zusätzliche Vereinbarung eines Pflegebudgets. Der jährliche Erfüllungsaufwand beläuft sich auf rund 210 000 Euro ab dem Jahr 2021. Zuvor ist dieser Betrag noch aufzuteilen auf die Jahre 2019 und 2020 für die erstmalige Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020.

Geringfügiger, einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 4 300 Euro entsteht im Jahr 2021 den Vertragsparteien auf Bundesebene aufgrund der Pflicht zur Erstellung eines Zwischenberichts über die Auswirkungen der Einführung des Pflegebudgets auf die Entwicklung der Personalstellen und -kosten. Hierbei können sie auf ohnehin vorliegende Daten zurückgreifen.

5. Ausbildungsfinanzierung der Gesundheitsfachberufe in den Krankenhäusern

Die in § 17a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vorgesehenen Klarstellungen und Änderungen werden in den etablierten Verhandlungsprozessen eine Rolle spielen, jedoch weder zu Mehr- noch zu Minderaufwand in relevantem Umfang führen.

6. Sicherung der Abrechenbarkeit von Zusatzentgelten für erhöhten Pflegeaufwand

Für die Übermittlung der Pflegegrade von den gesetzlichen Krankenkassen an die Krankenhäuser ist mit einem initialen Mehraufwand zu rechnen. Dieser ergibt sich aus der Notwendigkeit zur Schaffung der EDV-technischen Voraussetzungen für die zukünftige Datenübermittlung. Dafür wird von einem einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 20 000 Euro ausgegangen.

7. Änderungen in § 21 KHEntgG

Die neuen Anforderungen werden im Rahmen der etablierten Prozesse und regelmäßig stattfindenden Arbeitskreise besprochen und technisch umgesetzt. Für die Vertragsparteien auf Bundesebene entsteht dadurch kein Mehraufwand.

8. Vereinheitlichung der Mengensteuerung

Für die Vertragsparteien auf der Landesebene wird mit der dauerhaften gesetzlichen Festbeschreibung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags eine jährliche Entlastung in Höhe von rund 12 000 Euro ab dem Jahr 2019 erreicht. Diese Entlastung ergibt sich aus dem Wegfall eines Kriteriums, das bei den Verhandlungen auf Landesebene zukünftig nicht mehr zu berücksichtigen ist. Damit wird der Verhandlungsaufwand reduziert.

Die Vertreterinnen und Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen, die zusammen mit den Krankenhäusern die jährlichen Budgetverhandlungen führen, werden ebenso entlastet. Die Entlastung ergibt sich auch hier aus der entfallenden Aufgabe, für bestimmte Leistungen einen höheren Fixkostendegressionsabschlag oder eine längere Abschlagsdauer zu vereinbaren. Die jährlichen Entlastungen belaufen sich ab dem Jahr 2019 auf rund 850 000 Euro.

9. Kooperation von Ärzteschaft und Pflegeheimen (§ 119b SGB V)

Darüber hinaus entsteht der Selbstverwaltung durch die gemäß Absatz 2a zu treffende Vereinbarung zu technischen Standards für den elektronischen Datenaustausch ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 3 500 Euro.

10. Videosprechstunden im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung

Durch die in § 291g Absatz 5 geregelte Verpflichtung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden zu vereinbaren, entsteht der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-SV ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von jeweils rund 5 000 Euro. Ein zusätzlicher einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 12 500 Euro entsteht der Selbstverwaltung durch die Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen infolge der Regelungen des § 87 Absatz 2k.

11. Umsetzung der Finanzierung zusätzlicher Stellen für alle vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 8 Absatz 6 SGB XI

Die Umsetzung führt in der Verwaltung der Pflegekassen auf Bundesebene für die Erarbeitung des Verfahrens zu einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 9 000 Euro und geringfügigen jährlichen Erfüllungsaufwendungen für die Berichterstattung. Auf Landesebene ist mit einem einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 250 000 Euro in der Antragsbearbeitung zu rechnen.

12. Antragsbearbeitung nach § 8 Absatz 7 SGB XI

Die Bearbeitung der Anträge nach § 8 Absatz 7 SGB XI (Prüfung sowie Auszahlung der Förderung) erfolgt durch die Landesverbände der Pflegekassen. Ihnen entsteht damit ein Erfüllungsaufwand. Die Antragsbearbeitung kann durch Mitarbeiter des mittleren Dienstes in der Sozialversicherung durchgeführt werden. Damit ergeben sich durchschnittliche Lohnkosten von 36 Euro pro Stunde (Statistisches Bundesamt, Stand 2017). In der Summe ergibt sich begrenzt auf die Jahre 2019 bis 2024 ein Erfüllungsaufwand für die Landesverbände der Pflegekassen in Höhe von 178 000 Euro pro Jahr, insgesamt 1 068 000 Euro.

13. Antragsbearbeitung nach § 8 Absatz 8 SGB XI

Die Bearbeitung der Anträge gemäß § 8 Absatz 8 SGB XI (Prüfung sowie Auszahlung der Förderung) erfolgt durch die Landesverbände der Pflegekassen. Ihnen entsteht damit ein Erfüllungsaufwand. In der Summe ergibt sich ein jährlicher Erfüllungsaufwand für die Landesverbände der Pflegekassen in Höhe von 119 000 Euro.

14. Leistungen bei häuslicher Pflege (§ 37 Absatz 3 Sätze 5 und 6 neu SGB XI)

Für die Pflegekassen ist mit einem einmaligen Erfüllungsaufwand von rund 24 600 Euro zu rechnen.

15. Leistungen bei häuslicher Pflege (§ 37 Absatz 3 Satz 7 – neu – SGB XI)

Die Landesverbände der Pflegekassen haben unter Berücksichtigung der für Pflegedienste vereinbarten Vergütungssätze die Vergütungen für die Beratung nach § 37 Absatz 3 für sonstige Beratungsstellen festzulegen und zu veröffentlichen. Dafür ist von einem einmaligen Erfüllungsaufwand von rund 8 200 Euro auszugehen.

16. Leistungen bei häuslicher Pflege (§ 37 Absatz 5a – neu – SGB XI)

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Ergebnisse der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI. Dies löst einen einmaligen Erfüllungsaufwand für Vorbereitung und Abschluss der Richtlinien aus. Dafür ist ein Aufwand von ca. 5 000 Euro zu Grund zu legen.

17. Leistungen für Pflegepersonen (§ 44 Absatz 5 Sätze 4 und 5 SGB XI)

Es entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 70 400 Euro für die 110 Pflegekassen für die Programmierung oder Anschaffung von Software zur Automatisierung der Mitteilungen an die Beihilfefestsetzungsstellen oder die Dienstherren.

18. Differenzierung bezüglich des Entlastungsbetrags (§ 45b SGB XI)

Den Anbietern, für deren Leistungen der Entlastungsbetrag eingesetzt wird, entsteht ein einmaliger, nicht quantifizierbarer Umstellungsaufwand für die Änderung der Abrechnungsfomulare. Bei den Pflegekassen entsteht für die Belegbearbeitung ebenfalls ein nicht quantifizierbarer jährlicher Erfüllungsaufwand.

5.3.2 Erfüllungsaufwand für den Bund

Für das Bundesministerium für Gesundheit entsteht ein dauerhafter Erfüllungsaufwand für die Laufzeit des Strukturfonds aufgrund der Notwendigkeit, die Durchführung des Fonds zu begleiten und zwischen dem Bundesversicherungsamt (BVA) und den Ländern zu koordinieren. Der Mehraufwand wird im Rahmen vorhandener Stellen und Mittel des Einzelplans 15 gedeckt.

Dem BVA entsteht vorübergehend Personalmehraufwand. Dieser wird sich nach den bisherigen Erfahrungen mit der Umsetzung des Krankenhausstrukturfonds auf Grund einer ersten vorläufigen Schätzung des BVA in einer Größenordnung von 38 Personenjahren über die gesamte Bearbeitungszeit hinweg bewegen und somit insgesamt rund 2,5 Millionen Euro betragen. Außerdem entsteht dem BVA durch die Beauftragung einer Auswertung zu den durch den Strukturfonds bewirkten Strukturverbesserungen Aufwand. Dieser dürfte den Betrag von 250 000 Euro nicht übersteigen. Der dem BVA entstehende Erfüllungsaufwand wird vollständig aus den von der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung zu stellenden Mitteln in Höhe von insgesamt zwei Milliarden Euro gedeckt.

Für die Rechtsvertretung des Pflegevorsorgefonds entstehen dem BVA geringfügige, nicht bezifferbare Mehrausgaben in Abhängigkeit von der Häufigkeit von Vertretungsanlässen.

Aus der vorgesehenen gesetzlichen Regelung zum Infektionsschutzgesetz entstehen keine direkten Erfüllungsaufwände auf Bundesebene.

5.3.3 Erfüllungsaufwand für die Länder

Den Ländern entsteht Erfüllungsaufwand durch die Stellung von Anträgen auf Förderung von Vorhaben aus dem Strukturfonds. Der administrative Aufwand hierfür ist zum einen abhängig von der Zahl und Komplexität der von einem Land gestellten Anträge, außerdem ist maßgeblich, in welchem Umfang bereits Vorarbeiten für einzelne Vorhaben geleistet worden sind sowie welcher Aufwand zur Durchführung des Verwaltungsverfahrens des BVA erforderlich ist. Nach den bisherigen Erfahrungen mit der Durchführung des Strukturfonds unterscheiden sich die geförderten Vorhaben sowohl hinsichtlich ihres Umfangs und ihrer Komplexität, als auch hinsichtlich des Aufwands für die Durchführung des Verwaltungsverfahrens beim BVA so erheblich, dass die Bildung eines Durchschnittswerts für den je Vorhaben entstehenden administrativen Aufwand nicht möglich ist. Hinzu kommt, dass keine Erfahrungswerte zu der Frage vorliegen, welcher Aufwand für die Stellung von Anträgen in Bezug auf die neuen Fördertatbestände der Bildung von Zentren für schwerwiegende oder seltene Erkrankungen, der Bildung integrierter Notfallzentren, der Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern oder der Förderung von Ausbildungsstätten für Pflegeberufe erforderlich ist. Daher kann der hierdurch für die Länder entstehende Erfüllungsaufwand nicht abgeschätzt werden. Für die Prüfung der Verwendung der Fördermittel entsteht je Vorhaben ein einmaliger geringer Erfüllungsaufwand, der 2 000 Euro nicht übersteigen dürfte.

Im Zusammenhang mit der neuen Pflegepersonalkostenvergütung in den somatischen Krankenhäusern entsteht den Landesbehörden ab dem Jahr 2019 jährlicher Erfüllungsaufwand. Dieser beläuft sich ab dem Jahr 2021 auf jährlich rund 16 500 Euro. In den Übergangsjahren 2019 und 2020 ist dieser Betrag aufzuteilen, da das Pflegebudget erstmals für das Jahr 2020 zu vereinbaren ist und die Vereinbarung möglichst prospektiv bereits im Jahr 2019 getroffen werden sollte.

Aus der vorgesehenen gesetzlichen Regelung in § 36 IfSG können Kosten für die Länder entstehen. Ärztliche Untersuchungen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst hängen aber von dem Gebrauchmachen der Länder von der in § 36 Absatz 6 IfSG neu eingefügten Verordnungsermächtigung ab, die dann die Kosten nach § 69 IfSG tragen. Da somit auf der Länderebene ein weiter Ermessensspielraum besteht, ist der dadurch ggf. entstehende Aufwand nicht quantifizierbar. Der Erfüllungsaufwand für die Länder aus § 36 Absatz 8 IfSG ist momentan nicht ermittelbar, da nicht vorhersehbar ist, ob und in welchem Umfang von der Ermächtigung nach § 36 Absatz 6 oder Absatz 7 IfSG Gebrauch gemacht wird. Die Möglichkeit der Subdelegation erschwert die Abschätzung des Erfüllungsaufwands zusätzlich. Durch die Änderung von § 23 IfSG entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

6. Weitere Kosten

Durch die Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Familie in ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenpflege gemäß § 8 Absatz 7 SGB XI wird die Wirtschaft im Zeitraum 2019 bis 2024 jährlich um bis zu 100 Millionen Euro entlastet.

Durch den einmaligen Zuschuss in Höhe von bis zu 12 000 Euro pro ambulanter und stationärer Einrichtung der Altenpflege wird die Wirtschaft im Zeitraum 2019 bis 2021 um bis zu 312 Millionen Euro entlastet.

Die sich aus diesem Gesetz ergebenden Mehraufwendungen für die private Krankenversicherung belaufen sich auf bis zu eine Million Euro im Jahr 2018, auf rund 35 Millionen Euro im Jahr 2019, auf rund 60 Millionen Euro im Jahr 2020, auf rund 70 Millionen Euro im Jahr 2021 und auf rund 85 Millionen Euro im Jahr 2022.

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich aus der anteiligen Mitfinanzierung der rund 13 000 zusätzlichen Stellen Mehrausgaben von rund 44 Millionen Euro jährlich. Aus der anteiligen Mitfinanzierung der Fördermaßnahmen zur Digitalisierung entstehen in den Jahren 2019 bis 2021 Mehraufwendungen von insgesamt bis zu 22 Millionen Euro. Aus der anteiligen Mitfinanzierung der Fördermaßnahmen der Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Familie entstehen Mehraufwendungen von jeweils bis zu 7 Millionen Euro in den Jahren 2019 bis 2024. Durch die Wegekostenzuschläge nach § 89 Absatz 3 können sich jährliche Mehrausgaben von 2 bis 3 Millionen Euro ergeben.

Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau sind wegen des geringen Umfangs der finanziellen Auswirkungen im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt nicht zu erwarten.

7. Weitere Gesetzesfolgen

Keine.

VII. Befristung; Evaluierung

Die Fortführung des Krankenhausstrukturfonds wird begleitend evaluiert. Dabei werden jährlich, erstmals zum 31.12.2020, Zwischenberichte vorgelegt. Die Bundesregierung wird prüfen, ob und inwieweit die Fortführung und Erweiterung des Strukturfonds zu einer Strukturverbesserung führt. Als Datengrundlage kommen hierbei insbesondere die Entwicklung der Krankenhaus- und Bettendichte im internationalen Vergleich, insbesondere unter dem

Gesichtspunkt, inwieweit Regionen mit hoher Krankenhaus- und Bettendichte von einem Rückgang der Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten betroffen sind, die Auswirkungen auf die Zahl kleiner, wenig spezialisierter Krankenhäuser sowie die Auswirkungen auf die Erreichbarkeit der Krankenhausstandorte u. ä. Zudem wird sie untersuchen, welcher Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft und die Verwaltung mit der Durchführung des Krankenhausstrukturfonds verbunden ist und ob dieser in einem angemessenen Verhältnis zu der Zielsetzung der Regelung steht.

Die Vertragspartner auf Bundesebene werden verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit über die Auswirkungen der Einführung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen und -kosten für den Zeitraum von 2020 bis 2024 zu berichten. Ein Zwischenbericht ist zum 31. August 2021 vorzulegen; der abschließende Bericht bis zum 31. August 2025.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 1

(Zu § 17a)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Da zum Teil unterschiedliche Rechtsauffassungen hinsichtlich der Frage bestehen, ob bei der Verhandlung der Ausbildungsbudgets auch Ausbildungsberufe zu berücksichtigen sind, bei denen die jeweiligen berufsspezifischen Gesetze keine Ausbildungsvergütungen vorsehen, wird klargestellt, dass eine Finanzierung der von den Krankenhäusern gezahlten Ausbildungsvergütungen für alle in § 2 Nummer 1a genannten Berufe über Ausbildungsbudgets zu erfolgen hat. Für eine Berücksichtigung in den Ausbildungsbudgets ist es unerheblich, ob die Zahlung von Ausbildungsvergütungen durch die Krankenhäuser auf der Grundlage der jeweiligen Berufsgesetze oder tarifvertraglichen oder anderen Vereinbarungen erfolgt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Da Auszubildende in der Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege und in der Krankenpflegehilfe im praktischen Teil ihrer Ausbildung in bestimmtem Umfang die Arbeitskraft einer voll ausgebildeten Pflegekraft ersetzen, werden ihre Ausbildungsvergütungen nach geltender Rechtslage für die gesamte Dauer der Ausbildung lediglich anteilig durch die Kostenträger refinanziert. So gilt in der Krankenpflege und in der Kinderkrankenpflege derzeit ein gesetzlicher Anrechnungsschlüssel von 9,5 zu 1 und in der Krankenpflegehilfe von 6 zu 1.

Die Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Krankenpflege, in der Kinderkrankenpflege und in der Krankenpflegehilfe werden zukünftig im ersten Jahr der Ausbildung vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Im zweiten und dritten Jahr der Ausbildung in der Krankenpflege oder der Kinderkrankenpflege finden die jeweiligen Anrechnungsschlüssel weiterhin Anwendung. Diese Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass voll ausgebildete Pflegekräfte von Berufsanfängern im ersten Ausbildungsjahr in der Regel in einem geringeren Umfang entlastet werden als dies bei Auszubildenden im zweiten oder dritten Jahr der Ausbildung der Fall ist. Aus demselben Grund gilt in der Ausbildung zur Krankenpflegehilfe, die in der Regel ein oder zwei Jahre dauert, der Anrechnungsschlüssel nach dem ersten Jahr der Ausbildung.

Die Regelung gilt erstmals für das Ausbildungsbudget für das Jahr 2019.

Im Wege der Rechtsbereinigung wird bei dem neu gefassten Satz 3 zudem darauf verzichtet, den bis zum Ende des Jahres 2004 gültigen Anrechnungsschlüssel in der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege (7 zu 1) zu nennen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine rechtliche Klarstellung dahingehend, dass Ausbildungsbudgets entsprechend den tatsächlichen Kostenzuwächsen von den Vertragsparteien auf der Ortschaftsebene zu vereinbaren sind und die Budgets nicht von dem Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 KHEntgG, der sogenannten Obergrenze, begrenzt werden. Hierzu hatte es in der Praxis unterschiedliche Rechtsauffassungen gegeben.

Zu Nummer 2

(Zu § 17b)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung einer geänderten Pflegepersonalkostenvergütung durch Absatz 4.

Zu Buchstabe b

Absatz 4 beauftragt die Vertragspartner auf Bundesebene im Rahmen eines lernenden Systems mit der Schaffung der Grundlagen für eine Pflegepersonalkostenvergütung, die den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf in der Patientenversorgung berücksichtigt. Ziel ist es, Pflegepersonalkosten zukünftig besser und unabhängig von Fallpauschalen zu vergüten. Zugleich sollen die Transparenz und Leistungsorientierung der pflegerischen Versorgung gestärkt werden. Hierzu wird die Krankenhausvergütung beginnend ab dem Jahr 2020 auf eine Kombination des DRG-Systems mit einer krankenhausindividuellen Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Als Voraussetzung hierfür sind die in den Bewertungsrelationen des DRG-Systems enthaltenen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung zu ermitteln und auszugliedern.

Mit Satz 1 werden die Vertragsparteien auf Bundesebene, die DKG, der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung, beauftragt, die Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung aus dem DRG-System auszugliedern, also die Bewertungsrelationen der bundesweiten DRG-Fallpauschalen und die Höhe der Zusatzentgelte um die hierin enthaltenen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung zu mindern. Zugleich ist auf Basis der ausgegliederten Kosten ein Pflegeerlöskatalog als Grundlage für eine tagesbezogene Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln (siehe dazu Satz 5). Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben die hierfür notwendigen Maßnahmen auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu treffen.

Die Ausgliederung ist für die Pflege in der Patientenversorgung vorzunehmen. Umfasst hiervon ist die voll- und teilstationäre pflegerische Patientenversorgung durch Pflegepersonal, die auch die Versorgung in Intensivpflege- und -behandlungseinheiten sowie Dialysestationen umfasst.

Für die Ausgliederung ist eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung zu treffen. Daher präzisiert Satz 2 die Aufgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene dahingehend, dass sie insbesondere bis zum 31. Januar 2019 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu vereinbaren haben. Hierzu ist auch eine Definition intensivmedizinischer

Behandlungseinheiten erforderlich. In der Folge sind Anpassungen der Kalkulationsgrundlagen und – soweit erforderlich – bestehender Vereinbarungen (z. B. Vereinbarung nach § 17b Absatz 1 Satz 6, nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 KHEntgG und nach § 9 Absatz 1c KHEntgG) vorzunehmen.

Die bundeseinheitliche Definition der Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung ist auch für die Vereinbarung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG durch die Vertragsparteien vor Ort verbindlich.

Satz 3 gibt vor, dass die von den Vertragsparteien auf Bundesebene getroffenen Vorgaben rückwirkend ab dem 1. Januar 2019 von allen Krankenhäusern für die Abgrenzung der Betriebskosten und der Leistungen anzuwenden sind. Durch diese in jedem Krankenhaus vorzunehmende Abgrenzung wird für die Vereinbarung des Pflegebudgets eine den Anforderungen des § 6a Absatz 2 Satz 1 KHEntgG entsprechende Ausgangsbasis gewährleistet. Die Krankenhäuser haben die Leistungsdaten wie bereits bisher nach § 21 KHEntgG an die Datenstelle des InEK zu liefern.

Für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System sind die von den Kalkulationskrankenhäusern an das InEK zu liefernden Kosten- und Leistungsdaten in der geänderten Abgrenzung heranzuziehen. Die Kostendaten für das Pflegepersonal sind wie bereits bisher, zusammen mit anderen Kalkulationsdaten, an das InEK zu liefern.

Nach Satz 4 sind für die erstmalige Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für das Jahr 2020 die maßgeblichen DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte sind um den in den Bewertungsrelationen des DRG-Systems enthaltenen Pflegeaufwand in der Patientenversorgung zu reduzieren und die Fallpauschalenvereinbarung ist mit entsprechend geminderten Bewertungsrelationen und Zusatzentgelten erstmals bis zum 30. September 2019 zu vereinbaren. Durch die Minderung der Gesamtsumme der Bewertungsrelationen des DRG-Systems um die Summe der Bewertungsrelationenanteile für den Pflegepersonalaufwand ist eine Minderung der Landesbasisfallwerte nicht erforderlich. Auch durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten entstehende mögliche Katalogeffekte sind nicht durch eine Minderung oder Erhöhung der Landesbasisfallwerte zu berücksichtigen (siehe dazu auch § 10 Absatz 4 Satz 5 – neu – KHEntgG). Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben zu gewährleisten, dass durch die Änderungen keine Doppelfinanzierung von Leistungen oder Mehrausgaben jenseits der Finanzierung des Pflegepersonalaufwands in der Patientenversorgung entstehen. Dabei erfolgt die Kalkulation der neuen Pflegepersonalkostenvergütung im Rahmen eines lernenden Systems. Für die Berechnung des ersten Pflegeerlöskatalogs können die zum Zeitpunkt der ersten Kalkulation verfügbaren Daten aus dem Jahr 2018 genutzt werden. Das InEK hat die Höhe und die Art der auszugliedernden Kosten des Pflegeerlöskatalogs jährlich zu prüfen und den Pflegeerlöskatalog weiterzuentwickeln. Zu erwarten ist, dass die Datengrundlage sukzessive besser wird und auf dieser Grundlage ein kontinuierlich belastbarer Pflegeerlöskatalog kalkuliert wird. Die Erkenntnisse aus den Daten nach § 6a Absatz 3 KHEntgG sind zu berücksichtigen. Die nach § 17b Absatz 3 Satz 3 zu berücksichtigende Repräsentativität ist auch bei den Pflegepersonalkosten hinsichtlich deren Art und Umfang zu berücksichtigen. Die Ergebnisse der Kalkulation sind vom InEK in seinem jährlichen Abschlussbericht zur Kalkulation des Vergütungssystems zu veröffentlichen.

Mit dem Ziel der Verbesserung der Transparenz und Leistungsorientierung gibt Satz 5 vor, dass der auszugliedernde Pflegepersonalaufwand bis zum 30. September 2019 in einem bundeseinheitlichen Pflegeerlöskatalog, der auf Bewertungsrelationen je voll- oder teilstationärem Belegungstag beruht, auszuweisen ist. Der Katalog ist nach Satz 6 jährlich weiter zu entwickeln, da die Höhe der aus dem DRG-Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten Veränderungen unterliegt.

Nach Satz 7 ist die neue Pflegepersonalkostenvergütung erstmals für das Jahr 2020 anzuwenden. Hierfür ist ein von den Vertragsparteien vor Ort vereinbartes, krankenhausindividuelles Pflegebudget unter Nutzung des Pflegeerlöskatalogs nach Satz 5 abzuzahlen.

Durch Absatz 4 wird das DRG-Vergütungssystem umfassend verändert. Für diesen Veränderungsprozess gelten daher die Vorgaben nach Absatz 2 entsprechend: Für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und die Entwicklung einer neuen Personalvergütung nach Satz 1 sowie für die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Definition nach Satz 2 gelten die Regelungen nach Absatz 2 Satz 4 bis 7 zur Einbindung der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, zur Beschlussfassung, zu den Teilnahme- und Zugangsrechten des Bundesministeriums für Gesundheit entsprechend. Für die Ausweisung und Weiterentwicklung nach Satz 5 gelten die Veröffentlichungspflichten nach Absatz 2 Satz 8 entsprechend.

Mit den Sätzen 9 und 10 werden die Vertragspartner auf Bundesebene verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit über die Auswirkungen der Einführung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen und -kosten zu berichten. Dabei sind die Jahre 2020 bis 2024 in den Blick zu nehmen. Für den Bericht können sie u. a. die ihnen ohnehin vorliegenden Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes nutzen. Diese umfassen u. a. die Anzahl der im Pflegedienst beschäftigten Personen umgerechnet auf Vollkräfte und differenziert nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen. Zusätzliche Datenerhebungen oder -übermittlungen sind daher nicht erforderlich. Die Vertragspartner auf Bundesebene haben einen Zwischenbericht zum 31. August 2021 vorzulegen, in dem die ersten Auswirkungen der Einführung des Pflegebudgets dargestellt werden können. Der abschließende Bericht ist zum 31. August 2025 vorzulegen, so dass dieser die Entwicklungen bis einschließlich zum Jahr 2024 enthält.

Zu Buchstabe c

Die Arbeiten im Zusammenhang mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und der Einführung einer gesonderten Pflegepersonalkostenvergütung durch Absatz 4 Satz 1 sind mit dem DRG-Systemzuschlag zu finanzieren.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 1

(Zu § 12a)

Die Vorschrift enthält die maßgeblichen gesetzlichen Grundlagen für die Fortführung des Krankenhausstrukturfonds ab dem Jahr 2019. Sie orientiert sich im Wesentlichen an der Regelung des § 12 und trägt insbesondere den Besonderheiten hinsichtlich des Förderbetrags und der Förderzeiträume Rechnung.

Zu Absatz 1

Die Mittel für den Krankenhausstrukturfonds werden diesem ab dem Jahr 2019 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt. Dies entspricht der bisherigen Ausgestaltung des Krankenhausstrukturfonds. Die Zuführung erfolgt jährlich bis zu einem Betrag von 500 Millionen Euro. An der Finanzierung des Krankenhausstrukturfonds ist wie bisher auch die landwirtschaftliche Krankenkasse beteiligt. Satz 4 bringt zum Ausdruck, dass die Mittel des Krankenhausstrukturfonds über die Förderung von Schließungen, Konzentrationen und Umwandlungen akutstationärer Versorgungskapazitäten hinaus auch zur Förderung gesundheitspolitisch besonders herausragender Zwecke genutzt werden können. Hierzu gehören die Förderung der wettbewerbsrechtlich zulässigen Bildung von Zentren zur Behandlung seltener, komplexer oder schwerwiegender Erkrankungen, von zentralisierten Notfallstrukturen sowie der Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern oder

die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für Krankenpflegeberufe. Sowohl bei der Bildung von Verbänden und Zentren sowie bei Kooperationen ist das Wettbewerbsrecht zu beachten.

Das Nähere hierzu wird durch eine entsprechende Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung geregelt (vgl. Artikel 5).

Zu Absatz 2

Von dem Gesamtförderbetrag in Höhe von zwei Milliarden Euro zuzüglich einer möglichen finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen stehen in den Jahren 2019 bis 2022 jährlich jeweils 500 Millionen Euro, abzüglich der notwendigen Aufwendungen des BVA für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung mittels des Krankenhausstrukturfonds und abzüglich der Aufwendungen für die Auswertung des durch die Förderung bewirkten Strukturwandels, für die Förderung von Vorhaben der Länder zur Verfügung. Die vorgenannten Aufwendungen sind gleichmäßig auf diesen Zeitraum zu verteilen. Der verbleibende Betrag wird, wie bisher auch, grundsätzlich nach dem Königsteiner Schlüssel auf die einzelnen Länder verteilt, allerdings mit der Besonderheit, dass 5 Prozent der zur Verfügung stehenden Fördermittel für länderübergreifende Vorhaben zu verwenden sind. Die Umsetzung strukturverbessernder Vorhaben soll nicht deshalb unterbleiben, weil sich die beteiligten Krankenhäuser in unterschiedlichen Ländern befinden. Auf diesen Teil der Fördermittel können alle Länder zugreifen, eine Quotierung findet insoweit nicht statt. Maßgeblich ist aus Gründen der haushaltsrechtlichen Planbarkeit für die Länder der Königsteiner Schlüssel nach dem Stand vom 1. Oktober 2018.

Hat ein Land den ihm zustehenden Anteil der Fördermittel im Lauf eines Jahres nicht ausgeschöpft, bleibt ihm dieser Anteil bis zum 31. Dezember 2022 erhalten und kann durch bis zu diesem Zeitpunkt gestellte Anträge abgerufen werden. Fördermittel, für die zu diesem Zeitpunkt keine Anträge gestellt worden sind, verbleiben beim Gesundheitsfonds. Soweit diese Mittel auf den Finanzierungsanteil der privaten Krankenversicherungen entfallen, sind sie an diese zurückzuzahlen. Dies trägt den Erfahrungen mit der Durchführung des bisherigen Krankenhausstrukturfonds Rechnung. Nach Ablauf der Antragsfrist war nur ein geringer Teil der Fördermittel nicht von den Ländern abgerufen worden und war daher im Nachverteilungsverfahren zu verteilen. Der mit der Durchführung des Nachverteilungsverfahrens für das BVA und die Länder verbundene Verwaltungsaufwand stand jedoch in keinem angemessenen Verhältnis zu den Beträgen, die im Nachverteilungsverfahren auf die antragstellenden Länder entfielen. Daher ist es sachgerecht, dass ein eventuell verbleibender Restbetrag zur Vereinfachung des Verfahrens im Gesundheitsfonds verbleibt.

Zu Absatz 3

Für die Zuteilung von Fördermitteln gelten in den Jahren 2019 bis 2022 grundsätzlich die gleichen Voraussetzungen wie im Zeitraum nach 2016. Die Regelung enthält die notwendigen Anpassungen des § 12 Absatz 2 aufgrund des geänderten Förderzeitraums. Klargestellt wird, dass die Ko-Finanzierung der Vorhaben in Höhe von mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten mindestens zur Hälfte von den Ländern zu tragen ist. Eine überwiegende Ko-Finanzierung durch den Krankenhausträger ist daher nicht möglich. Vielmehr bleibt es bei dem Grundsatz, dass die zu fördernden Vorhaben je zur Hälfte aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und aus Mitteln der Länder zu finanzieren sind. Da im maßgeblichen Zeitraum, für den die Länder ihr Investitionsniveau im Krankenhausbereich beizubehalten haben, keine Zuweisungen nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes in die Landeshaushalte mehr einzustellen waren, ist auch eine Bezugnahme auf diese Vorschrift entbehrlich. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung sieht Satz 7 vor, dass die dem Bundesversicherungsamt nach dem 31. Dezember 2020 entstehenden Aufwendungen für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung nach § 12 aus dem in Absatz Satz 1 genannten Betrag gedeckt werden. Andernfalls müssten diese

Aufwendungen bis zur endgültigen Abwicklung der Förderung nach § 12 gesondert ermittelt und müssten gesonderte Mittel hierfür vorgehalten werden.

Zu Absatz 4

Die Regelung enthält die Ermächtigung, in der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung auch das Nähere zu den Kriterien und Voraussetzungen der Förderung ab dem Jahr 2019 zu regeln.

Zu Nummer 2

(Zu § 14)

Die Regelung enthält die notwendigen Anpassungen an den neuen Förderzeitraum. Die Auswertung der strukturverbessernden Wirkungen der Förderung nach § 12a soll im gleichen Verfahren erfolgen wie für die Förderung nach § 12. Zur Vereinfachung des Verfahrens wird geregelt, dass die für die Auswertung des durch die Förderung bewirkten Strukturwandels erforderlichen Daten künftig von den Ländern auf Anforderung dem BVA zu übermitteln sind und nicht mehr der beauftragten Stelle. Das BVA leitet die Daten gebündelt an die mit der Auswertung beauftragte Stelle weiter. Satz 4 sieht aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung vor, dass die Aufwendungen für die Auswertung der Förderung nach § 12 nur bis zum 31. Dezember 2020 aus dem in § 12 Absatz 2 Satz 1 und 2 genannten Betrag gedeckt werden. Andernfalls müssten diese Aufwendungen bis zur endgültigen Abwicklung der Förderung nach § 12 gesondert ermittelt und müssten zur Deckung dieser Aufwendungen gesonderte Mittel vorgehalten werden. Nach diesem Zeitpunkt werden die Aufwendungen für die Auswertung der Förderung einheitlich aus dem in § 12a Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag gedeckt.

Zu Nummer 3

(Zu § 17b)

Der in Absatz 3 Satz 4 hergestellte Bezug auf die Absätze 4 und 6 ist nicht mehr gegeben, da diese Absätze bereits mit dem Krankenhausstrukturgesetz aufgehoben wurden. Auch in Satz 5 wird auf einen zwischenzeitlich abgeschlossenen Sachverhalt Bezug genommen, so dass Satz 5 ebenfalls aufgehoben werden kann.

Zu Nummer 4

(Zu § 17c)

Die Pflegesätze sind für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen. Insofern sind für Krankenhäuser auch die Voraussetzungen zu schaffen, für die bei privaten Versicherungsunternehmen versicherten Patientinnen und Patienten die zusätzliche Vergütung für einen bestehenden erhöhten Pflegeaufwand bei vorliegender Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) auf einer gesicherten Basis abrechnen zu können. Dazu ist es erforderlich, dass bei einer dem Krankenhaus vorliegenden Einwilligung der Patientin oder des Patienten zur direkten Abrechnung des Krankenhauses mit dem privaten Krankenversicherungsunternehmen die Unternehmen der privaten Krankenversicherungen ebenso wie die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet werden, den Krankenhäusern die hierfür erforderlichen Informationen zur Pflegebedürftigkeit der bei ihnen versicherten Patientinnen und Patienten nach § 301 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) mitzuteilen.

Zu Nummer 5

(§ 18)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung einer gesonderten Pflegepersonal-kostenvergütung durch § 17b Absatz 4, die über § 6a KHEntgG für die Höhe von mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten des Pflegeerlöskatalogs eine krankenhausesindividuelle Vereinbarung vorsieht.

Zudem handelt es sich um eine Folgeänderung der mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vorgenommenen Umwandlung des Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser von einem Preissystem in ein Budgetsystem. Durch diese Umwandlung ist eine Vereinbarung eines landeseinheitlichen Preisniveaus nicht mehr erforderlich. Die Änderung trägt diesem Sachverhalt Rechnung und hebt den inzwischen fehlerhaften Verweis auf.

Zu Nummer 6

(Zu § 28)

Die Änderung berücksichtigt, dass nach der erstmaligen Vereinbarung eines Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG als neue Entgeltart krankenhausesindividuell zu vereinbarenden tagesbezogenen Entgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets gezahlt werden.

Zu Artikel 3 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum Wegfall des Anrechnungsschlüssels für das erste Ausbildungsjahr in der Krankenpflegehilfe. Die Ausbildung in der Krankenpflegehilfe dauert in der Regel ein oder zwei Jahre. Die Regelung gewährleistet, dass der Anrechnungsschlüssel im ersten Jahr der Ausbildung nicht gilt, sondern erst danach Anwendung findet. Es wird sichergestellt, dass die entsprechende Änderung des Artikels 1 Nummer 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb für die Krankenpflegehilfe ab 2. Januar 2019 auch dauerhaft Eingang in das KHG findet. Aufgrund der Änderung des KHG durch Artikel 6 des Pflegeberufereformgesetzes, der zum 1. Januar 2019 in Kraft tritt, wäre dies ansonsten nicht gewährleistet, da dort ein Anrechnungsschlüssel für alle drei Jahre der Ausbildung vorgesehen ist.

Zu Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Nummer 1

(Zu § 3)

Durch die Regelung wird die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen umgesetzt. Durch die insoweit verbesserte Tarifrefinanzierung steigt der Prozentsatz, um den der Gesamtbetrag nach § 3 Absatz 2 oder Absatz 3 zu erhöhen ist, gegenüber der bisherigen, für alle Berufsgruppen hälftigen Tarifrefinanzierung an. Eine Erhöhung der Erlössumme, die sowohl Personal- als auch Sachkosten umfasst, um 55 Prozent der Erhöhungsrates entspricht einer vollständigen Tarifrefinanzierung beim Pflegepersonal und einer – bereits bislang geltenden – hälftigen Tarifrefinanzierung für den übrigen nichtärztlichen und für den ärztlichen Personalbereich. Dabei sind die unterschiedlichen Anteile der drei Personalbereiche an den Gesamtpersonalkosten berücksichtigt.

Die vollständige Tarifrefinanzierung gilt für das Pflegepersonal unabhängig von seinem konkreten Einsatzgebiet im Krankenhaus. Auf die weiteren Ausführungen im Zusammenhang mit der Neufassung von § 10 Absatz 5 Satz 2 KHEntgG wird verwiesen.

Zu Nummer 2

(Zu § 11)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung der vollständigen Tarifierfinanzierung für das Pflegepersonal. Um sicherzustellen, dass ein psychiatrisches oder psychosomatisches Krankenhaus die zusätzlichen Mittel, die es auf Grund der vollständigen Tarifierfinanzierung für das Pflegepersonal erhält, auch zur Finanzierung von Pflegepersonal einsetzt, sind nicht zweckentsprechend verwendete Mittel zurückzuzahlen. Dies haben die Vertragsparteien nach § 11 im Rahmen der Vereinbarung des Gesamtbetrags auf Grundlage von Informationen, die über den von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu gestaltenden Nachweis zu erheben und vorzulegen sind, festzulegen (siehe hierzu auch die Ausführungen zu § 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG).

Zu Buchstabe b

Durch die neue Nummer 3 haben Krankenhäuser zur Vorbereitung der jährlichen Verhandlung des Gesamtbetrags den übrigen Beteiligten zusätzlich zu den bislang vorzulegenden Unterlagen auch den Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der auf Grund der vollständigen Tarifierfinanzierung für das Pflegepersonal zusätzlich erhaltenen Mittel vorzulegen. Da die vollständige Tarifierfinanzierung für das Pflegepersonal erstmals für das Jahr 2018 gilt, ist der Nachweis ebenfalls erstmals für das Jahr 2018 vorzulegen. Obwohl die näheren Einzelheiten des Nachweises erst im Jahr 2019 von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbart werden, soll der Nachweis für das Jahr 2019, ebenso wie für die Folgejahre, frühestmöglich vorgelegt werden. Den konkreten Zeitpunkt der Vorlage haben die Vertragspartner auf Bundesebene im Rahmen der Vereinbarung über die näheren Einzelheiten des Nachweises (§ 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG) festzulegen. Der Nachweis ist die Grundlage für eine etwaige Rückzahlung, die die Vertragsparteien nach § 11 im Rahmen der Vereinbarung des Gesamtbetrags zu vereinbaren haben, soweit das Krankenhaus zusätzliche Mittel, die es auf Grund der vollständigen Tarifierfinanzierung für das Pflegepersonal erhalten hat, nicht zweckentsprechend verwendet hat (siehe auch Änderung zu Absatz 1).

Zu Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Zu Nummer 1

(Zu § 1)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung von Teil 2 in die Rechtsverordnung.

Zu Nummer 2

(Zu § 8)

Das Verfahren der Übermittlung der für die Auswertung der Wirkungen des Krankenhausstrukturfonds notwendigen Unterlagen wird aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung gestrafft. Künftig sind diese Unterlagen von den Ländern einheitlich an das BVA zu übermitteln und werden von diesem gebündelt an die mit der Auswertung beauftragte Stelle weitergeleitet.

Zu Nummer 3

(Zu § 10)

Die Regelungen zur Durchführung des Krankenhausstrukturfonds für den Zeitraum ab 2019 werden im Zweiten Teil der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung geregelt.

Zu Nummer 4

(Zu den §§ 11 bis 18)

Zu § 11

Die Vorschrift regelt die Einzelheiten zu den ab dem Jahr 2019 förderungsfähigen Vorhaben. Die strukturverbessernden Wirkungen insbesondere der neuen Fördertatbestände können dazu beitragen, die Zahl ausgebildeter Pflegekräfte zu vergrößern und das vorhandene Pflegepersonal effizienter einzusetzen. Auf diese Weise kann durch die Ausgestaltung des fortgeführten Krankenhausstrukturfonds ein Beitrag zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung geleistet werden.

Nach Nummer 1 sind die dauerhafte Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen akutstationärer Versorgungseinrichtungen eines Krankenhauses weiterhin förderungsfähig. Insoweit gilt die bisherige Rechtslage fort. Wegen der pauschalierten Berechnung der im Fall einer Schließung förderungsfähigen Kosten (vgl. § 12 Absatz 1 Nummer 1), ist es künftig nicht mehr erforderlich, dass mindestens eine Abteilung eines Krankenhauses geschlossen wird. Dies trägt zur Verwaltungsvereinfachung bei.

Nummer 2 fokussiert die Förderung von wettbewerbsrechtlich zulässigen Konzentrationen akutstationärer Versorgungseinrichtungen auf solche, die aus gesundheitspolitischen Erwägungen in besonderem Maß förderungsfähig sind. Damit wird sichergestellt, dass mit den Mitteln des Krankenhausstrukturfonds möglichst durchgreifende strukturelle Verbesserungen erzielt werden.

Nach Buchstabe a kann insbesondere die Konzentration von akutstationären Versorgungseinrichtungen zur Behandlung schwerwiegender oder komplexer Erkrankungen gefördert werden. Ziel dieser Regelung ist, dass die Behandlung dieser Erkrankungen in Zentren gebündelt wird, die über die größtmögliche medizinische Kompetenz zur Behandlung solcher Erkrankungen verfügen. Da allgemeingültige Kriterien für die Abgrenzung schwerwiegender Erkrankungen nicht existieren, wird für die Förderungsfähigkeit an das Bestehen von Mindestmengen oder Mindestfallzahlen angeknüpft. Derartige Mindestmengen oder Mindestfallzahlen existieren typischerweise für solche Erkrankungen, deren Behandlung komplex und medizinisch anspruchsvoll ist, und bei denen das Erreichen der Mindestfallzahlen typischerweise zu Qualitätsverbesserungen führt. So hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Mindestmengen für komplexe Eingriffe an der Speiseröhre und an der Bauchspeicheldrüse, für Kniegelenk-Totalendoprothesen, für Leber-, Nieren- und Stammzelltransplantationen sowie für die Versorgung Früh- und Neugeborener mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1 250 Gramm beschlossen. Da eine Förderungsfähigkeit auch dann gegeben ist, wenn die Länder in ihren Krankenhausplänen Mindestfallzahlen für bestimmte Erkrankungen festgelegt haben, unterliegt es ihrem krankenhausesplanerischen Ermessen, für welche schwerwiegenden oder komplexen Erkrankungen eine Bildung von Zentren, etwa von Transplantationszentren, gefördert wird. Mindestfallzahlen können sich aus Studien und wissenschaftlichen Untersuchungen oder aus Leitlinien ergeben. Die Bildung derartiger Zentren trägt zum einen dazu bei, dass die beteiligten Versorgungseinrichtungen eher in der Lage sind, die maßgeblichen Mindestmengen oder Mindestfallzahlen zu erreichen.

Buchstabe b dient in gleicher Weise der Bildung von Zentren zur Behandlung seltener Erkrankungen, indem die Zusammenlegung akutstationärer Versorgungseinrichtungen zur Behandlung derartiger Erkrankungen gefördert wird. Nachhaltige Verbesserungen in Diagnostik und Therapie seltener Erkrankungen sind insbesondere durch eine Bündelung der medizinischen Behandlungskompetenz erreichbar.

Eine Zentralisierung der Behandlungskapazitäten für seltene, komplexe oder schwerwiegende Erkrankungen kann auch eine Verbesserung der Ausstattung mit dem erforderlichen Pflegepersonal bewirken. Dies ist bei der Behandlung dieser Erkrankungen von besonderer

Bedeutung, da hierfür in der Regel fachlich besonders geschultes Pflegepersonal erforderlich ist.

Nach Buchstabe c können auch Konzentrationen akutstationärer Versorgungseinrichtungen von Krankenhäusern gefördert werden, die eine dauerhafte Zusammenarbeit im Rahmen eines wettbewerbsrechtlich zulässigen Krankenhausverbunds vereinbart haben. Dies ermöglicht es den beteiligten Krankenhäusern, Doppelstrukturen in bestimmten Leistungsbereichen zu bereinigen, Leistungsschwerpunkte zu bilden und die Abstimmung von Kompetenzen untereinander voranzutreiben. Als Folge des Abbaus nicht bedarfsgerechter Doppelstrukturen kann auch das Pflegepersonal effizienter in den Verbundkrankenhäusern eingesetzt werden und auf diese Weise ein Beitrag zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung geleistet werden. Durch diese Förderung werden zugleich Anreize für die Krankenhäuser geschaffen, sich zu auf Dauer angelegten Krankenhausverbänden zusammenzuschließen.

Nach Nummer 3 wird – wie in der Vergangenheit auch – die Umwandlung eines Krankenhauses oder von akutstationären Versorgungseinrichtungen eines Krankenhauses in eine bedarfsnotwendige andere Fachrichtung oder in eine nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung gefördert. Die Regelung entspricht im Wesentlichen dem § 1 Absatz 1 Nummer 3. Klargestellt wird, dass die Umwandlung eines ganzen Krankenhauses in eine Einrichtung der sektorenübergreifenden Versorgung voraussetzt, dass mindestens die Hälfte der akutstationären Versorgungskapazitäten von der Umwandlung betroffen ist.

Die Förderung nach Nummer 4 dient der Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern, die als Kritische Infrastrukturen anzusehen sind, und der Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen.

Krankenhäuser mit mindestens 30 000 vollstationären Fällen im Jahr sind auf Grund des BSI-Gesetzes verpflichtet, bis zum 30. Juni 2019 organisatorische und technische Vorkehrungen zu treffen, um ihre IT-Systeme auf den Stand der Technik zu bringen. Die konkreten Anforderungen, die hiermit verbunden sind, werden zurzeit von den Fachkreisen erarbeitet und mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik abgestimmt. Die hieraus resultierenden Anpassungen im Hinblick auf Investitionen in die IT-Ausstattung und in baulicher Hinsicht können aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds gefördert werden. Wegen der überragenden Bedeutung der IT-Sicherheit Kritischer Infrastrukturen werden die betroffenen Krankenhäuser bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Verpflichtungen unterstützt. Voraussetzung für eine Förderung ist, dass die Maßnahmen unmittelbar durch die technischen Anforderungen an die IT-Sicherheit bedingt sind.

Ebenfalls gefördert werden kann die Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen zwischen Krankenhäusern. In Betracht kommen hierbei etwa telemedizinische Schlaganfallnetzwerke. Auf diese Weise kann die besondere medizinische Kompetenz etwa von spezialisierten Zentren auch für andere Krankenhäuser verfügbar gemacht werden. Hierdurch wird eine flächendeckende qualitativ hochwertige Versorgung gefördert. Sobald Dienste der Telematikinfrastuktur zur Verfügung stehen und für die Nutzung telemedizinischer Anwendungen geeignet sind, werden die telemedizinischen Netzwerkstrukturen nur gefördert, wenn sie diese Dienste nutzen. Hierdurch werden Insellösungen verhindert und Effizienzgewinne durch eine gemeinsame Infrastruktur ermöglicht. Solange noch keine Dienste der Telematikinfrastuktur zur Verfügung stehen, können alternative Dienste genutzt werden. Für die technische Ausgestaltung telemedizinischer Netzwerke sollen bestehende Standards und Vereinbarungen für telemedizinische Dienste, wie etwa die technischen Anforderungen in der „Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung“ zwischen GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 291g Absatz 1 SGB V, als Orientierungshilfe herangezogen werden.

Nach Nummer 5 kann die Bildung integrierter Notfallzentren gefördert werden. Integrierte Notfallzentren tragen zu einer Steigerung der Effizienz der Notfallversorgung und damit auch zu einer Entlastung des Pflegepersonals in den derzeitigen Notaufnahmen der Krankenhäuser bei, dass infolgedessen für andere pflegerische Aufgaben eingesetzt werden kann. Die Förderung der Bildung dieser Notfallzentren trägt der Zielsetzung des Koalitionsvertrags Rechnung, zur Verbesserung der Notfallversorgung integrierte Notfallzentren aufzubauen. Die erforderlichen rechtlichen Rahmenbedingungen werden im Rahmen der Umsetzung des Koalitionsvertrags geschaffen. Es ist Aufgabe der Länder, die Standorte dieser integrierten Notfallzentren planerisch festzulegen.

Nummer 6 enthält die notwendige Flankierung der Maßnahmen dieses Gesetzes zur Verbesserung der Pflegesituation in Krankenhäusern. Soweit Engpässe in Bezug auf die Ausstattung von Krankenhäusern mit Pflegepersonal auf unzureichenden Ausbildungskapazitäten beruhen, ist es sachgerecht, die Erweiterung bestehender oder die Schaffung neuer Ausbildungskapazitäten aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds zu fördern. Nicht förderungsfähig sind dagegen bloße Modernisierungsmaßnahmen bestehender Ausbildungsstätten.

Zu Absatz 2

Ebenso wie bisher werden zur Vermeidung von Mitnahmeeffekten aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds nur neue Vorhaben gefördert, d. h. Vorhaben, deren Umsetzung erst nach dem 1. Januar 2019 begonnen hat.

Zu Absatz 3

Die Regelung übernimmt die bisherige Rechtslage, wonach die Förderung eines Schließungsvorhabens ausgeschlossen ist, wenn ein zeitlicher und örtlicher Zusammenhang mit einem Kapazitätsaufwuchs besteht.

Zu § 12

§ 12 grenzt die im Einzelnen förderungsfähigen Kosten ab.

Zu Absatz 1

Nach Nummer 1 werden die förderungsfähigen Kosten im Fall einer vollständigen und ersatzlosen Schließung akutstationärer Einrichtungen eines Krankenhauses aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung pauschaliert. Dies vereinfacht die Stellung von Förderanträgen durch die Länder, da eine detaillierte Ermittlung der Kosten einer Schließung nicht mehr erforderlich ist. Ebenso wird die Antragsprüfung und -entscheidung durch das BVA vereinfacht und beschleunigt. Die Vorschrift sieht gestaffelte Förderbeträge vor, um Anreize für einen Abbau nicht bedarfsgerechter Krankenhausbetten zu schaffen. Nicht förderungsfähig ist ein Bettenabbau im Bagatellbereich von bis zu zehn Krankenhausbetten, da hiervon keine ausreichend wirksamen strukturellen Verbesserungen ausgehen. Auf Grund dieser gestaffelten Pauschalierung ist das bisherige Kriterium, dass mindestens eine Abteilung geschlossen werden muss, entbehrlich. Die hiermit verbundenen Abgrenzungsfragen entfallen daher künftig. Die Höhe der Pauschalbeträge orientiert sich an entsprechenden Regelungen in den Krankenhausgesetzen der Länder und an den Erfahrungen mit der Durchführung des Krankenhausstrukturfonds.

Von einer Pauschalierung ausgenommen sind die Kosten, die bei einer vollständigen, ersatzlosen Schließung eines ganzen Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts entstehen. Die in diesen Fällen entstehenden Kosten, insbesondere die Kosten für Sozialpläne oder Ablösezahlungen an Einrichtungen der betrieblichen Altersversorgung lassen sich durch Pauschalbeträge nicht sachgerecht abbilden. In diesen Fällen sind daher wie bisher die gesamten mit der Schließung verbundenen Kosten förderungsfähig.

Nummer 2 übernimmt die bisherige Rechtslage zu den förderungsfähigen Kosten bei Konzentrations- und Umwandlungsmaßnahmen und erweitert diese auf Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallzentren.

Soweit ein Konzentrationsvorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 die dort in den Buchstaben a bis c genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, richtet sich nach Nummer 3 die Höhe der förderungsfähigen Kosten nach Absatz 1. Das bedeutet, dass solche Vorhaben mit den in Absatz 1 aufgeführten Pauschalbeträgen je abgebautem Bett gefördert werden. Wird im Zusammenhang mit dem Vorhaben ein ganzes Krankenhaus oder ein Krankenhausstandort geschlossen, werden die Kosten der Schließung und die erforderlichen Baumaßnahmen am aufnehmenden Standort gefördert.

Nummer 4 umschreibt die Kosten, die bei Vorhaben zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern und zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen von Krankenhäusern erforderlich sind. Durch die Begrenzung der förderungsfähigen Kosten für bauliche Maßnahmen wird sichergestellt, dass der weit überwiegende Teil der Förderung nicht in der Anpassung baulicher Gegebenheiten, sondern im Bereich der informations- und kommunikationstechnischen Anlagen liegt.

Im Rahmen der Förderung von Ausbildungsstätten für Pflegepersonal sind nach Nummer 5 die erforderlichen baulichen Maßnahmen und die erstmalige Ausstattung förderfähig.

Zu Absatz 2

Die Regelung stellt klar, dass nachbetriebliche Kosten entsprechend der Förderpraxis der Länder nur in eingeschränktem Umfang förderfähig sind. Die Klarstellung trägt den Erfahrungen mit der Durchführung des Krankenhausstrukturfonds Rechnung.

Zu Absatz 3

Absatz 3 übernimmt die bisherige Rechtslage zur Förderungsfähigkeit der Aufwendungen für Zinsen, Tilgung und Verwaltungskosten eines Darlehens, das ein Krankenhaussträger zur Finanzierung förderungsfähiger Vorhaben aufgenommen hat, sowie zur zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel.

Zu § 13

Zu Absatz 1

Absatz 1 übernimmt die geltende Regelung zur Veröffentlichung der auf die einzelnen Länder entfallenden Fördermittel.

Zu Absatz 2

Die Regelung übernimmt die geltende Rechtslage zur Schätzung der Höhe der Aufwendungen des BVA für die Verwaltung des Strukturfonds und für die Auswertung des durch die Förderung bewirkten Strukturwandels und überträgt sie auf den neuen Förderzeitraum.

Zu Absatz 3

Zur Vereinfachung des Verfahrens und zur Verbesserung der Transparenz entfallen die bisherigen Berichte des BVA an das Bundesministerium für Gesundheit und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Künftig wird das Fördergeschehen in zusammengefasster Form regelmäßig auf der Internetseite des BVA veröffentlicht, um dem Informationsbedürfnis der Beteiligten Rechnung zu tragen.

Zu Absatz 4

Die Regelung übernimmt die geltende Rechtslage zur Durchführung des Förderverfahrens und passt sie an die im neuen Förderzeitraum geltenden Vorschriften an.

Zu § 14

Zu Absatz 1

Absatz 1 übernimmt die bisherigen Regelungen zur Antragstellung in § 4 Absatz 1 und passt sie an die geänderten Förderzeiträume an.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift konkretisiert, welche Unterlagen einem Antrag beizufügen sind, damit die Anträge vom BVA geprüft werden können. Soweit die bisherigen Fördertatbestände weitergelten, übernimmt sie die bisher geltenden Regelungen mit den notwendigen Anpassungen. In Bezug auf die neuen Fördertatbestände wird die bisherige Konzeption fortgeführt, wonach die Länder auf Grund ihrer größeren Sachnähe zu den jeweiligen stationären Versorgungsstrukturen das Vorliegen der maßgeblichen Voraussetzungen prüfen und dem BVA bestätigen.

Zu § 15

Die Regelung übernimmt die geltende Rechtslage zu den Auszahlungsbescheiden des BVA und passt sie an die für den neuen Förderzeitraum geltenden Vorschriften an.

Zu § 16

Die Vorschrift übernimmt die geltende Rechtslage zur Rückforderung, Verzinsung und Bewirtschaftung der Fördermittel und passt sie an den neuen Förderzeitraum an.

Zu § 17

Die Vorschrift übernimmt die geltende Rechtslage zur Auswertung der Wirkungen der Förderung und passt sie an den neuen Förderzeitraum an. Um eine Evaluation zu ermöglichen, ob der mit der Förderung für die Krankenhäuser und die Länder verbundene Erfüllungsaufwand in einem angemessenen Verhältnis zur Zielsetzung des Krankenhausstrukturfonds steht, sind auch insoweit aussagekräftige Unterlagen an das BVA zu übermitteln.

Zu § 18

Die Vorschrift übernimmt die geltende Rechtslage zur finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung und passt sie an die im neuen Förderzeitraum geltenden Vorschriften an.

Zu Artikel 6 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

Zu Nummer 1

(Zu § 23)

Durch die Ergänzung von § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 wird klargestellt, dass auch Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden, zu den medizinischen Einrichtungen gehören, deren Leiter sicherzustellen haben, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden. Insbesondere von Gesundheitsäm-

tern werden entsprechende Tätigkeiten ausgeübt, bei denen die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) einzuhalten sind, etwa Untersuchungen auf sexuell übertragbare Krankheiten und Tuberkulose und ihre Behandlung (§ 19 Absatz 1), Impfungen (§ 20 Absatz 5) oder medizinische Untersuchungen im Rahmen von Ermittlungen (§ 25 Absatz 3). Aus der Regelung ergibt sich in Verbindung mit den Empfehlungen der KRINKO auch, inwieweit aus Gründen des Drittschutzes Beschäftigte entsprechender Einrichtungen Impfschutz bzw. natürliche Immunität gegen bestimmte übertragbare Krankheiten aufweisen sollten. Für die Umsetzung der Anforderungen an den Impf- oder Immunschutz findet § 23a Anwendung. Insoweit wird mit der Regelung einer Forderung der Länder nachgekommen. Bei Beschäftigten, die keine medizinische Diagnostik, Präventionsmaßnahmen oder keine ambulante Behandlung vornehmen und für deren Tätigkeit keine Empfehlungen der KRINKO gelten, bestimmt sich die Zulässigkeit der Verarbeitung von Beschäftigtendaten über den Impf- oder Serostatus nach den Bestimmungen des allgemeinen Datenschutzrechts (§ 23a Satz 2), insbesondere nach § 26 Absatz 1 des Bundesdatenschutzgesetzes.

Zu Nummer 2

(Zu § 36)

Zu Buchstabe a

Künftig soll es der obersten Landesgesundheitsbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle möglich sein, (zum Beispiel auf Grundlage von Empfehlungen des Robert Koch-Instituts bzw. von Fachgesellschaften) anzuordnen, dass das vorzulegende ärztliche Zeugnis sich nicht mehr ausschließlich auf eine erstellte Röntgenaufnahme der Lunge stützen muss, sondern auch andere Befunde (z. B. immunologische Untersuchungsmethoden) zulässig sein können. Dadurch wird die Möglichkeit eröffnet, zukünftig die Anzahl von Röntgenuntersuchungen und damit die Strahlenexposition zu reduzieren, etwa wenn das Ergebnis der anderen Untersuchungsmethode eine Lungentuberkulose ausschließt und die Notwendigkeit einer Röntgenuntersuchung somit nicht gegeben ist. Unverändert bleibt das Ziel der Regelung, ansteckungsfähige Lungentuberkulosen auszuschließen.

Zu Buchstabe b

Die Länder sollen auch vor dem Hintergrund der Migrationsbewegungen in die Lage versetzt werden, Gesundheitsuntersuchungen auch für Personengruppen vorzusehen, die nicht in bestimmten Einrichtungen im Sinne des § 36 Absatz 5 IfSG oder in Aufnahmeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften im Sinne des § 62 Absatz 1 AsylG aufgenommen werden sollen beziehungsweise zu wohnen haben und sich daher nicht bereits nach § 36 Absatz 5 IfSG oder § 62 Absatz 1 AsylG einer Gesundheitsuntersuchung unterziehen müssen. Erfasst werden sollen Personengruppen, die aufgrund ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren. Aufgrund ihrer Herkunft können Personen einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt gewesen sein, die sich zum Beispiel in Ausbruchsgebieten bzw. Hochprävalenzgebieten aufhielten und die wahrscheinlich mit erkrankten Personen in Kontakt gekommen sein können. Aufgrund ihrer Lebenssituation können Personen einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt gewesen sein, die zum Beispiel über einen längeren Zeitraum hinweg keinen ausreichenden Zugang zu einer gesundheitlichen Versorgung hatten.

Auch bei einer Unterbringung außerhalb einer Gemeinschaftsunterkunft kann aus Sicht des Infektionsschutzes eine gesundheitliche Untersuchung zum Schutz der Bevölkerung vor einer Gefährdung durch bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten erforderlich sein. Auch Personen, die aufgrund ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt

waren und die in die Bundesrepublik Deutschland einreisen können insbesondere in Gemeinschaftseinrichtungen (Schulen, KITAS, etc.) in engen Kontakt mit anderen Menschen treten. Eine vorherige Gesundheitsuntersuchung kann daher sinnvoll und notwendig sein.

Dazu können zum Beispiel Menschen gehören, die aus Krisengebieten in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, oder auch bestimmte nachziehende Familienangehörige zu Asylberechtigten, anerkannten Flüchtlingen und subsidiär Schutzberechtigten und weitere Personengruppen, die einen Asylantrag stellen und die nicht nach §§ 47, 53 AsylG in Aufnahmeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften zu wohnen haben (nach § 14 Absatz 2 AsylG), wenn bei ihnen die entsprechenden Kriterien für ein erhöhtes Infektionsrisiko vorliegen.

Mit dieser Regelung soll zum Schutz der öffentlichen Gesundheit eine Lücke geschlossen werden. So hat sich am Beispiel der nach IfSG gemeldeten Tuberkuloseerkrankungen (zu der im Gegensatz zu den meisten anderen meldepflichtigen Krankheiten überhaupt Daten zur Staatsangehörigkeit und zum Geburtsstaat erhoben werden) gezeigt, dass in den vergangenen Jahren der Anteil der im Ausland geborenen Tuberkulose-Patienten kontinuierlich angestiegen ist. Im Jahr 2016 lagen rund drei Viertel der in Deutschland registrierten Erkrankungsfälle bei Patienten vor, die aus dem Ausland stammen (RKI-Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2016). Die meisten Patienten stammten aus Somalia, Eritrea, Afghanistan und Syrien. Ein nicht zu vernachlässigender Anteil der gemeldeten Tuberkulose-Fälle der letzten Jahre wurde im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen nach § 62 AsylG und § 36 festgestellt.

Solche Gesundheitsuntersuchungen würden neben der öffentlichen Gesundheit zugleich auch den betroffenen Personen selbst und ihren Familien zu Gute kommen, weil entsprechend entdeckte Krankheiten (insbesondere Tuberkulose) frühzeitiger behandelt werden können. Der vorgesehene Eingriff steht daher mit dem Zweck der Vorschrift, die öffentliche Gesundheit sowie die Gesundheit der betroffenen Personen zu schützen, in einem angemessenen Verhältnis.

Durch die Einfügung eines Absatz 6 werden die Landesregierungen daher ermächtigt, durch Rechtsverordnung festzulegen, dass Personen, die nach dem 31. Dezember 2018 in die Bundesrepublik Deutschland eingereist sind und die aufgrund ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren, nach ihrer Einreise ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen haben, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen solcher schwerwiegender übertragbarer Krankheiten vorhanden sind, sofern dies zum Schutz der Bevölkerung vor einer Gefährdung durch schwerwiegende übertragbare Krankheiten erforderlich ist (Satz 1 erster Halbsatz). Gemäß Satz 1 zweiter Halbsatz gilt für die Zeugnisvorlagepflicht § 34 Absatz 4 IfSG entsprechend.

Absatz 6 Satz 2 sieht vor, dass Personen, die kein auf Grund der Rechtsverordnung erforderliches ärztliches Zeugnis vorlegen, verpflichtet sind, eine ärztliche Untersuchung auf Ausschluss bestimmter schwerwiegender übertragbarer Krankheiten im Sinne des Satzes 1 zu dulden (Satz 2 erster Halbsatz). Für einen Widerspruch oder eine Anfechtungsklage gegen ihre Anordnung gilt Absatz 5 Satz 5 (Ausschluss der aufschiebenden Wirkung) entsprechend (Satz 2 zweiter Halbsatz).

Sofern in Einzelfällen bei von der jeweiligen Rechtsverordnung erfasste Personen bereits eine entsprechende Untersuchung nach Absatz 5 Satz 1 oder § 62 AsylG durchgeführt wurde, muss statt des Zeugnisses eine entsprechende Bescheinigung vorgelegt werden. Es sollen nur Personen erfasst werden, die nach dem 31. Dezember 2018 in die Bundesrepublik Deutschland eingereist sind.

Nach Absatz 6 Satz 3 Nummer 1 sind in der Rechtsverordnung nach Satz 1 das jeweils zugrunde liegende erhöhte Infektionsrisiko im Hinblick auf bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten zu bestimmen.

Nach Absatz 6 Satz 3 Nummer 2 sind die betroffenen Personengruppen unter Berücksichtigung ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation zu bestimmen. Für die zuständigen Behörden gilt § 54 IfSG.

Nach Absatz 6 Satz 3 Nummer 3 sind des Weiteren die Anforderungen an das ärztliche Zeugnis nach Satz 1 und zu der ärztlichen Untersuchung nach Satz 2 zu bestimmen (vgl. auch die ähnliche Regelung in § 62 Absatz 1 Satz 2 AsylG).

Schließlich ist die Frist, innerhalb der das ärztliche Zeugnis nach der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland vorzulegen ist, nach Absatz 6 Satz 3 Nummer 4 in der Rechtsverordnung festzulegen.

Welches jeweils zugrunde liegende erhöhte Infektionsrisiko im Hinblick auf bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten der Rechtsverordnung jeweils zugrunde liegt, bestimmt sich nach den Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft und kann daher unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (auch in gemeinsamer Erarbeitung mit Fachgesellschaften) ermittelt werden (Absatz 6 Satz 4).

Nach Absatz 6 Satz 5 können die Landesregierungen die Ermächtigung nach Satz 1 durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen, hier kommen insbesondere die obersten Landesgesundheitsbehörden oder die zuständigen Landesoberbehörden in Betracht.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe b.

Zu Buchstabe d

In Absatz 8 sind notwendige Datenübermittlungsregelungen an die zuständigen Gesundheitsbehörden enthalten, um die letztgenannten Behörden in die Lage zu versetzen, entsprechende Personen auch ansprechen zu können. Die jeweilige Übermittlungsbefugnis beschränkt sich auf die jeweils nach der Rechtsverordnung erfassten Personen.

Zu Buchstabe e

Auch durch die neu eingefügte Regelung des Absatzes 6 wird das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG) eingeschränkt. Es werden daher in die Zitiervorschrift des Absatzes 9 (bisher Absatz 7) die Absätze 4 bis 7 einbezogen.

Zu Nummer 3

(Zu § 69)

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass alle ärztlichen Untersuchungen auf Grundlage des § 36 Absatz 5 bis 7 aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten sind.

Zu Nummer 4

(Zu § 73)

Auch die verweigerte Duldung der Untersuchungen nach Absatz 6 Satz 2 erster Halbsatz soll künftig bußgeldbewährt sein.

Gleiches gilt für die verweigerte Duldung der Untersuchungen nach Absatz 7 Satz 2 erster Halbsatz, die bislang nicht bußgeldbewährt war.

Zu Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

(Zu § 20)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Anpassung an die Entwicklung der Bezugsgröße für das Jahr 2019. Danach umfassen die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c ab dem Jahr 2019 einen Betrag in Höhe von 7,52 Euro.

Darüber hinaus wird eine Anpassung rechtsbereinigender Art vorgenommen. Die Streichung der zwischenzeitlich überholten Daten dient der Bereinigung und Entschlackung des Gesetzes.

Zu Buchstabe b

Die Regelung beinhaltet eine Anpassung an die Entwicklung der Bezugsgröße für das Jahr 2019 für Leistungen nach § 20a. Zudem wird der Mindestausgabewert, den die Krankenkassen für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b jährlich je Versicherten aufzuwenden haben, um 1 Euro auf 3,15 Euro erhöht. Mit dieser Regelung werden die Krankenkassen verpflichtet, von dem Betrag nach Satz 2 mindestens einen Euro jährlich je Versicherten aufzuwenden, um mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung Krankenhäuser im Sinne von § 107 Absatz 1 sowie Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches bei der Erhaltung und Förderung der Gesundheit ihrer Beschäftigten zu unterstützen.

Eine Stärkung der gesundheitlichen Situation in diesen Einrichtungen mit Unterstützung der Krankenkassen ist mit Blick auf die Gesundheitsbelastungen und Fehlzeiten in den Gesundheitsberufen bei gleichzeitig niedrigem Erwerbskräftepotenzial der Pflegekräfte zur Sicherstellung der Funktionsfähigkeit der genannten Versorgungseinrichtungen und der gesundheitlichen Versorgung der Versicherten erforderlich. Es gilt die Beschäftigungsdauer von Pflegekräften zu steigern, damit die Versorgung der steigenden Anzahl von Patienten sichergestellt werden kann.

Beschäftigte dieser Einrichtungen sind in ihrer täglichen Arbeit hohen physischen und psychischen Anforderungen ausgesetzt. So weisen die Gesundheitsberichte der Krankenkassen auf, dass die Krankenstände, gemessen in Arbeitsunfähigkeitstagen, bei Pflegekräften im Vergleich zum dem Krankheitsdurchschnitt von allen Beschäftigten erhöht sind. Zudem weisen die Beschäftigten der Berufsgruppen in der Gesundheits- und Krankenpflege besonders lange Ausfallzeiten bei Muskel-Skeletterkrankungen und psychischen Störungen auf. (Quelle: BKK Gesundheitsatlas 2017, BKK Gesundheitsreport 2017 und Fehlzeiten-Report 2017).

Mit der Festlegung eines spezifischen Mindestausgabewertes für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung erhält die betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen einen Schub, der mit motivierten und zufriedenen Beschäftigten letztlich den Patientinnen und Patienten und den pflegebedürftigen Menschen zu Gute kommt. Die Verbesserung der betrieblichen Gesundheitsförderung in diesem Bereich soll wesentlich dazu beitragen, dass krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeitszeiten gesenkt und frühzeitige Erwerbsunfähigkeit vermieden werden.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung an die Regelung in § 20, mit der der neue Satz 3 hinsichtlich der Anpassung der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches mitumfasst werden soll.

Zu Nummer 2

(Zu § 20a)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung an die Neuregelung des § 20 Absatz 6. Zugleich wird der Verweis auf § 20 Absatz 6 korrigiert.

Zu Nummer 3

(Zu § 20b)

Zu Buchstabe a

Die Regelung korrespondiert mit der in § 20 Absatz 6 vorgesehenen Erhöhung des Mindestausgabewertes für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b für Einrichtungen im Sinne des § 107 Absatz 1 und für Einrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches. Mit der Regelung wird sichergestellt, dass die Krankenkassen einen Fokus auf die Beratung und Unterstützung von Krankenhäusern im Sinne des § 107 Absatz 1 sowie Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches legen, um so ihrem Auftrag zur verstärkten Unterstützung dieser Einrichtungen nachkommen zu können.

Zu Buchstabe b

Die Regelung stellt sicher, dass an der Beratung durch die regionalen Koordinierungsstellen neben den örtlichen Unternehmensorganisationen auch die für die Träger von Krankenhäusern sowie für die Träger der Pflegeeinrichtungen maßgeblichen Verbände beteiligt werden.

Zu Buchstabe c

Die Regelung stellt sicher, dass neben den örtlichen Unternehmensorganisationen auch die für die Träger von Krankenhäusern sowie für die Träger der Pflegeeinrichtungen maßgeblichen Verbände an den Kooperationsvereinbarungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen beteiligt werden.

Zu Nummer 4

(Zu § 20d)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Anpassung rechtsbereinigender Artikel. Die Streichung der zwischenzeitlich überholten Daten dient der Bereinigung und Entschlackung des Gesetzes.

Zu Buchstabe b

Mit der Einfügung des neuen Satzes wird die nationale Präventionsstrategie um spezifische und gemeinsame Ziele der Sozialversicherungsträger und weiterer Akteure zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten in Krankenhäusern im Sinne des § 107 Absatz 1 sowie in Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches ergänzt. Dies dient auch der Verzahnung der Leistungen

der Krankenkassen mit den Präventionsleistungen der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und fördert eine verstärkte und abgestimmte Leistungserbringung der maßgeblichen Leistungsträger. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bringen die Präventionsleistungen im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeit ein.

Zu Nummer 5

(zu § 37)

Zu Buchstabe a

Die Schaffung von ca. 13 000 neuen Pflegepersonalstellen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen wird aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Die Abwicklung erfolgt über eine Umlage, die der GKV-Spitzenverband bei seinen Mitgliedskassen erhebt. Die dadurch generierten Mittel werden dem Ausgleichsfonds der Pflegekassen zur Verfügung gestellt. Der Betrag von 640 Millionen Euro errechnet sich bei Zugrundelegung von durchschnittlich 50 000 Euro Kosten je Pflegefachkraft. Die Höhe der jeweils von den Krankenkassen zu zahlenden Umlage bemisst sich nach ihrer Versichertenzahl im Verhältnis zur Gesamtzahl der Versicherten der GKV.

Die Aufwendungen der Krankenkassen zur pauschalen Abgeltung der Vergütungszuschläge der Pflegekassen nach § 8 Absatz 6 des Elften Buches sind als berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben bei den Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben im Risikostrukturausgleich (RSA) zu berücksichtigen. Bei der Umlage je Versicherten handelt es sich um versichertenbezogen erfassbare Ausgaben.

Es ist Aufgabe der Pflegeversicherung sicherzustellen, dass die von der GKV zur Verfügung gestellten Mittel auch tatsächlich entsprechend ihrer Zweckbindung eingesetzt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erstellt hierzu jährlich nach § 8 Absatz 6 SGB XI einen Bericht. Die Einzelheiten zum Verfahren regelt der GKV-Spitzenverband zugleich als Spitzenverband der Pflegekassen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 6

(Zu § 40)

Zu Buchstabe a

Pflegende Angehörige leisten oftmals schwierige und lange andauernde Pflege. Der Erhalt ihrer Gesundheit ist für die pflegenden Angehörigen und die Pflegebedürftigen von großer Bedeutung. Durch die Pflegesituation kann es für pflegende Angehörige schwierig sein, ambulante Leistungen der Krankenbehandlung und Rehabilitation in den regulären Tagesablauf zu integrieren und sie regelmäßig in Anspruch zu nehmen. Durch die Änderung erhalten pflegende Angehörige deshalb einen eigenständigen Leistungsanspruch. Dadurch wird es ihnen ermöglicht, nach ärztlicher Verordnung bei Vorliegen von Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und einer positiven Rehabilitationsprognose eine von der Krankenkasse zu genehmigende stationäre Rehabilitation in Anspruch zu nehmen, ohne dass zuvor ambulante Behandlungsmaßnahmen am Wohnort ausgeschöpft sein müssen oder vorrangig ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch zu nehmen sind. In einer stationären Rehabilitation können bestehende Gesundheitsprobleme auch unter Berücksichtigung einer belastenden Pflegesituation umfassend behandelt werden.

Durch die redaktionelle Änderung wird der zweite Halbsatz von Satz 1 gestrichen, der die Leistungserbringung einer stationären Rehabilitation für pflegende Angehörige in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung mit einem Versorgungsvertrag nach § 111a ermöglicht. Diese Regelung wird in den neuen Satz 3 aufgenommen.

In Satz 2 wird geregelt, dass die Krankenkasse stationäre Rehabilitation für pflegende Angehörige unabhängig von Absatz 1 erbringt. Nach Absatz 1 erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen, wenn bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht, um die in § 11 Absatz 2 genannten Ziele, wie die Abwendung von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit, zu erreichen. Nach dem Prinzip der gestuften Regelversorgung besteht ein Anspruch auf ambulante Rehabilitationsleistungen nach Absatz 1 nur dann, wenn ambulante Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort nicht ausreichen. Nach Absatz 2 Satz 1 gehen ambulante Rehabilitationsleistungen wiederum stationären Rehabilitationsleistungen vor. Dieses Stufenverhältnis soll für pflegende Angehörige nicht mehr gelten, da ambulante Leistungen wegen der Pflegetätigkeit oftmals nur schwer in Anspruch genommen werden können und den besonderen Belastungen pflegender Angehöriger häufig nicht gerecht werden. Pflegende Angehörige erhalten deshalb stattdessen einen eigenständigen Anspruch auf stationäre Leistungen zur Rehabilitation. Der Anspruch hat nach Satz 2 durch den fehlenden Verweis auf Absatz 1 nicht mehr zur Voraussetzung, dass eine ambulante Krankenbehandlung oder eine ambulante Rehabilitation durchgeführt worden sind. Die von der Krankenkasse nach Absatz 3 Satz 1 zu treffende Genehmigung einer ärztlich verordneten stationären Rehabilitation kann deshalb von der Krankenkasse nicht mehr mit der Begründung abgelehnt werden, dass ambulante Leistungen am Wohnort ausreichen würden.

Seit dem 2013 in Kraft getretenen Pflege-Neuausrichtungsgesetz sind die Krankenkassen bereits nach Absatz 3 Satz 1 verpflichtet, die besonderen Belange pflegender Angehöriger bei ihrer Entscheidung über Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu berücksichtigen. Um die tatsächliche Inanspruchnahme stationärer Leistungen durch pflegende Angehörige zu erleichtern, wurde in § 42 Absatz 4 SGB XI geregelt, dass ein Anspruch auf Kurzzeitpflege für den Pflegebedürftigen auch besteht, wenn der Pflegebedürftige (mit) in eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wird, die keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI hat. Damit wird sichergestellt, dass die Pflegebedürftigen in räumlicher Nähe zu den pflegenden Angehörigen versorgt werden können und gegebenenfalls zusätzlich rehabilitative Angebote erhalten.

Rehabilitationsleistungen werden nach Absatz 4 von den Krankenkassen nur erbracht, wenn sie nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften nicht erbracht werden können. Für den hier betroffenen Personenkreis der pflegenden Angehörigen ergeben sich insoweit keine Änderungen, d. h., dass beispielsweise für abhängig beschäftigte pflegende Angehörige auch weiterhin die gesetzliche Rentenversicherung vorrangig zuständiger Träger für medizinische Rehabilitationsleistungen bleibt. Für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung gibt es bereits bisher keine Regelung, nach der ambulante Leistungen vorrangig zu erbringen sind.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Nach Absatz 3 Satz 1 hat die Krankenkasse schon bisher bei ihrer Entscheidung über die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die besonderen Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen. Durch die Ergänzung wird die Krankenkasse bei pflegenden Angehörigen zusätzlich verpflichtet, die Pflegeleistungen für die Pflegebedürftigen nach dem Elften Buch festzustellen. Hierzu fordert die Krankenkasse von der Pflegekasse erforderliche Feststellungen für Leistungen zur Versorgung der Pflegebedürftigen an. Die Krankenkasse bewilligt und erbringt die Leistungen nach den Vorschriften des Elften Buches und

die Pflegekasse erstattet der Krankenkasse ihre Aufwendungen. Damit soll der besonderen Belastungssituation pflegender Angehöriger Rechnung getragen werden, um pflegende Angehörige von der Aufgabe zu entlasten, die eigene Rehabilitation mit der zeitgleichen Versorgung der Pflegebedürftigen zu koordinieren.

Zu Doppelbuchstabe bb und Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen.

Zu Nummer 7

(Zu § 60)

Durch den Abschluss von Kooperationsverträgen nach 119b wird der Zugang von in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden mobilitätseingeschränkten Versicherten zur vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung wesentlich verbessert. Allerdings verfügen Pflegeheime nicht über die notwendige räumliche und technische Ausstattung für komplexe diagnostische und therapeutische Leistungen. Die betroffenen Versicherten sind daher auch weiterhin regelmäßig auf Krankenfahrten im Sinne des § 7 der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in die Praxis des Facharztes und Zahnarztes angewiesen. Dies gilt auch für die Versicherten und Menschen mit Behinderungen, die in ihrer eigenen Häuslichkeit leben. Die hierbei anfallenden Kosten werden nach dem bisher vorgesehenen Verfahren jeweils nur auf Antrag und nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse für die konkrete Einzelfahrt übernommen. Die Genehmigung wird in der Regel erteilt. Dieses Verfahren führt zu einem erheblichen bürokratischen Aufwand sowohl für die Versicherten und für die sie betreuenden Personen und Pflegeeinrichtungen als auch für die Krankenkassen. Vor diesem Hintergrund wird das Genehmigungsverfahren für vulnerable Patientengruppen durch die Einführung einer Genehmigungsfiktion grundlegend vereinfacht. Für Krankentransporte im Sinne des § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 beziehungsweise § 6 Krankentransport-Richtlinie des G-BA gilt das Genehmigungserfordernis nach Satz 4 fort.

Zu Nummer 8

(Zu § 87)

Zu Buchstabe a

Ziel der gesetzlichen Regelung ist, Videosprechstunden als telemedizinische Leistung allgemein auch unter Einbezug der Weiterentwicklung der berufsrechtlichen Vorgaben durch den Deutschen Ärztetag und der Landesärztekammern in Bezug auf Fernbehandlungen weiter auszubauen und insbesondere für Pflegebedürftige und in der psychotherapeutischen Versorgung besser nutzbar zu machen.

Mit Wirkung zum 1. April 2017 wurde die Videosprechstunde als abrechenbare Leistung in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) aufgenommen. Diese ist nach den geltenden Vereinbarungen für der Arztpraxis bekannte Patientinnen und Patienten für nur wenige Krankheitsbilder (z. B. zur Beratung und Verlaufskontrolle bei Wunden oder bei Dermatosen) abrechenbar. In der Folge ist die flächendeckende Erbringung dieser telemedizinischen Leistungen derzeit nicht gegeben.

Mit der neuen gesetzlichen Vorgabe soll der Anwendungsbereich deutlich erweitert werden. Die in der Begründung zum bisherigen § 87 Absatz 2a Satz 17 bis 20 enthaltene Vorgabe, dass der Bewertungsausschuss geeignete, zweckmäßige Krankheitsbilder und Fachgruppen festlegt, entfällt. Es wird grundsätzlich in das Ermessen der Ärztin bzw. des Arztes gelegt, bei welchen Krankheitsbildern er eine Videosprechstunde in Absprache mit der Patientin bzw. dem Patienten für sachgerecht erachtet. Die Ärztin bzw. der Arzt hat somit vor dem Hintergrund z. B. der berufsrechtlichen Regelungen und des anerkannten Standes der

medizinischen Erkenntnisse eine Entscheidung zu treffen, ob eine Videosprechstunde ärztlich vertretbar und ein persönlicher Kontakt vor Ort nicht zwingend erforderlich ist. Dabei ist die erforderliche ärztliche Sorgfalt zu wahren.

Eine umfangreiche Anwendbarkeit von Videosprechstunden erfolgt auch mit dem Ziel, dass Videosprechstunden in der Versorgung von Pflegebedürftigen eine über die bisherigen Modellvorhaben hinaus stärkere Bedeutung erlangen. Dabei muss den besonderen Bedürfnissen und Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung entsprochen werden. So ist bei einem Hausbesuch bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen, beschützenden Einrichtungen und bei Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung häufig auch die Pflegekraft mit anwesend. In der Folge findet dadurch oft auch eine Fallkonferenz statt. Diese soll auch per Video abrechenbar sein und als Zuschlag zur allgemeinen Videosprechstunde im EBM abgebildet werden. Bereits heute sind Fallkonferenzen z. B. im Rahmen der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung nach § 119b abrechenbar, wenn diese vor Ort im Pflegeheim oder telefonisch erfolgen. Die Finanzierung der Schulungen und der Investitionskosten für die entsprechende Technik zur Durchführung von Videosprechstunden und ggf. Fallkonferenzen (siehe Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag) auf Seiten der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen kann im Rahmen der in § 8 Absatz 8 SGB XI vorgesehenen Förderung durch die Pflegeversicherung erfolgen.

Im Zusammenhang mit dem Ausbau von Fallkonferenzen per Video bei Pflegebedürftigen sollen auch die bereits im EBM enthaltenen und abrechenbaren Fallkonferenzen z.B. im Rahmen der Palliativversorgung sowie des Mammographie-Screenings per Video ermöglicht werden.

Von der Erweiterung der Videosprechstunden sollen auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten umfasst sein. Die Besonderheiten in der Versorgung und auch der Berufsordnung sind dabei zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe b

Im Zusammenhang mit der aufsuchenden zahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen sowie der Versorgung von Heimbewohnern im Rahmen von Kooperationsverträgen nach § 119b können Anleitungen und Beratungen erforderlich sein, die im Rahmen einer Videosprechstunde schneller und weniger aufwendig als durch einen Hausbesuch erbracht werden können. Dies gilt auch für Fallkonferenzen mit den an der Versorgung der Versicherten beteiligten Pflegefachkräften. Da die für den vertragsärztlichen Bereich bereits geltende Regelung zu Videosprechstunden in Absatz 2a auf den vertragsärztlichen Bereich ausgerichtet ist und über die Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen hinausgeht, ist eine eigenständige Regelung für den vertragszahnärztlichen Bereich erforderlich.

Zu Nummer 9

(Zu § 119b)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Sowohl im ärztlichen Bereich als auch im zahnärztlichen Bereich wurden in den vergangenen Jahren eine Vielzahl von Kooperationsverträgen zwischen niedergelassenen (Zahn)Ärzten und Pflegeheimen über die (zahn)ärztliche Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten geschlossen. Um die Versorgung von Versicherten im Pflegeheim weiter zu verbessern, soll diese Entwicklung noch gestärkt werden. Hierzu wird die bereits in § 119b

Absatz 1 Satz 1 normierte Verpflichtung der Pflegeheime, Kooperationsverträge mit geeigneten vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringern zu schließen, verbindlicher ausgestaltet, indem die bisherige „Soll-Regelung“ durch eine „Muss-Regelung“ ersetzt wird.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit dem Ziel, die Entwicklung von Kooperationen zwischen Pflegeheimen und geeigneten vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringern zu beschleunigen, wird der nach Satz 2 bestehende Verpflichtung der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, entsprechende Kooperationsverträge zu vermitteln, wenn Pflegeheime einen Antrag auf Vermittlung solcher Verträge gestellt haben, mehr Nachdruck verliehen, indem hierfür eine Frist von drei Monaten gesetzt wird.

Zu Doppelbuchstabe cc

Durch die Benennung einer verantwortlichen Pflegefachkraft wird die Zusammenarbeit zwischen einer stationären Pflegeeinrichtung und den mit ihr kooperierenden Ärzten erleichtert. Die Regelung ist fachlich geboten, damit die ärztlichen Therapieentscheidungen auch in der pflegerischen Versorgung berücksichtigt werden. Hierzu bedarf es pflegefachlicher Kompetenz. Zudem sollte die Pflege auch einen medizinischen Versorgungsbedarf rechtzeitig erkennen können, damit bedarfsgerechte ärztliche Behandlung erfolgen kann und Notfalleinweisungen vermieden werden.

Zu Buchstabe b

Die Selbstverwaltung wird in Absatz 2a verpflichtet, einheitliche Anforderungen für die elektronische Kommunikation zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und den mit ihnen kooperierenden Ärzten sowie Zahnärzten zu bestimmen, damit diese elektronische Zusammenarbeit schnittstellen- und Sektor übergreifend erfolgen kann. Die Anforderungen werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband, der zugleich die Aufgaben des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen wahrnimmt, vereinbart (§ 53 SGB XI). Hierbei ist das Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene herzustellen. Der Einsatz von Informationstechnologie vereinfacht die Zusammenarbeit zwischen den Pflegeheimen und kann zur Entlastung des ärztlichen und des Pflegepersonals beitragen. Ziel ist, dass sich die Telematikinfrastruktur nach § 291a zur zentralen Kommunikationsinfrastruktur für das Gesundheitswesen entwickelt. Daher sollte sie auch für die elektronische Kommunikation zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und den mit diesen kooperierenden Ärzten und Zahnärzten genutzt werden, sobald sie für den Bereich der Altenpflege zur Verfügung steht. Es ist erforderlich, dass dies bei der Festlegung der einheitlichen Anforderungen für die elektronische Kommunikation gemäß Absatz 2a berücksichtigt wird.

Durch diese Änderung werden keine neuen Befugnisse zur Datenverarbeitung eingeführt. Vielmehr soll die Grundlage zur Vereinbarung von einheitlichen datentechnischen Rahmenbedingungen für die nach geltenden Vorschriften im berufs- und datenschutzrechtlichen Rahmen mögliche Kommunikation zwischen den Leistungserbringern geschaffen werden.

Gemäß Absatz 2b sollen telemedizinische Dienste wie Videosprechstunden im Rahmen der Zusammenarbeit nach Absatz 1 Satz 1 Verwendung finden. Mit den Regelungen in § 87 werden Videosprechstunden weiter ausgebaut. Für die Videosprechstunden gelten bereits Standards der technischen und fachlichen Anforderungen, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 291g Absatz 4 festgelegt worden sind.

Zu Buchstabe c

Um die Auswirkungen der Kooperationsverträge zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Vertragszahnärzten auf die vertragszahnärztliche Versorgung von Versicherten in Pflegeheimen zu überprüfen, erhalten die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband den Auftrag, die Kooperationsverträge regelmäßig gemeinsam zu evaluieren. In der von Ihnen zu schließenden Vereinbarung legen sie die für den Bericht erforderlichen Daten fest. Der Bericht enthält insbesondere Angaben zur Anzahl der geschlossenen Verträge, zur Anzahl der beteiligten Zahnärzte und stationären Pflegeeinrichtungen sowie zur Art und Anzahl der abgerechneten Leistungen nach § 87 Absatz 2j gegliedert nach Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. In den Bericht sind Aussagen zum möglichen Weiterentwicklungsbedarf der Kooperationsverträge und der vertragszahnärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen aufzunehmen. Gegenstand der Berichterstattung sollen auch Überlegungen zur Weiterentwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgung in Pflegeheimen sein.

Zu Nummer 10

(Zu § 132a)

Zu einer Verbesserung der ländlichen Versorgung gehört eine bessere Vergütung der Wegezeiten, wenn die Versorgung nur mit längeren Anfahrtswegen sichergestellt werden kann. Deshalb sind Grundsätze für einen unbürokratisch zu gewährenden zusätzlichen Wegekostenzuschlag, der den entsprechenden Aufwand angemessen abbildet, von den Rahmenvereinbarungspartnern nach § 132a Absatz 1 festzulegen. Die Regelung ist bis zum 30. Juni 2019 zu treffen.

Die Bundesrahmenempfehlungen regeln die Grundlagen der Leistungserbringung. Diese sind nach § 132a Absatz 1 Satz 7 SGB V in den Verträgen nach Absatz 4 zugrunde zu legen, in denen die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege einschließlich der Preise und deren Abrechnung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern geregelt werden. Dort können auch regionale Rahmenbedingungen und vorhandene Strukturen berücksichtigt werden.

Die Kranken- und Pflegekassen haben zwar bereits nach geltendem Recht die Möglichkeit, mit Pflegediensten Wegekostenzuschläge bei der Versorgung von Versicherten in unterversorgten ländlichen Gebieten zu vereinbaren. Durch die Änderung des § 132a Absatz 1 werden der GKV-Spitzenverband, zugleich als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene nun aber ausdrücklich verpflichtet, entsprechende Vorgaben für die Vergütung von Wegezeiten in unterversorgten ländlichen Räumen in die gemeinsamen Rahmenempfehlungen aufzunehmen, die dann auch verpflichtend in den Einzelverträgen nach Absatz 4 zu berücksichtigen sind. In ihrer Wirkung erstrecken sich die Rahmenempfehlungen für diesen Aspekt auch ausdrücklich auf den Bereich der ambulanten Pflege des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Die entsprechende Regelung erfolgt darauf abgestimmt in § 89 Absatz 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 11

(Zu § 137i)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG, mit der die Finanzierung von Mehrkosten, die sich durch die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen ergeben, durch Zuschläge der Vertragsparteien auf der Ortsebene auf der Grundlage einer Schätzung der Vertragsparteien auf der Bundesebene befristet wird. Diese Finanzierung über Zuschläge entfällt im Jahr 2020, also sobald die Pflegepersonalkosten umfassend durch die vereinbarten Pflegebudgets finanziert werden und

somit auch etwaige Kosten aus der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen berücksichtigt sind.

Zu Nummer 12

(Zu § 137j)

Die Regelung dient der Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in den Krankenhäusern sowie der Gewährleistung von Patientensicherheit in der pflegerischen Patientenversorgung und ergänzt damit die mit diesem Gesetz unternommenen Maßnahmen zur Stärkung der Pflege im Krankenhaus sowie die Vorschrift des § 137i, die die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen bezogen auf pflegesensitive Bereiche vorsieht. Da eine unzureichende Ausstattung mit Pflegepersonal aber nicht nur in pflegesensitiven Bereichen, sondern in allen Krankenhausbereichen und für alle dort pflegerisch zu versorgenden Fälle für eine nicht patientengefährdende Versorgung relevant ist, sind Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in Bezug auf das gesamte Krankenhaus erforderlich.

Die Bildung des Pflegepersonalquotienten sowie die durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit festgelegte Untergrenze auf dieser Grundlage lässt die Mindestvorgaben für die Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 unberührt, die von dem Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden.

Zu Absatz 1

Zentrales Instrument zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser auf Gesamthausebene und der Sicherung der Versorgungsqualität in der pflegerischen Patientenversorgung ist der Pflegepersonalquotient, der das Verhältnis zwischen den Vollzeitkräften im Pflegedienst eines Krankenhauses und dem in dem jeweiligen Krankenhaus anfallenden Pflegeaufwand darstellt. Durch die Bildung dieses Quotienten wird deutlich, wie viel Pflegepersonal ein Krankenhaus im Verhältnis zu dem in seinem Haus anfallenden Pflegeaufwand einsetzt. Dieser Quotient wird vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) jährlich für jedes Krankenhaus auf der Grundlage der ihm von den Krankenhäusern übermittelten Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes berechnet. Maßgeblich ist hierfür zum einen die Anzahl der im Jahr durchschnittlich beschäftigten Vollzeitkräfte in der Pflege, wie sie das Krankenhaus im Rahmen der Datenübermittlung nach § 21 Absatz 2 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt. Dieser Wert ist in das Verhältnis zu setzen zu der Summe der Bewertungsrelationen nach dem Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands. Der in den einzelnen Krankenhäusern anfallende Pflegeaufwand wird ab dem Jahr 2020 aufgrund des bundeseinheitlichen Pflegeaufwandkatalogs des InEKs und den Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes durch das InEK für die einzelnen Krankenhäuser berechnet. Da das InEK für die Umsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitive Bereiche nach § 137i schon Vorarbeiten für einen Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands geleistet hat, ist die Erstellung eines solchen Katalogs ohne erheblichen Zusatzaufwand für das InEK möglich.

Durch Vergleich der für jedes Krankenhaus berechneten Quotienten kann deutlich gemacht werden, welche Krankenhäuser im Verhältnis zu dem anfallenden Pflegeaufwand viel oder wenig Pflegepersonal einsetzen.

Die vom InEK berechneten Quotienten der einzelnen Krankenhäuser werden von diesem an das Bundesministerium für Gesundheit und an die Vertragsparteien auf Bundesebene übermittelt, die diese an die für die jeweiligen Krankenhäuser zuständigen Landesbehörden und an die jeweiligen Vertragsparteien auf Krankenhausebene weiterleiten, die diese Angaben für die von ihnen zu schließenden Vereinbarungen benötigen. Die Länder erhalten diese Informationen, damit sie gegebenenfalls auf die ihrem Zuständigkeitsbereich unterfallenden Krankenhäuser einwirken können, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass das Verhältnis zwischen Pflegepersonalausstattung und Pflegepersonalaufwand unange-

messen ist. Dies eröffnet eine weitgehende Transparenz über die Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser und den auf dieses Personal anfallenden Pflegeaufwand und ist Grundlage für in der Rechtsverordnung zu regelnde Veröffentlichungsmodalitäten der Verhältniszahlen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 enthält die Verordnungsermächtigung für die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu erlassende Rechtsverordnung, mit der auf Grundlage des nach Absatz 1 erstellten Vergleichs der Krankenhäuser untereinander eine Untergrenze auf Gesamthausebene eingeführt wird. Hat ein Krankenhaus einen hohen Pflegeaufwand bei einer verhältnismäßig geringen Pflegepersonalausstattung, gilt dies als Indikator dafür, dass eine qualitativ hochwertige Pflege nicht gewährleistet ist und damit eine patientengefährdende Versorgung in der Pflege in Kauf genommen wird. Die hierdurch begründete Vermutung eines unangemessenen Verhältnisses zwischen Pflegepersonalausstattung und Pflegeaufwand kann das Krankenhaus widerlegen, indem es durch Tatsachen nachweist, dass auf Grund besonderer Umstände ausnahmsweise eine angemessene Pflegepersonalausstattung vorliegt. Die konkrete Verhältniszahl und der damit einhergehende Anteil der Krankenhäuser, der nach dem Vergleich der Krankenhäuser nach Absatz 1 ein unterhalb der Untergrenze und damit nicht akzeptables Verhältnis von Pflegepersonalausstattung zu Pflegeaufwand abbildet, ist in der Rechtsverordnung festzulegen, da hierfür die vom InEK übermittelten Verhältniszahlen der Krankenhäuser und der danach gebildete Vergleich maßgeblich sein werden.

Um Personalausstattungen unterhalb der Untergrenze begegnen, ist in der Rechtsverordnung auch das Nähere zu den Sanktionen zu regeln, die die Vertragsparteien auf Krankenhausebene im Fall einer Unterschreitung der Untergrenze zu vereinbaren haben. Diese Sanktionen sind bereits für das Budgetjahr 2020 zu vereinbaren. In der Rechtsverordnung kann auch vorgesehen werden, dass die Sanktionen stufenweise eintreten bzw. sich zunächst auf die Vereinbarung von entsprechenden Verbesserungsmaßnahmen auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser beziehen. Dazu trifft die Rechtsverordnung eine Regelung über eine geeignete Veröffentlichung der Verhältniszahlen der Krankenhäuser.

Da vor dem Hintergrund der unternommenen Maßnahmen zur Stärkung der Pflege, insbesondere der veränderten Pflegepersonalkostgenvergütung, die Verteilung und Entwicklung der Pflegepersonalquotienten derzeit nicht absehbar ist, sieht Satz 5 vor, dass die Untergrenze für die Verhältniszahlen der Krankenhäuser vom BMG nach Ablauf von drei Jahren zu prüfen und gegebenenfalls anzupassen ist. Ergibt die Prüfung, dass die Entwicklung der Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser die Anwendung einer Untergrenze nicht mehr erforderlich ist, kann das BMG durch Rechtsverordnung bestimmen, dass die Untergrenze vorübergehend nicht mehr anzuwenden ist.

Zu Absatz 3

Absatz 3 stellt klar, dass das InEK die ihm durch diese Vorschrift übertragenen Aufgaben in gleicher Weise zu erfüllen hat, als wenn sie ihm von den Vertragspartnern übertragen worden wären. Satz 2 regelt die Finanzierung der dem InEK durch die Erfüllung dieser Aufgaben entstehenden notwendigen Aufwendungen.

Zu Nummer 13

(Zu § 221)

Zu Buchstabe a

Die Streichung trägt den Erfahrungen mit der Durchführung des Krankenhausstrukturfonds Rechnung. Da die Inanspruchnahme der Mittel des Krankenhausstrukturfonds sehr un-

gleichmäßig war, tritt künftig an die Stelle eines festen Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse eine Festlegung dieses Anteils durch das BVA (vgl. Begründung zu Buchstabe b).

Zu Buchstabe b

Die neuen Sätze 5 bis 7 regeln das Verfahren der Festlegung des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Krankenhausstrukturfonds.

Zu Nummer 14

(Zu § 271)

Die Vorschrift enthält die Rechtsgrundlage für die Zuführung von Mitteln aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zum Krankenhausstrukturfonds für den Zeitraum ab 2019.

Zu Nummer 15

(§ 275b)

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung. Mit der Ergänzung in Satz 1 wird klar gestellt, dass die Beauftragung von Regelprüfungen bei Pflegediensten, die nur Leistungen der häuslichen Krankenpflege für die gesetzliche Krankenversicherung erbringen und die somit nicht bereits den Regelprüfungen nach den §§ 114 und 114a SGB XI im Bereich der Pflegeversicherung unterliegen, von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich veranlasst wird.

Zu Nummer 16

(Zu § 291g)

Die Vereinbarung ist Grundlage für die nach § 87 Absatz 2k vorzunehmende Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für die zahnärztlichen Leistungen und soll eine technisch und datenschutzrechtlich sichere Ausgestaltung der Anwendungen gewährleisten.

Zu Nummer 17

(Zu § 301)

Zu Buchstabe a

Seit dem Jahr 2018 können Krankenhäuser für einen bestehenden erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten eine zusätzliche Vergütung abrechnen (Zusatzentgelte ZE162 und ZE163). Aufgrund der Vergütungsrelevanz des Pflegegrades ist eine belastbare Information für eine aufwands- und leistungsgerechte Vergütung und Abrechnung unverzichtbar.

Die Krankenhäuser verfügen für ihre Patientinnen und Patienten aber weder über gesicherte Informationen zum Pflegegrad nach dem SGB XI noch kann dieser im Wege der Diagnostik von ihnen selbst festgestellt werden. Insoweit sind die Krankenhäuser auf entsprechende Informationen Dritter angewiesen. Die Praxis zeigt, dass die Information durch Patientinnen und Patienten oder deren Angehörige vielfach nicht belastbar und fehleranfällig ist.

Auch eine Berücksichtigung des Pflegegrades bei der Prüfung der Abrechnung durch die Krankenkasse scheidet aus, da die Leistungsdaten (OPS-Codes) neben der Abrechnung

auch für die Kalkulation der Zusatzentgelte einzubeziehen sind und daher von den Krankenhäusern gemäß § 21 KHEntgG an das InEK zu übermitteln sind. Damit die Krankenhäuser die zusätzliche Vergütung zukünftig auf einer gesicherten Basis abrechnen können, ist es notwendig, die Krankenkassen zu verpflichten, den Krankenhäusern die hierfür erforderlichen Informationen zur Pflegebedürftigkeit der bei ihnen versicherten Patientinnen und Patienten mitzuteilen. Ziel muss es sein, dass unverzüglich nachdem das Krankenhaus dem Kostenträger die Aufnahme anzeigt, also möglichst zeitnah nach der Aufnahme, dem Krankenhaus die vom Kostenträger übermittelte Information zu einem bestehenden Pflegegrad vorliegt, so dass keine Verzögerungen für das Krankenhaus bei der Abrechnung seiner Leistungen entstehen. Durch die frühzeitige Datenübermittlung wird gewährleistet, dass für die Abrechnung die notwendigen belastbaren Daten rechtzeitig vorliegen und diesbezüglich insoweit spätere Prüfungen und Beanstandungen vermieden werden.

Da die Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit der zwei unterschiedlich hohen Zusatzentgelte ein Pflegegrad von 3 oder höher ist, sind eventuelle gegenüber dem Zeitpunkt der Aufnahme der Patientinnen und Patienten entstehende Veränderungen des Pflegegrades von Relevanz. Vor diesem Hintergrund werden die Krankenkassen auch verpflichtet, während des Krankenhausaufenthaltes bestätigte Änderungen des Pflegegrades sowie Informationen über beantragte Einstufungen zu übermitteln. Das umfasst sowohl eine erstmalige Beantragung eines Pflegegrades als auch eine beantragte Neueinstufung in einen Pflegegrad bei bereits vorliegender Einstufung in einen Pflegegrad.

Gemäß § 96 SGB XI dürfen die Pflegekassen und die Krankenkassen personenbezogene Daten, die zur Erfüllung ihrer jeweiligen gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind, gemeinsam verarbeiten und nutzen. Durch die organisatorische Anbindung der Pflegekassen unter dem Dach der Krankenkassen liegen den Krankenkassen insoweit die Informationen zum Pflegegrad ihrer Versicherten vor. Mit der Übermittlungspflicht der Pflegegrade für Abrechnungszwecke an die Krankenhäuser wird für die Krankenkassen eine verbindliche Rechtsgrundlage zur Datenübermittlung an die Krankenhäuser geschaffen. Das Krankenhaus hat die übermittelten Informationen der Krankenkassen seiner Abrechnung zugrunde zu legen. Der übermittelte Pflegegrad sowie die Informationen über neu beantragte Einstufungen in einen Pflegegrad sind für die Kodierung des Operationen- und Prozedurenschlüssels zum Pflegegrad zu verwenden. Auf diese Weise wird auch gewährleistet, dass belastbare Daten zum Pflegegrad sowie zu neu beantragten Einstufungen über den Datensatz nach § 21 KHEntgG an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt werden und damit in die Kalkulation der Entgelte eingehen.

Zu Buchstabe b

Der GKV-Spitzenverband und die DKG haben nach Absatz 3 bei der Ausgestaltung der Datenübermittlung zum frühestmöglichen Zeitpunkt das Nähere zum Verfahren und zu den Zeitabständen der Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragungen der nach Absatz 2a vorgesehenen unverzüglichen Übermittlungspflicht der Pflegegrade sowie zu neu beantragten Einstufungen in einen Pflegegrad nach SGB XI zu vereinbaren.

Zu Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1

(Zu § 8)

Zu Buchstabe a

Die bisherigen Sätze 3 und 4 werden neu gefasst.

Einerseits wird hierdurch die bisherige Vorgabe zur Überführung der in den Jahren 2016 bis 2018 krankenhaushausindividuell vereinbarten Mittel des Pflegestellten-Förderprogramms

bei der Neufassung nicht mehr berücksichtigt. Damit wird gewährleistet, dass die krankenhausindividuell vereinbarten Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms auch über das Jahr 2018 hinaus dem einzelnen Krankenhaus in der vereinbarten Höhe verbleiben. Sie werden über das Jahr 2018 hinaus beim einzelnen Krankenhaus mit weiteren Finanzmitteln für zusätzlich eingestelltes Pflegepersonal addiert. Damit wird dem Ziel einer besseren Finanzierung des krankenhausindividuellen Pflegebedarfs Rechnung getragen.

Andererseits wird eine Klarstellung in der Berechnungsmethodik des Pflegezuschlags vorgenommen.

Der Pflegezuschlag ist im KHEntgG geregelt und soll dementsprechend in den Krankenhäusern Anwendung finden, die nach dem KHEntgG ihre Budgets verhandeln und ihre Leistungen abrechnen. Das trifft auf Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag nicht zu, so dass deren Pflegepersonalkosten nicht in die Datengrundlage der Berechnung des Pflegezuschlags für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG einzubeziehen sind. Zudem werden in der Statistik ausgewiesene Vollzeitstellen in Einrichtungen der Psychiatrie und in der Psychosomatik bei der Berechnung der Personalkosten für das Pflegepersonal nicht berücksichtigt. Dagegen rechnen psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen in ihren somatischen Fachabteilungen nach den Vorgaben des KHEntgG ab. Insoweit ist auch in diesen Einrichtungen der Pflegezuschlag in Anwendung zu bringen.

Durch ein Inkrafttreten im Jahr 2018 ist die neue Berechnungsmethodik erstmals für die Vereinbarung des Pflegezuschlags für das Jahr 2019 anzuwenden. Dies gilt für die Ausführungen zu Buchstabe b entsprechend.

Zu Buchstabe b

Für den Fall unterjähriger Tarifvereinbarungen hat der Gesetzgeber mit § 8 Absatz 10 Satz 10 neuer Zählung die Option einer unterjährigen Tarifrefinanzierung eröffnet. Für eine praktikable Erhöhung der unterjährig vereinbarten Erhöhungsrates zur Tarifrefinanzierung sprechen sich die Vertragsparteien auf Bundesebene jedoch für eine vollständige Berücksichtigung beim Landesbasisfallwert aus und haben dies z. B. auch für die Landesbasisfallwerte 2018 so umgesetzt. Vor diesem Hintergrund wird die Regelung zur Rechtsbereinigung aufgehoben.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung eines Pflegebudgets nach § 6a für die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung und deren Abzahlung über tagesbezogene Pflegeentgelte. Der Pflegezuschlag wird für Patientenaufnahmen ab dem 1. Januar 2020 nicht mehr bezahlt. Für Patientinnen und Patienten, die noch im Jahr 2019 aufgenommen werden, ist dagegen der Pflegezuschlag weiterhin zu zahlen. Eine Überführung der Mittel des Pflegezuschlags in das Pflegebudget nach § 6a erfolgt nicht. Pflegepersonalkosten, die bis Ende des Jahres 2019 mit dem Pflegezuschlag finanziert werden, werden ab dem Jahr 2020 im Rahmen des Pflegebudgets abgegolten.

Zu Nummer 2

(Zu § 10)

Zu Buchstabe a

Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung sind bislang absenkend und Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung erhöhend bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen. Um zu ermöglichen, dass die Höhe der Zu- und Abschläge von den Vertragsparteien auf Bundesebene unabhängig von möglichen Rückwirkungen auf den Landesbasisfallwert vereinbart wird, geben die Änderungen der Nummern 6 und 7 vor, dass Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung wie auch

Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung zukünftig keine absenkende oder erhöhende Auswirkung auf den Landesbasisfallwert haben. Vielmehr werden die entsprechenden Zu- oder Abschläge zukünftig ohne eine Verbindung zum Landesbasisfallwert vergütet. Die Änderung ist erforderlich, um die Erfüllung der Vorgaben über strukturelle, personelle und apparative Anforderungen an die stationäre Notfallversorgung, die sich aus dem Beschluss des G-BA über die Erstfassung der Regelung zu einem gestuften System zu Notfallstrukturen in Krankenhäusern vom 19. April 2018 ergeben, sachgerecht zu finanzieren. Dies betrifft die mit der Vorhaltung einhergehenden Kosten.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Streichung der Rückwirkung von Zu- und Abschlägen für die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Notfallversorgung auf den Landesbasisfallwert.

Zu Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1

(Zu § 3)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung eines Pflegebudgets nach § 6a für die krankenspezifischen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung und dessen Abzahlung über tagesbezogene Pflegeentgelte.

Zu Nummer 2

(Zu § 4)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung.

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz bzw. dem GKV-Finanzierungsgesetz wurde ein Abschlag für zusätzlich im Vergleich zum Vorjahr vereinbarte Leistungen eingeführt (Mehrleistungsabschlag). Der Mehrleistungsabschlag wurde durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) mit Wirkung ab dem Jahr 2017 durch den sogenannten Fixkostendegressionsabschlag ersetzt. Die Regelungen zum Mehrleistungsabschlag in Absatz 2a werden deshalb wegen Zeitablaufs aufgehoben.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa und zu Doppelbuchstabe bb

Zur Verbesserung der Planungssicherheit und um unnötige Bürokratie zu vermeiden, wird die regelhafte Höhe des Fixkostendegressionsabschlags über das Jahr 2018 hinausgehend gesetzlich auf 35 Prozent festgelegt. Von der Vorgabe, krankenspezifisch in bestimmten Konstellationen höhere Abschlagssätze zu vereinbaren, wurde nur in geringem Umfang Gebrauch gemacht, so dass der vereinbarte durchschnittliche Abschlagssatz auf diesem Niveau liegt. Mit der Änderung sind daher keine Mehrausgaben verbunden. Durch die dauerhafte gesetzliche Vorgabe können der Verhandlungsaufwand und der Konfliktgehalt der Verhandlungen vermindert werden. In der Folge entfallen auch entsprechende Verhandlungen der Vertragspartner auf Landesebene (vgl. Ausführungen zu § 10 Absatz 13). Zugleich wird die bisher durch § 10 Absatz 13 vorgegebene dreijährige Erhebungsdauer des Fixkostendegressionsabschlags in die geänderte Fassung von Satz 1 übernommen.

Die bisherige Vorgabe durch Satz 2, in bestimmten Konstellationen höhere Abschlagssätze oder längere Abschlagsdauern zu verhandeln, entfällt, da hiervon nur in geringem Umfang Gebrauch gemacht wurde.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des Satzes 2.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des bisherigen Absatzes 2a.

Mehrleistungsabschläge nach dem bisherigen § 4 Absatz 2a waren für die Dauer von drei Jahren zu vereinbaren. Dies führt dazu, dass in den Jahren 2017 und 2018 ein nachwirkender Mehrleistungsabschlag für die Jahre 2015 und 2016 zu erheben ist. Die Regelung des bisherigen Satzes 7, dass dieser Mehrleistungsabschlag zum Gesamtbetrag des Fixkostendegressionsabschlags hinzuzurechnen ist, ist somit für die Budgetvereinbarungen für das Jahr 2019 wegen des dann eingetretenen Zeitablaufs nicht mehr relevant und wird deshalb aufgehoben.

Zu Doppelbuchstabe ee

Es handelt sich um eine sprachliche Folgeänderung zur Aufhebung des bisherigen Satzes 7.

Zu Doppelbuchstabe ff

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des Satzes 2.

Zu Buchstabe c

Mit dem KHSG wurde § 4 Absatz 4 dahingehend ergänzt, dass neben den Leistungen für ausländische Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung nach Deutschland einreisen, auch Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz auf Verlangen eines Krankenhauses nicht im Rahmen des Erlösbudgets vergütet werden. Die Regelung des Satzes 2, nach der dieses Verlangen für im Jahr 2015 zusätzlich erbrachte Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, die in einem nachfolgenden Vereinbarungszeitraum zu Mehrerlösausgleichen führen, nachträglich geäußert werden kann, ist wegen Zeitablaufs nicht mehr relevant und wird deshalb aufgehoben.

Zu Buchstabe d

Zur Verbesserung der Personalausstattung in der Pflege wird das bestehende Pflegestellen-Förderprogramm bedarfsgerecht weiterentwickelt und ausgebaut. Anstelle der bislang zum Jahresende vorgesehenen Beendigung der Förderung wird diese über das Jahr 2018 verlängert. Zudem werden die Rahmenbedingungen der Förderung weiter ausgebaut. Zum einen werden zukünftig zusätzliche Neueinstellungen oder Aufstockungen von Teilzeitstellen für die Pflege am Bett vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Der bisherige zehnjährige Eigenanteil entfällt für ab dem Jahr 2019 getätigte Neueinstellungen und Personalaufstockungen bei Personalstellen für die Pflege am Bett. Zum anderen wird die bislang vorgesehene Begrenzung des jährlich zu vereinbarenden Betrags zur Finanzierung der Neueinstellung oder Aufstockung von Teilzeitstellen bis zu einem maximal 0,15-prozentigen Budgetanteil aufgehoben. Ferner verbleiben die Mittel des laufenden Pflegestellen-Förderprogramms weiterhin dem einzelnen Krankenhaus, so dass auf die bislang vorgesehene Mittelüberführung in den Pflegezuschlag zum Jahr 2019 verzichtet wird. Das Pflegestellen-Förderprogramm mit seinen neuen Rahmenbedingungen gilt bis zum Inkrafttreten der neuen Pflegepersonalkostenfinanzierung mittels des Pflegebudgets ab dem Jahr 2020.

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit Satz 1 wird die bisherige zeitliche Befristung des Pflegestellen-Förderprogramms auf die Jahre 2016 bis 2018 aufgehoben und bis zur Einführung der neuen Pflegepersonalkostenfinanzierung ab dem Jahr 2020 verlängert. Um einen größeren Anreiz für die zusätzliche Einstellung bzw. Aufstockung von Pflegepersonal am Bett zu schaffen, wird ab dem Jahr 2019 jede zusätzlich besetzte bzw. aufgestockte Pflegestelle in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen von den Kostenträgern umfassend finanziert. Die bisherige Eigenbeteiligung der Krankenhäuser in Höhe von zehn Prozent entfällt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Satz 2 sieht für die umfassende Finanzierung der zusätzlichen Pflegekräfte am Bett die Vereinbarung eines entsprechenden zusätzlichen Betrags zwischen den Vertragsparteien nach § 11 vor. Damit wird auf die bislang vorgesehene Begrenzung des jährlich zu vereinbarenden Betrags zur Finanzierung der Neueinstellung oder Aufstockung von Teilzeitstellen bis zu einem maximal 0,15-prozentigen Budgetanteil verzichtet. Mit Blick auf den entfallenden bisherigen Eigenanteil und die entfallende Budgetobergrenze können die Krankenhäuser zukünftig höhere Beträge mit den Kostenträgern vereinbaren. Jede neu eingestellte Pflegekraft bzw. jede aufgestockte Pflegestelle für die Pflege am Bett wird vollständig finanziert. Ansonsten ist die Vorgehensweise für die Vereinbarung des zusätzlichen Betrags und die Ermittlung und Abrechnung eines krankenhausespezifischen Zuschlags grundsätzlich unverändert gegenüber der bisherigen Vorgehensweise.

Da zusätzliche Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen zukünftig ohne Budgetobergrenze vollständig bezahlt werden, wird der bisherige Satz 3 aufgehoben, der die bisher geltende Budgetobergrenze im Zweijahreszeitraum flexibilisiert hat. Der neue Satz 3 nimmt den Regelungsgehalt des bisherigen Satzes 4 auf und entwickelt ihn weiter. Ein bereits vor der Neuregelung für Kalenderjahre ab dem Jahr 2016 im Rahmen des aktuell laufenden Pflegestellen-Förderprogramms krankenhausespezifischer vereinbarter Betrag ist in den Folgejahren um einen zusätzlichen im Jahr 2019 vereinbarten Betrag für Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen für die Pflege am Bett zu erhöhen. Durch die Änderung wird in Verbindung mit dem Wegfall des bisherigen § 8 Absatz 10 Satz 3 zweiter Halbsatz gewährleistet, dass im Rahmen des bisherigen Pflegestellen-Förderprogramms vereinbarte Mittel dauerhaft dem Krankenhaus verbleiben und basiswirksam um die umfassende Finanzierung von zusätzlichen oder aufgestockten Pflegestellen am Bett erhöht werden.

Zu Doppelbuchstabe cc

Im neuen Satz 4, dem bisherigen Satz 5, wird der Stichtag für den Nachweis zusätzlichen Pflegepersonals durch einen Vergleichszeitraum ersetzt und an den neuen Förderzeitraum angepasst. Voraussetzung für die Förderung durch das weiterentwickelte Pflegestellen-Förderprogramm ist, dass im Vergleich zur jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung im Jahr 2018, umgerechnet auf Vollkräfte, zusätzliches Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung neu eingestellt wird oder Teilzeitstellen aufgestockt werden. Neueinstellungen zum 1. Januar 2019 werden damit bereits dem neuen Förderzeitraum zugerechnet.

Zu Doppelbuchstabe dd

Im neuen Satz 5, dem bisherigen Satz 6, wird eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des Satzes 3 vorgenommen.

Zu Doppelbuchstabe ee

In dem neuen Satz 8, dem bisherigen Satz 9, wird mit der Neuregelung des zweiten Halbsatzes vorgegeben, dass im Fall einer geförderten Neueinstellung oder Aufstockung von

Pflegestellen und einer später eintretenden Minderung des Pflegepersonals am Bett, der zusätzlich von den Kostenträgern finanzierte Betrag anteilig entsprechend dem geminderten Pflegepersonal zu reduzieren ist. Mit der Regelung soll gewährleistet werden, dass Fördermittel für eine dauerhafte Neueinstellung und Aufstockung der Pflege am Bett bereitgestellt werden, und eine zweckwidrige Inanspruchnahme durch nur kurzzeitige Einstellungen und Aufstockungen verhindert werden. Die Neuregelung ergänzt die unverändert geltende Regelung des ersten Halbsatzes, wonach in Anspruch genommene Mittel, die nicht für Neueinstellungen oder Aufstockungen verwendet wurden, zurückzuzahlen sind.

Zu Doppelbuchstabe ff

Der neue Satz 9 nimmt den zweiten Halbsatz des bisherigen Satzes 8 auf und entwickelt diesen weiter. Der neue Satz 9 bildet die Grundlage für die Prüfung einer nach dem neuen Satz 8 notwendigen Rückzahlung oder Minderung von Mitteln des Pflegestellen-Förderprogramms. Das Krankenhaus hat zur Prüfung lediglich einmal, für das Jahr 2018, den jahresdurchschnittlichen Ausgangspersonalbestand für die Pflege am Bett und die Pflege insgesamt vor Beginn des weiterentwickelten Pflegestellen-Förderprogramms vorzulegen sowie jährlich die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung für diese Bereiche nachzuweisen. Beides muss mit Blick darauf, dass auch die Aufstockung von Teilzeitstellen gefördert wird, nach Voll- und Teilzeitkräften sowie umgerechnet auf Vollzeitkräfte ausgewiesen werden. Diese Informationen sind, zusammen mit dem Testat für eine zweckentsprechende Verwendung der Mittel, vom Jahresabschlussprüfer zu bestätigen.

Zu Doppelbuchstabe gg

In Folge der Verlängerung des weiterentwickelten Pflegestellen-Förderprogramms werden die nachlaufenden, modifizierten Berichtspflichten zum Pflegestellen-Förderprogramm der Jahre 2016 bis 2018 aufgehoben.

Der neue Satz 12 regelt, dass im Jahr der erstmaligen Anwendung des Pflegebudgets nach § 6a der Finanzierungsbetrag, der vom Krankenhaus für Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen verwendet wird, in dem Pflegebudget aufgeht. Mittel, die die Krankenhäuser bislang über Zuschläge im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms erhalten haben, erhalten die Krankenhäuser zukünftig im Rahmen des Pflegebudgets.

Zu Buchstabe e

In der Krankenpflege gibt es einen hohen Bedarf an Pflegefachkräften, der derzeit durch das Angebot am Arbeitsmarkt nicht ausreichend gedeckt werden kann. Es ist absehbar, dass sich die Situation aufgrund des demografischen Wandels noch weiter verschärfen wird. Vor diesem Hintergrund ist eine gute und verlässliche Pflege sicherzustellen. Dies gilt für die ambulante Versorgung pflegebedürftiger Menschen, für die Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen als auch für die Versorgung in Krankenhäusern.

Es ist unerlässlich, dem genannten Mangel an Fachkräften in der Krankenpflege in dieser besonderen Situation durch entsprechende Maßnahmen entgegenzuwirken. Hierbei ist besonders zu berücksichtigen, dass professionelle Pflege rund um die Uhr, an sieben Tagen in der Woche geleistet wird. Dies stellt besonders hohe Anforderungen an die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Es ist daher ausnahmsweise gerechtfertigt, dass wegen der besonderen Bedeutung der stationären Pflege für die Versorgung in Krankenhäusern die gesetzliche Krankenversicherung sich mit Beitragsmitteln hälftig an der Finanzierung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarung von Pflege, Familie und Beruf beteiligt.

Zusätzlich zu der durch § 4 Absatz 8 erfolgenden umfassenden Finanzierung der Personalkosten von Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen für Pflegepersonal am Bett werden zur strukturellen Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen

in der Pflege zukünftig durch Absatz 8a geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf anteilig von den Kostenträgern finanziert.

Satz 1 bestimmt mit den Jahren 2019 bis 2024 einen begrenzten, sechsjährigen Förderzeitraum. Während des Förderzeitraums werden die Kosten von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, die geeignet sind, Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen zusätzlich zu fördern, hälftig von den Kostenträgern finanziert, sofern das Krankenhaus entsprechende Maßnahmen ergreift. Geeignete Maßnahmen sind z. B. mitarbeiterorientierte Arbeitszeitmodelle, Maßnahmen für eine größere Dienstplanstabilität oder die Förderung von individuellen oder gemeinschaftlichen Betreuungsangeboten, die den Anforderungen von Schicht-, Wochenend- und Feiertagsarbeit Rechnung tragen.

Zu diesem Zweck können die Krankenhäuser mit den Kostenträgern einen Förderbetrag vereinbaren. Nach Satz 2 ist dieser jährliche Betrag für entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf bezogen auf das einzelne Krankenhaus im Jahr 2019 auf 0,1 Prozent des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1, also der Summe aus Erlösbudget nach § 4 und Erlössumme nach § 6 Absatz 3 begrenzt. In den Jahren 2020 bis 2024 ist der Betrag jährlich auf 0,12 Prozent des Gesamtbetrags begrenzt. Die Anhebung des Prozentsatzes ist erforderlich, um vor dem Hintergrund einer Verminderung des Gesamtbetrags ab dem Jahr 2020 durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten eine weitgehend gleich hohe Fördersumme für jedes Förderjahr zu ermöglichen. Eine Fortzahlung von Mitteln über den sechsjährigen Förderzeitraum hinaus erfolgt nicht.

Nach Satz 3 können Beträge, die in einem Kalenderjahr nicht für geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf genutzt wurden, im Folgejahr vereinbart werden. Sie erhöhen das verfügbare Fördervolumen im Jahr 2020 bis zu einer Obergrenze von 0,22 Prozent und in den Jahren 2021 bis 2024 von jeweils 0,24 Prozent des Gesamtbetrags.

Satz 4 gibt vor, dass Förderbeträge in den Folgejahren fortgezahlt und kumuliert werden, soweit die jeweils vereinbarten Maßnahmen dies erfordern. Eine Fortzahlung von Mitteln über den sechsjährigen Förderzeitraum hinaus erfolgt nicht.

Fördervoraussetzung nach Satz 5 ist, dass das Krankenhaus mit dem Ziel, die strukturellen Bedingungen zur Beschäftigung zusätzlicher Pflegekräfte zu optimieren, Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf ergreift und hierüber eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung geschlossen hat.

Nach Satz 6 sind die Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in den Jahren 2019 bis 2024 durch einen gesondert in der Rechnung auszuweisenden Zuschlag auf die DRG-Fallpauschalen und auf die Zusatzentgelte sowie auf die krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelte zu finanzieren. Für die Ermittlung der Höhe des Zuschlags, die Konfliktlösung durch die Schiedsstelle nach § 13 und die Vorgaben zur Rückzahlung von nicht in Anspruch genommenen Mitteln oder die Minderung von nur zeitweise in Anspruch genommenen Mitteln gelten die Sätze 6 bis 8 des Absatzes 8 entsprechend.

Der Krankenhausträger hat nach Satz 7 den Kostenträgern als den anderen Vertragsparteien nach § 11 eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Auf dieser Grundlage ist über die Rückzahlung oder Minderung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln zu entscheiden.

Der GKV-Spitzenverband hat nach Satz 7 dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 30. Juni, erstmals zum 30. Juni 2020, einen Bericht über die Art und die Anzahl der zur Verbesserung von Pflege, Familie und Beruf geförderten Maßnahmen sowie über den Umfang der aufgrund dieser Maßnahmen erfolgten Neueinstellungen und Aufstockungen

vorhandener Teilzeitstellen vorzulegen. Durch den Bericht erhält das Bundesministerium für Gesundheit Informationen darüber, in welchem Umfang die Krankenhäuser Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf durchgeführt haben, welcher Art die Maßnahmen waren und wieviel zusätzliche Pflegestellen oder aufgestockte Teilzeitstellen damit eingerichtet wurden.

Nach Satz 8 gelten die Vorgaben nach Absatz 8 Satz 11 zur Übermittlung von Informationen für die Berichterstattung des GKV-Spitzenverbandes sowie nach § 5 Absatz 4 Satz 5 zum vollständigen Ausgleich von entstehenden Erlösausgleichen entsprechend.

Zu Buchstabe f

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Präzisierung ist erforderlich, da die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention ergänzend zu ihrer Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ aus dem Jahr 2009 (Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 951-962) im Jahr 2016 die Empfehlung „Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker/innen“ (Bundesgesundheitsblatt 2016, S. 1183-1188) erlassen hat.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur geänderten Satzzählung in Absatz 8.

Zu Doppelbuchstabe cc

Um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden, dürfen im Rahmen des Hygieneförderprogramms nach § 4 Absatz 9 keine Pflegepersonalkosten finanziert werden, die über das Pflegebudget finanziert werden.

Zu Nummer 3

(Zu § 6)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der vollständigen Tarifrefinanzierung beim Pflegepersonal. Bei der überwiegenden Mehrheit der Krankenhäuser, deren Leistungen mit auf der Bundesebene kalkulierten Fallpauschalen vergütet werden, erfolgt die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb der geltenden Obergrenze liegen, über eine Anhebung der Landesbasisfallwerte. Der neu gefasste Satz 5 gewährleistet, dass auch bei Leistungen, deren Vergütung krankenhaushausindividuell vereinbart wird, bei Tarifsteigerungen oberhalb der geltenden Obergrenze die Tarifsteigerungen des Pflegepersonals vollständig finanziert werden. Dies betrifft speziell besondere Einrichtungen. Um eine vollständige Tarifrefinanzierung beim Pflegepersonal zu gewährleisten, darf der Anstieg der Erlössumme nicht durch eine Obergrenze beschränkt werden. Die Begrenzung des Anstiegs der Erlössumme findet daher insoweit bei einer Umsetzung der Tarifrefinanzierung keine Anwendung. Für Mittel, die für eine vollständige Tarifrefinanzierung beim Pflegepersonal vorgesehen sind, aber für andere Zwecke verwendet werden, ist in der Vereinbarung der Erlössumme ebenso wie bei der Vereinbarung des Erlösbudgets eine Rückzahlung zu regeln (siehe dazu Ausführungen zu § 11 Absatz 1 Satz 5).

Die vollständige Tarifrefinanzierung gilt für das Pflegepersonal unabhängig von seinem konkreten Einsatzgebiet im Krankenhaus. Auf die weiteren Ausführungen im Zusammenhang mit der Neufassung von § 10 Absatz 5 Satz 2 wird verwiesen.

Eine Erhöhung der Erlössumme, die sowohl Personal- als auch Sachkosten umfasst, um 40 Prozent der Erhöhungsrates entspricht bei somatischen Krankenhäusern einer vollständigen Tarifrefinanzierung beim Pflegepersonal und einer – bereits bislang geltenden – hälftigen Tarifrefinanzierung für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich. Dabei sind die unterschiedlichen Anteile der drei Personalbereiche an den Gesamtpersonalkosten berücksichtigt.

Die näheren Einzelheiten für die vollständige Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal und die weiterhin hälftige Tarifrefinanzierung für das übrige Personal ergeben sich aus § 9 Absatz 1 Nummer 7 in Verbindung mit § 10 Absatz 5 vor.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Erlössumme nach § 6 Absatz 3 ist insoweit zu kürzen, als sie Pflegepersonalkosten umfasst, die zukünftig über das Pflegebudget nach § 6a finanziert werden.

Zu Buchstabe b

Mit dem KHSG wurde § 4 Absatz 4 dahingehend ergänzt, dass neben den Leistungen für ausländische Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung nach Deutschland einreisen, auch Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz auf Verlangen eines Krankenhauses nicht im Rahmen des Erlösbudgets vergütet werden. Rechtsfolge einer solchen Ausgliederung ist, dass die Erlösausgleiche für diese Leistungen keine Anwendung finden. Zudem unterliegen diese Leistungen bei somatischen Krankenhäusern nicht dem Fixkostendegressionsabschlag. Die Regelung dient dazu, Krankenhäuser von administrativem Aufwand zu entlasten.

Eine entsprechende Ausgliederung aus einer zu vereinbarenden Erlössumme sieht das KHEntgG bislang nicht vor. Hierfür gibt es keine sachliche Begründung. Es war keine andere Behandlung von besonderen Einrichtungen beabsichtigt. Die Regelung stellt sicher, dass auch bei der Vereinbarung von krankenhausesindividuellen Entgelten für Leistungen oder für besondere Einrichtungen sowohl die Leistungen für ausländische Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung nach Deutschland einreisen, als auch die Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz auf Verlangen der besonderen Einrichtung außerhalb der Erlössumme vergütet werden.

Zu Nummer 4

(Zu § 6a)

Im Zusammenhang mit der neuen Pflegepersonalkostenvergütung gibt § 6a die Einzelheiten für die Vereinbarung eines Pflegebudgets durch die Vertragsparteien nach § 11 vor. Die Regelung gibt den rechtlichen Rahmen für die Anwendung des nach § 17b Absatz 4 KHG vereinbarten Pflegeerlöskatalogs für eine bessere und krankenhausesindividuelle Vergütung der Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung vor.

Zu Absatz 1

Satz 1 gibt vor, dass das Pflegebudget von den Vertragsparteien nach § 11 zur Finanzierung der auf der Grundlage von § 17b Absatz 4 Satz 1 und 2 KHG definierten Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung zu vereinbaren ist.

Satz 2 listet ergänzend zu der positiven Definition des Pflegebudgets auf, welche Entgelte nicht Gegenstand des Pflegebudgets sind. Hierzu gehören die Entgelte des Erlösbudgets, soweit nicht bisherige Bestandteile des Erlösbudgets nach Absatz 2 Satz 3 ausdrücklich bei der erstmaligen Vereinbarung in das Pflegebudget einbezogen werden bzw. nach Absatz 2 Satz 4 zumindest eine teilweise Einbeziehung in Frage kommt. Auch umfasst das Pflegebudget nicht die in der Erlössumme nach § 6 zusammengefassten, krankenhausesindividuell

zu vereinbarenden Entgelte, soweit nicht enthaltene Pflegeerlösanteile zu bereinigen sind. Ferner schließt es die aus unterschiedlichen Gründen zu leistenden Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 nicht ein. Ebenso beinhaltet es nicht die Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Absatz 2 und die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern.

Die Mittel des Pflegebudgets sind nach Satz 3 vom Krankenhaus zweckgebunden zur Finanzierung der Kosten von Pflegepersonal in der Patientenversorgung zu verwenden. Damit wird gewährleistet, dass die für Pflegepersonal bereitgestellten Mittel zweckentsprechend und nicht etwa für investive oder andere Zwecke eingesetzt werden. Soweit ein Krankenhaus dieser Anforderung nicht entspricht, sind die nicht zweckentsprechend verwendeten Mittel nach Satz 4 zurückzuzahlen. Die Rückzahlung erfolgt über die Verrechnung mit dem Pflegebudget des nächstmöglichen Vereinbarungszeitraums.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die generellen Vorgaben für die Ermittlung des Pflegebudgets.

Ausgangsgrundlage für die Ermittlung des Pflegebudgets ist die Summe der im Vorjahr für das jeweilige Krankenhaus entstandenen Pflegepersonalkosten. Gegenüber dem Vorjahr zu erwartende kostenwirksame Veränderungen sind nach Satz 2 zusätzlich zu berücksichtigen. Zu nennen sind hier insbesondere Veränderungen in der Anzahl der Pflegekräfte und in deren unterschiedlichen Qualifikationen, die sich über die Berufsbezeichnungen erfassen lassen, sowie weitere kostenwirksame Entwicklungen, z. B. Tarifierhöhungen.

Sofern die tatsächlichen Pflegepersonalkosten von den vereinbarten Pflegepersonalkosten abweichen, sind die Mehr- oder Minderkosten nach Satz 4 bei der Vereinbarung der Pflegebudgets für das auf das Vereinbarungsjahr folgende Jahr zu berücksichtigen. Dies erfolgt, indem das Pflegebudget für das Vereinbarungsjahr berichtigt wird und Ausgleichszahlungen für das Vereinbarungsjahr geleistet werden.

Nach Satz 4 wird der Zuwachs des Pflegebudgets nicht durch die Obergrenze des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1b Satz 1 begrenzt. Sofern die Kostenentwicklung dies erfordert, kann ein dynamisch wachsendes Pflegebudget vereinbart werden, unabhängig davon, ob die Kostenentwicklung durch zusätzliche Einstellungen oder Lohn- und Gehaltssteigerungen des Pflegepersonals in der Patientenversorgung bedingt ist.

Um dementsprechend eine dem krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf und dem hierfür erforderlichen Aufwand ausreichende Finanzierung zu gewährleisten, wird nach Satz 5 die Wirtschaftlichkeit der dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten nicht geprüft. Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist von den Krankenhäusern zu beachten. Es findet aber keine Prüfung statt, ob die Pflegepersonalkosten wirtschaftlich sind. Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gilt als wirtschaftlich. Eine höhere Bezahlung ist im Pflegebudget bei Vorliegen eines sachlichen Grundes zu berücksichtigen. Ohne diese Regelungen bestünde die Möglichkeit, dass sich die Kostenträger im Rahmen der Vereinbarung des Pflegebudgets einer umfassenden Finanzierung der krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten entziehen.

Mit dem Ziel, auch für die Zukunft Anreize für einen effizienten Einsatz von Pflegepersonal in der Patientenversorgung zu setzen, eröffnet Satz 6 mit der Einführung des Pflegebudgets zum Jahr 2020 die Option, dass in einem bestimmten Rahmen pflegeentlastende oder pflegesubstituierende Maßnahmen erhöhend im Pflegebudget zu berücksichtigen sind. Bei den pflegeentlastenden Maßnahmen ist beispielhaft an Prozessoptimierungen zu denken, um das Pflegepersonal in der Patientenversorgung in seinen Kernkompetenzen zu entlasten und bestehende Aufgaben, z. B. durch Hilfspersonal oder technische Lösungen, effizienter zu organisieren. Ein teilweiser Ersatz von Pflegepersonal in der Patientenversorgung kann

z. B. durch den vermehrten Einsatz von Robotik gelingen. Voraussetzung für eine Berücksichtigung von pflegeentlastenden oder pflegesubstituierenden Maßnahmen im Pflegebudget ist, dass durch die vereinbarten Maßnahmen keine Beeinträchtigung oder gar Gefährdung der Patientensicherheit im einzelnen Krankenhaus eintreten darf. Zur Ermittlung des zulässigen Finanzierungsvolumens aus Mitteln des Pflegebudgets haben die Vertragsparteien nach § 11 zu vereinbaren, in welchem Umfang durch die vereinbarten Maßnahmen Pflegepersonalkosten eingespart werden. Eine Doppelfinanzierung ist von den Vertragsparteien nach § 11 auszuschließen.

Insgesamt ist nach Satz 7 die im Rahmen des Pflegebudgets berücksichtigungsfähige Höhe der zu finanzierenden pflegeentlastenden oder pflegesubstituierten Maßnahmen auf eine Obergrenze von fünf Prozent des Pflegebudgets begrenzt.

Nach Satz 8 hat das Krankenhaus für eine Berücksichtigung im Pflegebudget die pflegeentlastende oder pflegesubstituierende Wirkung von geeigneten Maßnahmen gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 11 zu begründen. Die Durchführung der Maßnahmen ist vom Krankenhaus gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 11 nachzuweisen. Die Mittel für nicht durchgeführte Maßnahmen sind vom Krankenhaus zurückzuzahlen und das Pflegebudget ist entsprechend zu mindern.

Zu Absatz 3

Absatz 3 trifft Vorgaben für die Unterlagen, die für die Verhandlung des Pflegebudgets vom Krankenhausträger den anderen Vertragspartnern nach § 11 vorzulegen sind.

Nach Satz 1 hat das Krankenhaus zur Vorbereitung der Verhandlungen des Pflegebudgets die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung von Pflegevollkräften, gegliedert nach Berufsbezeichnungen der Pflegekräfte vorzulegen. Ferner sind Daten zu den Pflegepersonalkosten zu übermitteln, die eine differenzierte Beurteilung der Kostensituation durch die Kostenträger ermöglicht.

Die Daten sind nach Satz 2, entsprechend der Vorgehensweise bei der Vereinbarung des Erlösbudgets, als Ist-Daten für das abgelaufene und das laufende Kalenderjahr vorzulegen sowie als Forderungsdaten für den Vereinbarungszeitraum. Da die Vorgaben von § 11 auch für die Verhandlung des Pflegebudgets anzuwenden sind, sind die gängigen Einzelheiten bei Budgetverhandlungen zu beachten, wie z. B. die auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzunehmende Übermittlung der Verhandlungsunterlagen zur Vorbereitung der Verhandlungen an die anderen Vertragsparteien nach § 11, aber auch an die Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 KHG und an die zuständige Landesbehörde.

Nach Satz 3 hat das Krankenhaus zum Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung nach dem Vereinbarungsjahr des Pflegebudgets den Kostenträgern zudem jährlich bis zum 30. April ein Testat des Wirtschaftsprüfers über die jahresdurchschnittliche Zahl der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, über die Pflegepersonalkosten sowie über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Zudem sind die Daten dem InEK zu übermitteln. Das InEK benötigt die Daten, um eine umfassende Datengrundlage für die Weiterentwicklung des DRG-Systems und den hiermit in Verbindung stehenden neuen Pflegeerlöskatalog zu haben. Für die Entwicklungsarbeiten sind möglichst belastbare Informationen zur Grundgesamtheit der nach § 17b Absatz 4 KHG auszugliedernden Pflegepersonalkosten notwendig. Mit den vom Jahresabschlussprüfer testierten Daten werden Daten in der für die Entwicklung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung relevanten Abgrenzung genutzt, ohne dass ein zusätzlicher Erhebungsaufwand entsteht.

Nach Satz 4 sind die Vorgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 zu den vorzulegenden Unterlagen zu beachten.

Zu Absatz 4

Das vereinbarte Pflegebudget wird leistungsorientiert durch einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert abgezahlt. Der Pflegeentgeltwert wird unter Nutzung des zu kalkulierenden Pflegeerlöskatalogs ermittelt. Nach Satz 2 wird hierzu das vereinbarte Pflegebudget für das Vereinbarungsjahr dividiert durch die auf der Grundlage des Pflegeerlöskatalogs ermittelte Summe der voraussichtlichen Bewertungsrelationen des Krankenhauses. Damit wird die Transparenz über das Leistungsgeschehen in der Pflege gestärkt, da Unterschiede im pflegerischen Aufwand der Häuser und in der verfügbaren Pflegepersonalausstattung offenbar werden. Der resultierende Pflegeentgeltwert für das jeweilige Kalenderjahr ist als Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen bei zugelassenen Krankenhäusern für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich für die Abrechnung im Zusammenhang mit voll- und teilstationären Belegungstagen in Rechnung zu stellen.

Zu Absatz 5

Entstehen bei der Abzahlung des Pflegebudgets während des Vereinbarungsjahrs Abweichungen gegenüber dem vereinbarten Pflegebudget, so sind diese nach Satz 1 unabhängig von deren Ursache vollständig auszugleichen. Hintergrund ist, dass das Pflegebudget vom Krankenhaus zur vollständigen Deckung von Pflegepersonalkosten benötigt wird. Nach Satz 2 ist durch entsprechende Anwendung von § 4 Absatz 3 Satz 7 für die Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse vom Krankenhaus eine bestätigte Aufstellung über die Erlöse aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten vorzulegen. Durch entsprechende Anwendung von § 4 Absatz 3 Satz 9 wird vorgegeben, dass bei der Verhandlung des Pflegebudgets Abschlagszahlungen auf einen erforderlichen Ausgleichsbetrag zu berücksichtigen sind, wenn zum Verhandlungszeitpunkt der endgültige Betrag noch nicht bekannt ist. Nach Satz 3 ist der Ausgleichsbetrag durch Verrechnung mit dem Pflegebudget des nächstmöglichen Vereinbarungszeitraums abzuwickeln.

Zu Absatz 6

Absatz 6 enthält Vorgaben für die Vereinbarung des ersten Pflegebudgets, also des Pflegebudgets für das Jahr 2020.

Danach gehen die bisher im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms nach § 4 Absatz 8 krankenhausindividuell vereinbarten Mittel bei der Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 in dem Pflegebudget auf. Darüber hinaus sind die Mittel des Hygieneförderprogramms nach § 4 Absatz 9 insoweit einzubeziehen, als es sich um Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung handelt und diese dauerhaft zu zahlen sind, z. B. bei Neueinstellungen. Dagegen gehen z. B. Fortbildungskosten nicht im Pflegebudget auf.

Zu Nummer 5

(Zu § 7)

Es handelt sich um Folgeregelungen zur Einführung eines Pflegebudgets nach § 6a für die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung und dessen Abzahlung über tagesbezogene Pflegeentgelte.

Zu Nummer 6

(Zu § 8)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung eines Pflegebudgets nach § 6a für die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung und deren Abzahlung über tagesbezogene Pflegeentgelte. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt über ein tagesbezogenes Pflegeentgelt, das als weiteres Entgelt je voll- oder teilstationären Belegungstag zusätzlich zu einer Fallpauschale abgerechnet werden kann.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung. Die Regelung, dass Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet bis zum 31. Dezember 2014 für jeden stationären Belegungstag mit Ausnahme des Entlassungstags (bei teilstationären Behandlungen auch für den Entlassungstag) den Investitionszuschlag nach Artikel 14 Absatz 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes berechnen, ist wegen Zeitablaufs nicht mehr relevant und wird deshalb aufgehoben.

Zu Nummer 7

(Zu § 9)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Regelung werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, einen Katalog zu vereinbaren, in dem die Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je Belegungstag auszuweisen sind. Über den Katalog erfolgt ab der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets gemäß § 6a die tagesbezogene Abzahlung der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser.

Zu Doppelbuchstabe bb

Auch für den nach Nummer 2a zu vereinbarenden Katalog haben die Vertragsparteien auf Bundesebene Abrechnungsbestimmungen vorzusehen. Die Abrechnungsbestimmungen bilden die Grundlage für die Anwendung des neuen Katalogs durch die Krankenhäuser.

Zu Doppelbuchstabe cc

Durch die Regelung wird einerseits eine redaktionelle Folgeänderung durch die Aufhebung von § 8 Absatz 10 Satz 10 vorgenommen. Andererseits werden im Zusammenhang mit der vollständigen Tarifierfinanzierung von Löhnen und Gehältern für das Pflegepersonal die Vereinbarungsgegenstände der Vertragsparteien auf Bundesebene erweitert. Um sicherzustellen, dass zusätzliche Finanzmittel, die ein Krankenhaus aufgrund der vollständigen Tarifierfinanzierung für das Pflegepersonal erhält, auch zur Finanzierung von Pflegepersonal eingesetzt werden, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 einen entsprechenden Nachweis zu vereinbaren, den das Krankenhaus den Kostenträgern auf Ortsebene vorzulegen hat. Von einer zweckentsprechenden Verwendung der zusätzlichen Finanzmittel ist auszugehen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass das bei ihm beschäftigte Pflegepersonal der Tarifsteigerung entsprechend besser vergütet wird. Für Krankenhäuser, die ihr Pflegepersonal nach dem für die Tarifrater maßgeblichen Tarifvertrag vergüten, ist es ausreichend, dies nachzuweisen. Von einer zweckentsprechenden Verwendung ist auch dann auszugehen, wenn das Krankenhaus mit den zusätzlichen Finanzmitteln zusätzliches Pflegepersonal einstellt oder vorhandene Teilzeitstellen in der Pflege aufstockt, soweit dieses nicht anderweitig finanziert ist (z. B. durch das Pflegestellen-Förderprogramm).

Mit dem Ziel, eine zweckentsprechende Mittelverwendung zu gewährleisten, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene zudem mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 ein Verfahren für die Rückzahlung nicht zweckentsprechend verwendeter Mittel festzulegen. Die näheren Einzelheiten für den Nachweis und das Rückzahlungsverfahren sind von den Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 zu vereinbaren. Gelingt eine fristgerechte Vereinbarung nicht, so entscheidet die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene erhalten mit der neuen Regelung in Nummer 8 den Auftrag, nähere Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets nach § 6a, insbesondere zu erforderlichen Unterlagen und zur Rückzahlungsabwicklung nicht zweckentsprechend verwendeter Mittel, zu vereinbaren. Für die Vereinbarung des Pflegebudgets haben die Krankenhäuser ihre aktuelle und geplante Ausstattung mit Pflegepersonal in der Patientenversorgung und die dazugehörigen Kosten darzulegen. § 6a Absatz 3 trifft hierzu bereits gesetzliche Vorgaben. Die Vertragsparteien auf Bundesebene ergänzen und konkretisieren in ihrer Vereinbarung die Anforderungen an die entsprechenden Unterlagen und gewährleisten mit einem einheitlichen Format der Unterlagen eine bundeseinheitliche Dokumentation. Die Vereinbarung hat die Abgrenzung zwischen Pflegekräften innerhalb und außerhalb der Patientenversorgung zu berücksichtigen. Die Unterlagen sind von den Krankenhausträgern im Vorfeld der Vereinbarung des Pflegebudgets vorzulegen.

Mit dem Ziel, eine zweckentsprechende Mittelverwendung sicherzustellen, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene zudem die Einzelheiten für ein Verfahren zur Rückzahlung nicht zweckentsprechender Mittel zu vereinbaren.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene legen die näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets, insbesondere zu den neuen Unterlagen bis zum 31. Juli 2019 fest.

Begleitend zu der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung aus dem DRG-Vergütungssystem und der Einführung eines krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Pflegebudgets nach § 6a werden die Vertragsparteien auf Bundesebene durch Nummer 9 beauftragt, sich bis Ende Februar 2019 auf die Benennung derjenigen Prozedurenschlüssel zu einigen, deren Dokumentation für Zwecke des DRG-Vergütungssystems zukünftig nicht mehr erforderlich ist und die daher zu streichen sind. Ziel ist es, mit der Einführung des Pflegebudgets den zukünftig verzichtbaren Dokumentationsaufwand von Pflegeleistungen abzuschaffen und hierdurch die Pflege zu entlasten.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben hierzu Schlüssel des vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels zu benennen, die bislang für Zwecke des DRG-Vergütungssystems nach § 17b KHG benötigt wurden und nun gestrichen werden können, weil sie zukünftig zur Vergütung von pflegerischen Leistungen über das Pflegebudget nicht mehr benötigt werden. Dabei ist eine Entlastung im Dokumentationsaufwand insbesondere durch eine Streichung der Pflegekomplexmaßnahmen-Scores zu erwarten.

Auf der Grundlage der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene soll dann das DIMDI eine Streichung von Schlüsseln aus den medizinischen Klassifikationen für das Jahr 2020 vornehmen. Das DIMDI kann von einer Streichung nur insoweit absehen, wenn einzelne Schlüssel für andere Zwecke (z. B. zur Qualitätssicherung oder für andere Abrechnungssysteme) unverzichtbar sind oder durch die Streichung die Konsistenz der Klassifikation beeinträchtigt würde.

Gelingt eine fristgerechte Vereinbarung bei den Nummern 8 oder 9 jeweils nicht, so entscheidet die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund des Wegfalls der bislang vorgesehenen Überführung der im Jahr 2018 vereinbarten und zweckentsprechend verwendeten der in den Jahren 2016 bis 2018 krankenhausesindividuell vereinbarten Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag. Diese Mittel verbleiben über das Jahr 2018 hinaus dem einzelnen Krankenhaus in voller Höhe. Sie werden über das Jahr 2018 hinaus beim einzelnen Krankenhaus mit weiteren Finanzmitteln für zusätzlich eingestelltes Pflegepersonal addiert. Damit wird dem Ziel einer besseren Finanzierung des krankenhausesindividuellen Pflegebedarfs Rechnung getragen. Durch die Streichung von Nummer 6 wird der

Bürokratieaufwand für die Vertragsparteien auf Bundesebene reduziert, da auf die Schätzung der zweckentsprechend verwendeten Mittel und die Berichtigung von Fehlschätzungen verzichtet werden kann.

Zu Nummer 8

(Zu § 10)

Zu Buchstabe a

Die Regelung stellt klar, dass durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten mögliche technisch bedingte Katalogeffekte nicht durch eine Minderung oder Erhöhung der Landesbasisfallwerte zu berücksichtigen sind. Vielmehr werden solche Katalogeffekte durch die Minderung der Gesamtsumme der Bewertungsrelationen des DRG-Systems um die Summe der Bewertungsrelationenanteile für den Pflegepersonalaufwand vermieden (siehe dazu auch Ausführungen zu § 17b Absatz 4 KHG).

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung in Satz 1 sieht vor, dass die in Satz 2 vorgesehene vollständige Tarifierfinanzierung für das Pflegepersonal erstmals im Jahr 2018 Anwendung findet und von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbaren ist.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch Satz 2 wird eine vollständige Refinanzierung von erhöhten Personalkosten eingeführt, die durch Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal in Krankenhäusern entstehen. Die Regelung ersetzt die bisherige hälftige Refinanzierung von linearen Tarifsteigerungen und tarifvertraglich vereinbarten Einmalzahlungen für das Pflegepersonal. Die Regelung gewährleistet, dass Krankenhäuser das vorhandene Pflegepersonal auch bei dynamischen Tarifsteigerungen weiterhin beschäftigen können. Damit wird dem besonderen Handlungsbedarf in der Pflege Rechnung getragen.

Die vollständige Tarifierfinanzierung gilt für das Pflegepersonal unabhängig von seinem konkreten Einsatzgebiet im Krankenhaus. Das Pflegepersonal umfasst damit sowohl im Pflegedienst sowie im medizinisch-technischen Dienst und im Funktionsdienst tätiges Pflegepersonal (insbesondere Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger sowie zukünftig Pflegefachfrauen und -fachmänner) und umfasst auch das Pflegehilfpersonal (Krankenpflegehelferin und -helfer). Diese Abgrenzung des Pflegepersonals gilt auch für die Änderungen im Zusammenhang mit den Regelungen zur vollständigen Tarifierfinanzierung in §§ 6, 9 und 11 sowie §§ 3 und 11 BPfIV.

Für die anderen Beschäftigtengruppen bleibt die bislang bestehende Regelung einer hälftigen Tarifierfinanzierung inhaltsgleich bestehen.

Satz 3 fasst die Einzelheiten für die Ermittlung der Tarifrater, die von den Vertragspartnern auf Bundesebene zu vereinbaren ist, neu. Bei der bisherigen, nach ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal differenzierenden Bestimmung der maßgeblichen Tarifverträge, die Grundlage für die Ermittlung der Tarifrater sind, wurde das Pflegepersonal mit den übrigen nichtärztlichen Beschäftigten zusammengefasst. Da die Tarifierfinanzierung für das Pflegepersonal auf 100 Prozent angehoben wird, wird zukünftig zwischen dem maßgeblichen Tarifvertrag für das Pflegepersonal und für die übrigen nichtärztlichen Beschäftigten unterschieden. Trotz der aus finanzierungstechnischen Gründen erforderlichen differenzierteren Unterscheidung der Personalbereiche ist auch für die Zukunft davon auszugehen, dass für

das Pflegepersonal und für die übrigen nichtärztlichen Beschäftigten derselbe Tarifvertrag maßgeblich ist.

Nach Satz 3 zweiter Halbsatz umfasst die vollständige Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal die Refinanzierung von linearen und strukturellen Tarifsteigerungen sowie von tarifvertraglich vereinbarten Einmalzahlungen. Beim übrigen Personal werden wie bisher lineare Tarifsteigerungen sowie tarifvertraglich vereinbarte Einmalzahlungen refinanziert. Bei einer linearen Tarifsteigerung werden die Entgelte um einen prozentualen Satz erhöht. Strukturelle Tarifsteigerungen ergeben sich dagegen aus Bestandteilen von Tarifverträgen, die nicht – wie lineare Tarifsteigerungen und Einmalzahlungen – auf eine Erhöhung bestehender Lohn- oder Gehaltsbestandteile abzielen, sondern tarifvertraglich bedingt das Gehaltsgefüge verändern. So stellen z. B. tarifvertraglich vereinbarte Änderungen in der Zuordnung von Tätigkeitsbildern zu Vergütungsgruppen strukturelle Tarifkomponenten dar.

Zu Doppelbuchstabe cc

Durch die vollständige Refinanzierung der Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal erhöht sich der Anteil der Erhöhungsrates, um den der Landesbasisfallwert anzuheben ist, von einem Drittel auf 40 Prozent. Der Anteil der Erhöhungsrates von 40 Prozent entspricht bezogen auf den Landesbasisfallwert, der sowohl Personal- als auch Sachkosten umfasst, einer vollständigen Tarifrefinanzierung beim Pflegepersonal und einer – bereits bislang geltenden – hälftigen Tarifrefinanzierung für den übrigen nichtärztlichen und für den ärztlichen Personalbereich. Dabei sind die unterschiedlichen Anteile der drei Personalbereiche an den Gesamtpersonalkosten berücksichtigt.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung von § 8 Absatz 10 Satz 10 (vgl. auch die Ausführungen hierzu). Für den Fall, dass eine anteilige Erhöhungsrates für die Umsetzung der Tarifrefinanzierung erst nach Vereinbarung oder Festsetzung des Landesbasisfallwerts vereinbart wird, wird nach Satz 6 die Tarifrefinanzierung über die Erhöhung des nächsten Landesbasisfallwerts umgesetzt. Nach Satz 7 ist hierzu einerseits der zu niedrig vereinbarte Landesbasisfallwert des Vorjahres in seiner Basis zu berichtigen und andererseits ein einmaliger Ausgleich für die zeitliche Verzögerung der Tarifrefinanzierung vorzunehmen.

Zu Buchstabe c

Zur Verbesserung der Planungssicherheit und um unnötige Bürokratie zu vermeiden, ist die regelhafte Abschlagshöhe des Fixkostendegressionsabschlags auch nach dem Jahr 2018 nicht durch die Vertragsparteien auf Landesebene zu verhandeln.

Die Höhe und Dauer des Fixkostendegressionsabschlags werden über das Jahr 2018 hinaus gesetzlich auf 35 Prozent und auf drei Jahre vorgegeben (vgl. Ausführungen zu § 4 Absatz 2a – neu).

Zu Nummer 9

(Zu § 11)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit den Ergänzungen in Satz 1 wird vorgegeben, dass auch das Pflegebudget nach § 6a unter der Berücksichtigung der dort getroffenen Vorgaben von den Vertragsparteien nach § 11 im Rahmen der jährlichen Verhandlung zu vereinbaren ist.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal. Um sicherzustellen, dass ein Krankenhaus die zusätzlichen Mittel, die es aufgrund der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal erhält, auch zur Finanzierung von Pflegepersonal einsetzt, sind nicht zweckentsprechend verwendete Mittel zurückzuzahlen. Dies haben die Vertragsparteien nach § 11 im Rahmen der Budgetvereinbarung auf Grundlage von Informationen, die über den von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu gestaltenden Nachweis vorzulegen sind, festzulegen (siehe hierzu auch die Ausführungen zu § 9 Absatz 1 Nummer 7).

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung sieht vor, dass die Krankenhäuser zur Vorbereitung der jährlichen Budgetverhandlungen den übrigen Beteiligten zusätzlich zu den bislang vorzulegenden Unterlagen auch den Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der aufgrund der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal zusätzlich erhaltenen Mittel vorzulegen haben. Da die vollständige Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal erstmals für das Jahr 2018 gilt, ist der Nachweis ebenfalls erstmals für das Jahr 2018 vorzulegen. Obwohl die näheren Einzelheiten des Nachweises erst im Jahr 2019 von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbart werden, soll der Nachweis für das Jahr 2019, ebenso wie für die Folgejahre, frühestmöglich vorgelegt werden. Den konkreten Zeitpunkt der Vorlage haben die Vertragspartner auf Bundesebene im Rahmen der Vereinbarung über die näheren Einzelheiten des Nachweises (§ 9 Absatz 1 Nummer 7) festzulegen. Der Nachweis ist die Grundlage für eine etwaige Rückzahlung, die die Vertragsparteien nach § 11 im Rahmen der Budgetvereinbarung zu vereinbaren haben, soweit das Krankenhaus zusätzliche Mittel, die es aufgrund der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal erhalten hat, nicht zweckentsprechend verwendet hat (siehe auch Änderung zu Absatz 1).

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um die redaktionelle Korrektur eines fehlerhaften Verweises.

Zu Nummer 10

(Zu § 12)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines Pflegebudgets nach § 6a. Ebenso wie beim Erlösbudget oder bei sonstigen Entgelten kann auch bei Uneinigkeit der Vertragsparteien über das Pflegebudget eine vorläufige Vereinbarung über die unstrittigen Entgelte getroffen werden, die dann abzurechnen sind, bis die endgültig maßgeblichen Entgelte in Kraft treten.

Zu Nummer 11

(Zu § 14)

Es handelt sich zum einen um eine Folgeänderung dazu, dass der Fixkostendegressionsabschlag zukünftig dauerhaft gesetzlich fixiert wird und somit nicht mehr durch die Vertragsparteien auf Landesebene zu verhandeln ist und daher auch nicht mehr zu genehmigen ist. Indem der etablierte Abschlagssatz über das Jahr 2018 hinaus festgeschrieben wird, wird die Planungssicherheit verbessert und es werden Verhandlungen verhindert, die voraussichtlich nicht zu nachhaltig anderen Ergebnissen führen (vgl. auch Ausführungen zu § 4 Absatz 2a – neu – und § 10 Absatz 13). Bürokratieaufwand wird somit vermieden.

Zum anderen handelt es sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines Pflegebudgets, das zukünftig ebenfalls durch die zuständige Landesbehörde zu genehmigen ist.

Zu Nummer 12

(Zu § 15)

Die Regelung verhindert Liquiditätsprobleme der Krankenhäuser, die entstehen könnten, wenn 2020 die Bewertungsrelationen für die DRG-Fallpauschalen um die Kosten für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung abgesenkt worden sind, die Vertragsparteien vor Ort jedoch noch kein Pflegebudget vereinbart haben. In diesem Fall sind zwar die Bewertungsrelationen des DRG-Systems um die Bewertungsrelationenanteile für die Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung gemindert, die Krankenhäuser können aber aufgrund einer ausstehenden Vereinbarung eines Pflegebudgets für die Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung keine entsprechenden Entgelte abrechnen. Mehr- oder Mindererlöse, die dadurch entstehen, dass die vereinbarten Entgelte von den in Satz 1 festgelegten Werten abweichen, sind im Vereinbarungszeitraum durch die Zu- oder Abschläge für Erlösausgleiche auszugleichen.

Zu Nummer 13

(Zu § 21)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Die zu übermittelnden Strukturdaten werden um Daten des Pflegeerlöskatalogs nach § 17b Absatz 4 KHG erweitert. Die Erweiterung ist erforderlich, damit für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung aus dem DRG-System hinreichend belastbare Daten auf der Bundesebene vorliegen.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Die Änderung von Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e sieht vor, dass die Anzahl der im Pflegedienst beschäftigten Personen nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen gegliedert zu übermitteln sind. Zu unterscheiden ist dabei z. B. examiniertes Pflegepersonal und Pflegehilfspersonal. Hierdurch werden die unterschiedlichen Qualifikationen des Pflegepersonals deutlich. Die Aufteilung nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen ist erforderlich, damit die Vertragsparteien die durch die Pflegepersonaluntergrenzen verursachten Mehrkosten ermitteln können, die nicht bereits über die Entgelte des DRG-Vergütungssystems oder andere Entgelte abgedeckt sind und die durch Vereinbarung krankenhausesindividueller Entgelte zu finanzieren sind. Eine Orientierung dabei kann die Ausgestaltung des Nachweises über die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i Absatz 4 SGB V bieten, für den ebenfalls eine Aufteilung der Pflegevollkräfte nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen vorgesehen ist. Die Personalgruppen und Berufsbezeichnungen sind jedoch mindestens insoweit aufzuschlüsseln, wie es für die Sichtbarmachung und Quantifizierung von Aufwandsunterschieden erforderlich ist. Das Nähere zu den zu übermittelnden Daten ist nach Absatz 4 Satz 2 von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbaren.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung von Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe e sieht vor, dass als Bestandteil des Datensatzes nach § 21 auch die Zeiträume einer Intensivbehandlung und bei Verlegungen

zwischen Fachabteilungen die Aufenthaltsdauer auf der jeweiligen Fachabteilung zu übermitteln ist. Die Daten sind bereits nach geltendem Recht grundsätzlich zu erheben (§ 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 SGB V). Die Informationen werden im Zusammenhang mit den Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V benötigt, um prüfen zu können, inwieweit den Krankenhäusern Mehrkosten entstehen, die noch nicht durch bestehende Entgelte finanziert werden. Dafür müssen die ergänzten Strukturinformationen nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e zur differenzierten Pflegepersonalausstattung und Informationen zum Leistungsgeschehen analysiert werden können. Für belastbare Analysen bedarf es dazu eines gemeinsamen Begriffsverständnisses für die Abgrenzung der jeweils zu übermittelnden Daten. Dies gilt insbesondere für die Definition der Zeiträume einer Intensivbehandlung. Für die Zwecke der Datenübermittlung nach § 21 ist für die Intensivbehandlung und auch für die anderen pflegesensitiven Bereiche davon auszugehen, dass eine belastbare Festlegung getroffen wird, da diese bereits für die Pflegepersonaluntergrenzen benötigt wird. Zugleich sind entsprechende Festlegungen für solide Datengrundlagen auch bereits für das Konzept und die Vereinbarung nach § 21 Absatz 4 Satz 2 unverzichtbar.

Zu Buchstabe b

Nach § 21 Absatz 5 Satz 1 vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene einen Abschlag von den pauschalisierten Pflegesätzen für die Krankenhäuser, die ihre Verpflichtung zur Übermittlung der Daten nach § 21 Absatz 1 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen.

Absatz 5 Satz 3 sah bislang vor, dass der Abschlag in den Jahren 2013 bis 2021 nur übergangsweise bei der Vereinbarung des krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerts berücksichtigt wird. Da mit dem PsychVVG geregelt wurde, dass die Vertragsparteien auf Ortsebene dauerhaft krankenhausesindividuelle Basisentgeltwerte zu vereinbaren haben, stellt die Streichung der Jahresangaben sicher, dass der vorgenannte Abschlag bei Bedarf dauerhaft von den Vertragsparteien auf Ortsebene bei der Vereinbarung krankenhausesindividueller Basisentgeltwerte zu berücksichtigen ist.

Zu Artikel 10 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1

(Zu § 4)

Die Regelung gewährleistet, dass zum Kreis der förderfähigen Pflegekräfte, die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind, nicht nur wie bisher „Gesundheits- oder Krankenpflegerinnen“ bzw. „Gesundheits- oder Krankenpfleger“ oder „Gesundheits- oder Kinderkrankenpflegerinnen“ bzw. „Gesundheits- oder Kinderkrankenpfleger“ nach § 1 Absatz 1 Krankenpflegegesetz gehören. Zukünftig wird dieser Kreis auch auf Pflegepersonal mit der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“ nach § 1 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes und auf Pflegepersonal mit der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Gesundheit- und Kinderkrankenpflegerin“ bzw. „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“ nach § 58 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes erweitert. Damit wird dem Pflegeberufgesetz vom 17. Juli 2017 Rechnung getragen. Obgleich das Krankenpflegegesetz zum 31. Dezember 2019 außer Kraft tritt, bleibt der Bezug auf Pflegepersonal nach dem Krankenpflegegesetz ohne zeitliche Einschränkung bestehen, da weiterhin langjährig Personal mit entsprechenden Abschlüssen in der Pflege tätig sein wird und damit zu den grundsätzlich förderfähigen Pflegeberufen zählt.

Zu Nummer 2

(Zu § 6)

Die krankenhausesindividuellen Pflegepersonalkosten für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung sind zukünftig im Rahmen des Pflegebudgets zu berücksichtigen. Da hierdurch auch eine vollständige Refinanzierung entstehender Tarifsteigerungen zu gewährleisten ist, sind die Tarifsteigerungen des Pflegepersonals in der Patientenversorgung mit der Einführung eines Pflegebudgets nicht mehr bei der Refinanzierung von Tarifsteigerungen, die bei Leistungen der Erlössumme nach § 6 anfallen, zu berücksichtigen. Hierdurch ändert sich der Anteil der Erhöhungsrates, um den die Erlössumme anzuheben ist, von bislang 40 Prozent auf einen von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu ermittelnden Anteil der Erhöhungsrates. Die Vertragspartner auf Bundesebene haben bei der konkreten Höhe des Anteilswerts zu berücksichtigen, welche Personalanteile im Krankenhaus im Durchschnitt der Tarifrefinanzierungsregelung unterliegen und welche Anteile des Pflegepersonals über das Pflegebudget finanziert werden.

Zu Nummer 3

(Zu § 9)

Da durch die jährliche Vereinbarung der Pflegebudgets auf der Grundlage der krankenhausesindividuellen Pflegepersonalkosten für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung eine vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen gewährleistet ist, wird das Pflegepersonal in der Patientenversorgung zukünftig aus der Regelung zur Tarifrefinanzierung über den Landesbasisfallwert herausgenommen. Entsprechendes gilt durch den gleitenden Verweis für § 6 Absatz 3 Satz 5. Hierdurch ändert sich auch der Anteil der Erhöhungsrates, der eine hälftige Tarifrefinanzierung der oberhalb des Veränderungswerts liegenden linearen Personalkostensteigerungen des ärztlichen und des nichtpflegerischen Personals zu gewährleisten hat. Die Vertragspartner auf Bundesebene haben bei der konkreten Höhe des Anteilswerts zu berücksichtigen, welche Personalanteile im Krankenhaus im Durchschnitt der Tarifrefinanzierungsregelung unterliegen und welche Anteile des Pflegepersonals in der Patientenversorgung über das Pflegebudget finanziert werden.

Zu Nummer 4

(Zu § 10)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung eines Pflegebudgets nach § 6a. Durch die jährliche Vereinbarung der Pflegebudgets auf der Grundlage der krankenhausesindividuellen Pflegepersonalkosten ist für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung eine vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen gewährleistet. Das Pflegepersonal in der Patientenversorgung wird daher mit der Einführung des Pflegebudgets aus der Regelung zur Tarifrefinanzierung über den Landesbasisfallwert herausgenommen. Hierdurch ändert sich auch der Anteil der Erhöhungsrates, um den der Landesbasisfallwert anzuheben ist, von 40 Prozent auf den von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu ermittelnden Anteil der Erhöhungsrates. Für die übrigen Personalgruppen, also für die Ärzte und das nichtärztliche Personal ohne Pflegepersonal in der Patientenversorgung, bleiben die bisherigen Regelungen der Tarifrefinanzierung inhaltsgleich bestehen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines Pflegebudgets nach § 6a. Durch die jährliche Vereinbarung des Pflegebudgets auf der Grundlage der krankenhausesindividuellen Pflegepersonalkosten ist für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung eine vollständige Refinanzierung von Kostensteigerungen, einschließlich Tarifsteigerungen, gewährleistet. Eine Finanzierung dieser Kostensteigerungen über den Landesbasisfallwert, für dessen Anstieg der Orientierungswert eine Obergrenze darstellt, erfolgt zukünftig nicht mehr. Daher sind die Kostenentwicklungen beim Pflegepersonal in der Patientenversorgung nicht mehr bei der Ermittlung des Orientierungswertes zu berücksichtigen.

Zu Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

(Zur Inhaltsübersicht)

Zu Buchstabe a und Buchstabe b

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Übernahme der geänderten und der neuen Überschrift in die Inhaltsübersicht.

Zu Nummer 2

(Zu § 1)

Eingetragene Lebenspartner haben das Recht, nicht aber die Pflicht, die Lebenspartnerschaft in eine Ehe umzuwandeln. Daher ist sicherzustellen, dass sie bei allen Vorschriften der Pflegeversicherung dauerhaft weiterhin Berücksichtigung finden. Ebenso wird es noch für eine lange Übergangszeit Sachverhalte geben, die ggf. auf die Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft im Sinne des § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz zurückwirken. Durch die mit dem vorliegenden Gesetz vorgenommenen Änderungen wird klargestellt, dass eingetragene Lebenspartner dauerhaft sowohl mit verschiedengeschlechtlichen als auch mit gleichgeschlechtlichen Ehepartnern gleich gestellt sind und bleiben. Diesem Ziel dient auch die Änderung in der Grundvorschrift des § 1. Mit dieser Regelung wird zugleich zum Ausdruck gebracht, dass eingetragene Lebenspartner in Hinsicht auf alle Vorschriften innerhalb des Elften Buches als Familienangehörige des jeweils anderen eingetragenen Lebenspartners gelten, unabhängig davon, ob sie im Zusammenhang mit den für Familienangehörige beziehungsweise Angehörige geltenden Regelungen in der jeweiligen Vorschrift explizit mit genannt werden oder nicht. Etwas anderes würde nur dort gelten, wo ausdrücklich etwas anderes bestimmt würde. Damit wird für das gesamte SGB XI im Hinblick auf die eingetragenen Lebenspartner Rechtssicherheit hergestellt.

Zu Nummer 3

(Zu § 8)

Zu Absatz 5

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015 wurden die Vertragsparteien nach § 113 verpflichtet, gemäß § 113 Absatz 1b eine fachlich unabhängige Institution mit der Zusammenführung und Auswertung der Daten des indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich zu beauftragen. Notwendige Voraussetzung für den Betrieb dieser Datenauswertungsstelle ist die Sicherstellung ihrer Finanzierung. Nach Vorliegen der notwendigen konzeptionellen Vorarbeiten durch die zur Entwicklung von Instrumenten für die Messung und Darstellung der Qualität in stationären Einrichtungen gemäß § 113b Absatz 4 Nummer 1 beauftragten Wissenschaftler ist nun eine sachgerechte Finanzierungsregelung zu treffen. Über Absatz 9 ist die finanzielle Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, sichergestellt.

Zu Absatz 6

Alle Einrichtungen der vollstationären Altenpflege einschließlich der Kurzzeitpflege in Deutschland sollen im Rahmen des Sofortprogramms bei ihrer täglichen Leistungserbringung unterstützt werden, ohne dass dies mit einer finanziellen Belastung der von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen verbunden ist. Dazu erhalten die Einrichtungen unmittelbar einen gesetzlichen Anspruch, auf Antrag schnell und unbürokratisch zusätzliche Pflegefachkräfte durch einen Zuschlag finanziert zu bekommen: Einrichtungen mit bis

zu 40 Plätzen erhalten jeweils einen Zuschlag zur Finanzierung einer halben zusätzlichen Pflegestelle, Einrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen einen Zuschlag zur Finanzierung einer zusätzlichen Pflegestelle, Einrichtungen mit 81 bis zu 120 Plätzen einen Zuschlag zur Finanzierung von anderthalb zusätzlichen Pflegestellen und Einrichtungen ab 121 Plätzen einen Zuschlag zur Finanzierung von zwei zusätzlichen Pflegestellen.

Voraussetzung ist hierbei, dass es sich um zusätzliches Pflegepersonal handelt, das über das von der Pflegeeinrichtung nach der bestehenden Pflegesatzvereinbarung vorzuhaltende Personal hinausgeht. Damit wird insbesondere der Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in der vollstationären Altenpflege pauschal teilweise berücksichtigt. Mit den zusätzlichen Pflegekräften erhalten die Pflegebedürftigen in der Pflegeeinrichtung insgesamt einen um den Stellenzuwachs erhöhten Anspruch auf mehr Pflege. Es muss sich hierbei grundsätzlich um Pflegefachkräfte handeln, die in der Pflegeeinrichtung zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen für die zu versorgenden Pflegebedürftigen zum Einsatz kommen. Soweit es der Pflegeeinrichtung trotz anhaltender Aktivitäten wie Ausschreibung der Stellenanteile und der Meldung der Suche bei der Bundesagentur für Arbeit nachweislich innerhalb von 3 Monaten nicht gelingt, Pflegefachkräfte zu finden, ist ein Vergütungszuschlag auch für Pflegehilfskräfte zulässig. Dabei sind die ordnungsrechtlichen Vorgaben des Heimrechts der Länder, insbesondere zur Fachkraftquote, zu beachten.

Die Höhe des Vergütungszuschlags richtet sich nach den tatsächlichen Aufwendungen für die zusätzlichen Pflegestellen. Für die Pflegekassen besteht hier kein Verhandlungsmandat. Über den Verweis auf § 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 wird zusätzlich sichergestellt, dass die konkrete Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zugrunde gelegt werden kann und eine darüber hinaus gehende Bezahlung der Beschäftigten eines sachlichen Grundes bedarf.

Zur Finanzierung dieser speziellen Leistung an die Einrichtungen zahlen die Krankenkassen nach § 37 Absatz 2a des Fünften Buches jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Die private Pflegeversicherung beteiligt sich anteilig mit pauschal 44 Millionen Euro im Jahr.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird beauftragt, unverzüglich zum Inkrafttreten der Regelung das Antragsverfahren einschließlich der Zahlung in den einzelnen Bundesländern im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen einheitlich und praktikabel zu regeln. Die Regelung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit, welches sich dazu im Rahmen der Zuständigkeit des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit diesem ins Benehmen setzt. Zur Reduzierung des Aufwandes und zur Vermeidung von Schwankungen hat die monatliche Auszahlung zum 15. des laufenden Monats einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung vor Ort zu erfolgen. Änderungen der den Anträgen zugrunde liegenden Sachverhalte wie beispielsweise im Hinblick auf das zusätzlich beschäftigte Pflegepersonal oder die dafür zugrunde gelegte Bezahlung sind von den vollstationären Pflegeeinrichtungen unverzüglich anzuzeigen. Um das gesetzgeberische Ziel einer schnellen Verbesserung in der vollstationären Pflege wirksam umzusetzen, sind für die Anforderungen an die Antragstellung einfache Belege für die vorgesehene Personalstellenerweiterung vorzusehen. Für den Nachweis der zusätzlichen Stellen und der zugrunde gelegten Bezahlung der Beschäftigten findet das Nachweisverfahren gemäß § 84 Absatz 6 und 7 entsprechende Anwendung.

Um über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte einschließlich der Ausgabenentwicklung Kenntnis zu erhalten, wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2019 und danach jährlich hierüber zu berichten.

Zu Absatz 7

In der Altenpflege gibt es einen hohen Bedarf an Fachkräften, der derzeit nicht gedeckt werden kann. Es ist absehbar, dass sich diese kritische Situation aufgrund des demografischen Wandels noch weiter verschärfen wird. Eine gute und verlässliche Pflege ist für unsere Gesellschaft von ganz entscheidender Bedeutung. Die professionelle Pflege leistet einen unverzichtbaren Beitrag zur Versorgung von Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit oder Fähigkeiten aufweisen und aus diesem Grund auf die Hilfe anderer Personen angewiesen sind. Betroffen sind hier insbesondere ältere und hochaltrige Menschen, die ein hohes Schutzbedürfnis haben.

Es ist daher unerlässlich und gerechtfertigt, dem derzeitigen außergewöhnlichen Mangel an Fachkräften in der Altenpflege in dieser ganz besonderen Situation auch durch entsprechende zielgerichtete Maßnahmen schnellstmöglich entgegenzuwirken. Dabei sollte nicht unberücksichtigt bleiben, dass professionelle Pflege rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche geleistet wird und dementsprechend auch für viele Pflegekräfte immer wieder und über längere Zeiträume die Arbeit am Wochenende oder in der Nacht erforderlich ist. Dies stellt besonders hohe Anforderungen an die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf.

Die Regelung in Absatz 7 zielt darauf ab, durch die zielgerichtete, zeitlich auf sechs Jahre angelegte Unterstützung von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie von Pflege und Beruf von professionell in der Pflege Tätigen die Attraktivität des Pflegeberufs zu stärken. Sie ermöglicht es den Pflegekräften, ihre berufliche Tätigkeit besser mit ihrem Familienleben, insbesondere bei der Betreuung von Kindern oder von pflegebedürftigen Angehörigen, in Ausgleich zu bringen.

In den Jahren 2019 bis 2024 werden aus dem Ausgleichsfonds für Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt. Antragsberechtigt sind stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen. Förderfähig sind sowohl individuelle als auch gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, sowie Schulungen und Weiterbildungen zur Stärkung der Vereinbarkeit von familiären und beruflichen Anforderungen. Beispiele hierfür sind trägereigene Kindertagesstätten, die Unterstützung und Anpassung bzw. Erweiterung von Betreuungsangeboten auf Ferienzeiten, auf das Wochenende und auf Feiertage, auf Zeiten des Nachtdienstes oder Randzeiten. Aber auch Initiativen zur Einführung neuer, an den Bedürfnissen von Personen mit Familienpflichten und Pflegeaufgaben orientierten Personalmanagementmodelle oder für professionelle Beratung zur Optimierung der Dienstplangestaltung sollen gefördert werden.

Einzelheiten zu Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel sind durch Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zu regeln. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Die Fördermittel sollen unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden. Als Grundlage hierfür stehen die nach Ländern aufgeschlüsselten Daten des Statistischen Bundesamtes (zuletzt: Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, erschienen im Januar 2017) zur Verfügung. Die Landesverbände der Pflegekassen haben die sachgerechte Verteilung der Mittel sicherzustellen und die Anträge zu bearbeiten (Prüfung sowie Auszahlung der Förderung). Der jährliche Höchstförderbetrag je Einrichtung beträgt 7 500 Euro. Um eine flexiblere und effektivere Förderung zu ermöglichen, wird zusätzlich die Möglichkeit zur Kombination von Förderzuschüssen aus zwei Kalenderjahren eröffnet: Eine Pflegeeinrichtung, die den Förderhöchstbetrag nach Satz 4 innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen hat, kann im nachfolgenden Kalenderjahr den Förderzuschuss nach den Sätzen 3 und 4 erhöht um die Höhe des nicht verbrauchten Betrages aus dem Vorjahr abrufen, sofern der

auf Landesebene im vorangegangenen Kalenderjahr bereitgestellte Gesamtförderbetrag noch nicht ausgeschöpft ist. Die Gesamtfördersumme von bundesweit 100 Millionen Euro im Jahr steigt dadurch nicht an. Förderfähig sind auf Antrag Maßnahmen, zu denen von den Pflegeeinrichtungen selbst eine Eigenleistung erfolgt. Die Förderung durch die Pflegeversicherung kann bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel betragen. Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein, damit das Verfahren möglichst unbürokratisch ablaufen kann. Um den Aufwand gering zu halten, sollen in den Förderanträgen auch zeitlich und sachlich unterschiedliche Maßnahmen zusammengefasst werden können.

Die jährliche Fördersumme beträgt bis zu 100 Millionen Euro. Über Absatz 9 ist die finanzielle Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, sichergestellt.

Zu Absatz 8

Um das Entlastungspotential digitaler Anwendungen für die professionelle Pflege zu fördern, kann in den Jahren 2019 bis 2021 jeder ambulanten bzw. stationären Einrichtung ein einmaliger Zuschuss als Anteilsfinanzierung gewährt werden. Der maximale Förderbetrag beträgt 12 000 Euro bzw. 40 Prozent der anerkannten Investition durch die jeweilige Einrichtung. Antragsberechtigt sind stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen. Förderfähig sind [einmalig](#) Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung zum Beispiel [zur Erleichterung der Pflegedokumentation oder für die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und stationären Pflegeeinrichtungen \(einschließlich Videosprechstunden\)](#), für das interne Qualitätsmanagement, für die Erhebung von Qualitätsindikatoren und für die [Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege](#). Die Investitionen dienen der Entlastung der Pflegekräfte. Es können auch mit Investitionen zusammenhängende Schulungen gefördert werden.

[Einzelheiten zu den Voraussetzungen für die Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel werden durch Richtlinien geregelt, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 beschließt. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. In diesen Richtlinien sind Verfahren für eine sachgerechte Verteilung der Mittel sicherzustellen, die den besonderen Anforderungen an die Mittelverwendung im Rahmen der Sozialversicherung Rechnung tragen. In den Richtlinien ist deshalb auch zu regeln, wer für die Bearbeitung der Anträge und die Auszahlung der Fördermittel zuständig ist.](#)

Zu Absatz 9

Die Regelung sieht eine Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an der Finanzierung der Kosten vor, die sich aus den Absätzen 5, 6, 7 und 8 ergeben. Eine Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen ist angezeigt, da auch privat Versicherte von den durch diese Regelungen ausgelösten Verbesserungen profitieren werden, d. h. von besseren Informationen über die Pflegequalität bei der Suche nach einer Pflegeeinrichtung (Absatz 5) und auch von verbesserten Arbeitsbedingungen für die professionelle Pflege in personeller wie technischer Hinsicht (Absätze 7 und 8). Hinsichtlich des Betrages, den die privaten Versicherungsunternehmen zur Finanzierung der Vergütungszuschläge nach Absatz 6 beisteuern, siehe die Begründung zu Absatz 6.

Durch die Verpflichtungen zur Kostentragung und zur Finanzierungsbeitragung, die den privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, durch dieses Gesetz neu entstehen, ändern sich die Rechnungsgrundlagen der Prä-

mienkalkulation in der privaten Pflege-Pflichtversicherung entsprechend. Bei den Bestandsverträgen sind diese Verpflichtungen in den Rechnungsgrundlagen bislang nicht berücksichtigt. Die privaten Versicherungsunternehmen können die Prämien an die insoweit geänderten Rechnungsgrundlagen anpassen. Die Anpassung bedarf wie jede andere Anpassung der Zustimmung des Treuhänders nach § 155 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes. Für das Wirksamwerden der Neufestsetzung der Prämie und das Sonderkündigungsrecht gelten die bei anderen Beitragsanpassungen anzuwendenden Regelungen entsprechend.

Zu Absatz 10

Die Einzelheiten der Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel zur Finanzierung der Fördermaßnahmen nach § 8 Absatz 6 bis 8 werden zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und dem Bundesversicherungsamt vereinbart. Die Vergabe der Fördermittel durch die Landesverbände der Pflegekassen gemäß Absatz 7 ist Gegenstand der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen. Auch die Festlegung der inhaltlichen Fördervoraussetzungen nach Absatz 7 bleibt dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen vorbehalten.

Zu Nummer 4

(Zu § 30)

Die Vergütungssätze für Beratungen nach § 37 Absatz 3 werden künftig nicht mehr durch Gesetz festgelegt, sondern im Vereinbarungswege. Dies macht auch die Verordnungsermächtigung zur Festlegung der Vergütungssätze entbehrlich.

Zu Nummer 5

(Zu § 33)

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung, mit der im Wortlaut besser zum Ausdruck gebracht wird, dass Fälle, bei denen zwischen dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit und der Antragstellung ein Monatswechsel stattgefunden hat, einheitlich zu behandeln sind. Dies entspricht der derzeitigen Praxis der Pflegekassen. Die Bestimmung, dass die Leistungsgewährung frühestens von dem Zeitpunkt an erfolgt, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, bleibt hiervon unberührt.

Zu Nummer 6

(Zu § 37)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

In der Praxis werden die Beratungseinsätze in der Regel durch zugelassene Pflegedienste durchgeführt. Die Änderung trägt dem Rechnung. Sie ist zudem aus Gründen der Vereinfachung notwendig. Sie stellt sicher, dass die entsprechende Anwendung des Vertrags- und Vergütungsrechts zur Festlegung der Vergütungssätze, wie sie der neue Satz 5 vorsieht, auf den ambulanten Bereich beschränkt bleibt und nicht auch auf den stationären Bereich zu erstrecken ist. Dabei sind zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen durch die Änderung auch künftig nicht von der Beratung ausgeschlossen, sondern sie können sich bei Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen als Beratungsstelle anerkennen lassen. Die Vergütung richtet sich dann nach dem neuen Satz 7. Sofern zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen nach dem bisher geltenden Recht bereits Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 durchgeführt haben, stellt die Überleitungsvorschrift nach § 146 Absatz 2 sicher, dass sie als anerkannte Beratungsstellen anzusehen sind.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der größte Teil der häuslich versorgten Pflegebedürftigen bezieht ausschließlich Pflegegeld. Um zu gewährleisten, dass auch diese Gruppe stets angemessen versorgt und betreut wird, sieht Absatz 3 einen verpflichtenden Beratungsbesuch in regelmäßigen Abständen vor, der in erster Linie von zugelassenen Pflegediensten durchgeführt wird. Die Vergütung für diese Beratungsbesuche ist bislang gesetzlich festgelegt. Vielfach wird beklagt, dass die derzeit geltenden Vergütungssätze für eine fachlich anspruchsvolle Beratung mit der Zielsetzung, die Qualität der Pflege zu sichern, nicht ausreichen. Dies gelte insbesondere auch im Lichte der nach Absatz 5 abzugebenden Empfehlungen, in denen Anforderungen an eine fachlich anspruchsvolle Beratung niederzulegen sind. Vor diesem Hintergrund sollen die Vergütungssätze nicht mehr gesetzlich festgelegt, sondern zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten oder den von den Pflegekassen beauftragten Pflegefachkräften nach den Grundsätzen des ambulanten Vergütungsrechts im Achten Kapitel ausgehandelt werden. Daher ist § 89 Absatz 1 und 3 entsprechend anzuwenden. Absatz 2 bleibt von der entsprechenden Anwendung ausgenommen, weil die Vertragsparteien bereits in Satz 5 selbst festgelegt sind. Die Neuregelung ermöglicht es, leistungsgerechte Vergütungen zu vereinbaren. Über die Verweise in § 89 Absatz 3 ist sichergestellt, dass wesentliche Bemessungs- und Verfahrensgrundsätze des Vergütungsrechts auch bei der Vereinbarung der Vergütung für Beratungsbesuche zur Anwendung kommen. So ist auch die gesetzlich vorgesehene Konfliktlösung über die Schiedsstellen nach § 76 ermöglicht. Durch die entsprechende Anwendung des § 89, der seinerseits unter anderem auf § 85 Absatz 3 bis 7 verweist, ist ferner sichergestellt, dass die Vergütungssätze für alle Kostenträger verbindlich sind. Außerdem ist durch den Verweis auf § 86 (Pflegesatzkommission), der in § 89 Absatz 3 enthalten ist, die Möglichkeit eröffnet, die Vergütungen für die Beratungseinsätze auf kollektiver Ebene zu verhandeln.

Die Vertragspartner können die Vergütungssätze gestaffelt für alle Pflegegrade vereinbaren. Dabei bleibt es ihnen überlassen, ob Vergütungssätze für jeden Pflegegrad separat vereinbart oder entsprechend dem geltenden Recht Gruppen gebildet werden.

Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 können nicht nur durch zugelassene Pflegeeinrichtungen oder von den Pflegekassen beauftragte Pflegefachkräfte durchgeführt werden, sondern auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen oder Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften. Im Interesse einer verwaltungsarmen und einfachen Vergütungsregelung für diese Stellen legen die Verbände der Pflegekassen im Land unter Zugrundelegung der mit den Pflegediensten oder den von den Pflegekassen zur Beratung beauftragten Pflegefachkräften vereinbarten Vergütungssätze mit Wirkung für alle Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen jeweils für die Dauer eines Jahres die Vergütungen fest und veröffentlichen diese in geeigneter Weise. Die Vergütungssätze, die für die Pflegeeinrichtungen ausgehandelt werden, müssen wirtschaftlich und leistungsgerecht sein (§ 89 Absatz 3 in Verbindung mit § 84 Absatz 2), sodass eine Orientierung an diesen Vergütungssätzen zur Festlegung der Vergütung für die gleiche Beratungsleistung (etwa durch Bildung eines Landesdurchschnitts) angemessen ist. Hierdurch soll weiterer Aufwand zur Festlegung der Vergütungssätze für diese Stellen vermieden werden. Diese Regelung soll erst im Jahre 2020 zur Anwendung kommen, weil erst im Laufe des Jahres 2019 Vergütungsvereinbarungen abgeschlossen werden können, an die sich die Festlegung anzulehnen hat.

Neben den bereits genannten Stellen können auch Pflegeberater nach § 7a Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 durchführen. Für diese Personen ist keine gesonderte Vergütungsregelung vorgesehen, da es sich in aller Regel um Mitarbeiter der Pflegekassen selbst handelt. Sofern die Pflegeberatung nach § 7a anderen Stellen übertragen ist, greifen zur Festlegung der Vergütung die neuen Regelungen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Vereinbarungspartner vereinbaren nach der neuen Regelung Vergütungssätze für Beratungsbesuche einschließlich des Pflegegrades 1. Dementsprechend umfassen die Festlegungen zur Vergütungshöhe für andere Beratungsstellen durch die Landesverbände der Pflegekassen, die in Anlehnung hieran erfolgen, ebenfalls den Pflegegrad 1. Das macht die bisherige gesetzliche Anknüpfung der Vergütungshöhe für Beratungseinsätze für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 an die Vergütungshöhe anderer Pflegegrade entbehrlich.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung der neuen Sätze 5 bis 8.

Zu Buchstabe b

Grundsätzlich bedürfen Mitteilungen an die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen über die Ergebnisse des Beratungsbesuchs der Einwilligung des Pflegebedürftigen. An diesem Grundsatz wird festgehalten.

Allerdings gibt es Konstellationen, in denen es notwendig sein kann, noch einmal den Versuch zu unternehmen, die Pflegesituation zum Wohle des Pflegebedürftigen zu verbessern. Kommt die Beratungsperson etwa zu der Überzeugung, dass eine Situation gegeben ist, die die Inanspruchnahme weiterer oder anderer Leistungen erfordert, um die pflegerische Versorgung auf gutem Niveau sicherzustellen, ist der zuständigen Pflegekasse mitzuteilen, dass eine weitergehende Beratung für erforderlich gehalten wird, auch wenn der Pflegebedürftige keine Einwilligung zu einer umfassenden Mitteilung gegeben hat. Die Pflegekasse hat dann eine Beratung nach § 7a anzubieten und kann in dem Fall, in dem eine Beratung abgerufen wird, etwaige Anpassungen der Leistungen mit den Betroffenen erörtern und ggf. einleiten.

Dabei beschränkt sich der Hinweis der Beratungsstelle an die Pflegekasse darauf, dass eine weitergehende Beratung durch die Pflegekasse angezeigt ist, die dann ihrerseits eine entsprechende Beratung anzubieten hat. Personenbezogene Daten über die Pflegesituation dürfen dabei mangels Einwilligung nicht übermittelt werden.

Das Pflegegeld wird gewährt zur eigenen Sicherstellung der Pflege. Dies macht ein effektives begleitendes Beratungssystem erforderlich, in das die Pflegekassen sinnvoll eingebunden sind. Dies gewährleistet die hier vorgeschlagene Lösung, ohne die Anforderungen an einen wirksamen Schutz der Daten der Betroffenen zu vernachlässigen.

Zu Buchstabe c

Mit der Regelung sollen die an die Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 zu stellenden Anforderungen im Gesetz besser als bisher verdeutlicht werden. Durch die Ergänzung des Absatzes 5 werden die Mindestinhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung konkretisiert. In der Hauptsache betrifft die Konkretisierung die Beratungsstandards und die Qualifikation der Beratungspersonen. Ferner haben die Empfehlungen Ausführungen zu erforderlichenfalls einzuleitenden Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung im Einzelfall zu enthalten. Dies kann beispielsweise vom Angebot weiterer Beratungsgespräche hinsichtlich zusätzlicher Maßnahmen zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung über eine erneute Begutachtung bis hin zur Erörterung eines Wechsels der Versorgungsform reichen.

Zu Buchstabe d

Die Regelung in dem neuen Absatz 5a sieht vor, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 1. Januar 2020 Richtlinien zur Bewertung der Erkenntnisse aus den Beratungsbesuchen

nach § 37 Absatz 3 durch die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beschließt. Bestandteil der Richtlinien sind ebenfalls die Anforderungen an die Aufbereitung und standardisierte Dokumentation dieser Erkenntnisse. Damit wird der Umgang der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen mit den bei den Beratungsbesuchen jeweils gewonnenen Erkenntnissen konkretisiert und vereinheitlicht. Die Erfüllung der Pflicht der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen zur Bewertung der Erkenntnisse aus den Beratungsbesuchen wird hierdurch besser nachvollziehbar und die Nutzung der bei den Beratungsbesuchen gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation der Pflegebedürftigen im Interesse der Versicherten kann verbessert werden.

Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

Zu Nummer 7

(Zu § 38a)

Durch die Bezugnahme auf die Unterstützung bei der Haushaltsführung wird die Vorschrift zum einen an den seit dem 1. Januar 2017 in diesem Buch verwendeten Sprachgebrauch angepasst. Zum anderen kommt durch die Anpassung der Formulierung noch deutlicher zum Ausdruck, dass die Person (Präsenzkraft), die durch die Mitglieder der ambulant betreuten Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt wird, nicht im Rahmen der individuellen pflegerischen Versorgung tätig wird, sondern dass sich ihre Tätigkeiten auf die Unterstützung der gesamten Wohngruppe als solcher richten. Dazu gehört, dass die Präsenzkraft für die Wohngruppe Unterstützung im organisatorisch-verwaltenden Bereich leistet, zur Förderung des Gemeinschaftslebens tätig wird oder auch die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung unterstützt. Denn auch dies bietet Gelegenheit, die Wohngruppenmitglieder im Rahmen ihrer jeweiligen Möglichkeiten aktiv in die Gestaltung des Wohngruppenalltags einzubeziehen (vergleiche auch BT-Drucksache 18/2909, Seite 42).

Zu Nummer 8

(Zu § 44)

Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen haben in den Fällen, in denen eine nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson

- einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegt, der Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge hat, und
- für die die Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung anteilig getragen werden,

der zuständigen Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn bei Feststellung der Beitragspflicht sowie bei Änderungen in den Verhältnissen des Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson, insbesondere bei einer Änderung des Pflegegrades, einer Unterbrechung der Pflegetätigkeit oder einem Wechsel der Pflegeperson, Folgendes über die Pflegeperson mitzuteilen:

1. Versicherungsnummer, soweit bekannt,
2. Familien- und Vornamen,
3. Geburtsdatum,

4. Staatsangehörigkeit,
5. Anschrift,
6. Beginn und Ende der Pfllegetätigkeit,
7. den Pfllegegrad des Pfllegebedürftigen und
8. die nach § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches maßgeblichen beitragspflichtigen Einnahmen.

Diese Meldung ist u. a. erforderlich, um die reibungslose Entrichtung der Rentenversicherungsbeiträge für die Pfllegeperson durch die Pfllegekasse oder das private Versicherungsunternehmen des Pfllegebedürftigen und dessen Beihilfestelle oder Dienstherrn sicherzustellen. Nach Auffassung des Bundesrechnungshofes, der sich der Rechnungsprüfungsausschuss des Deutschen Bundestages angeschlossen hat, waren diese Meldungen in der Vergangenheit nicht immer sichergestellt, wodurch Beitragsausfälle, zumindest aber verspätete Beitragsabführungen, zu Lasten der Träger der Rentenversicherung eingetreten sind.

Mit Beschluss vom 2. Juni 2017 hat der Rechnungsprüfungsausschuss eine gesetzliche Regelung zur Sicherstellung der Verfahrensabläufe bis zum Ende des Jahres 2018 angeordnet. Durch die jetzt vorgesehene Ergänzung wird dem Rechnung getragen. Künftig werden die Mitteilungen der Pfllegekassen und privaten Versicherungsunternehmen an die Beihilfestsetzungsstellen oder die Dienstherrn technisch automatisiert ausgelöst werden. Sofern die Pfllegekassen und privaten Versicherungsunternehmen die Mitteilungspflichten nicht erfüllen, müssen sie für Zahlungsverzögerungen auf Grund ihres Verhaltens (nicht für eventuelle weitere Zahlungsverzögerungen im Verantwortungsbereich der Beihilfestellen) Säumniszuschläge an die Träger der Rentenversicherung entrichten. Die Verpflichtung, Säumniszuschläge zu entrichten, entfällt, wenn im Einzelfall von den Pfllegekassen und privaten Versicherungsunternehmen begründet werden kann, dass kein Verschulden vorliegt.

Die Neuregelung bezieht sich nur auf Meldevorgänge im Hinblick auf die Entrichtung von Rentenversicherungsbeiträgen (und nicht von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung).

Zu Nummer 9

(Zu § 45a)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, mit der der Sprachgebrauch innerhalb des § 45a vereinheitlicht wird.

Zu Nummer 10

(Zu § 45b)

Zu Buchstabe a

Der bisherige Absatz 2 Satz 3 wird in Absatz 1 verschoben und diesem als letzter Satz angefügt sowie entsprechend redaktionell angepasst, um die Regelungen in § 45b besser nachvollziehbar zu ordnen.

Zu Buchstabe b

Im Rahmen der statistischen Erfassung von Leistungen nach § 45b sollen die Pfllegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pfllege-Pflichtversicherung durchführen, künftig danach differenzieren, in welchem Umfang der Entlastungsbetrag für Aufwendungen im Zusammenhang mit Leistungen der Tagespfllege oder Nachtpfllege, mit

Leistungen der Kurzzeitpflege, mit Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 45b Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 oder mit Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a eingesetzt wird. Um diese Unterscheidung sicher treffen zu können, muss im Rahmen der Beantragung der Kostenerstattung deutlich werden, für welche dieser Leistungen die Kostenerstattung jeweils erfolgen soll. Besonders wichtig ist das bei einem Tätigwerden von Trägern von Pflegeeinrichtungen, insbesondere von Pflegediensten, da es in manchen Fällen allein in deren Wissen liegt und daher auch in deren Verantwortung steht anzugeben, ob ihre Leistungserbringung in dem jeweiligen Fall § 45b Absatz 1 Satz 3 Nummer 1, 2, 3 oder Nummer 4 zuzuordnen ist.

Mit der vorliegenden Ergänzung zur Klarheit der Angaben bei der Vorlage von Belegen, die zwecks Kostenerstattung nach § 45b Absatz 2 bei den Leistungsträgern eingereicht werden, werden die Voraussetzungen für eine entsprechend differenzierte statistische Erfassung geschaffen. Die Nutzung des Entlastungsbetrags nach § 45b soll damit in der statistischen Auswertung bei den Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, danach unterschieden werden können, für welche der in Absatz 1 Satz 3 Nummern 1 bis 4 genannten Leistungen der Entlastungsbetrag jeweils in welchem Umfang eingesetzt wird. Dafür ist es erforderlich, dass für die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen sofort und eindeutig erkennbar ist, ob die jeweilige Erstattung für Aufwendungen im Zusammenhang mit

- Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 – also Leistungen der Tagespflege oder der Nachtpflege,
- Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 – also Leistungen der Kurzzeitpflege,
- Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 – also Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 SGB XI (aber nur in Pflegegrad 1 auch Leistungen im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung) oder
- Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 – also Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a

erfolgen soll. Dies ist grundsätzlich bereits durch die Anbieter der Leistungen auf den Belegen anzugeben, die dann zwecks Kostenerstattung gemäß § 45b bei den Leistungsträgern vorgelegt werden. Für die Pflegebedürftigen soll hierdurch keine zusätzliche bürokratische Belastung entstehen. Um eine eindeutige Kennzeichnung zu erreichen, bietet es sich an, auf den jeweiligen Belegen anzugeben, welcher der vier Nummern des Absatz 1 Satz 3 die Leistungen zuzuordnen sind; dies gilt insbesondere für zugelassene Pflegeeinrichtungen. Das muss jedoch nicht die einzige Art und Weise sein, in der die Angabe erfolgen kann. Entscheidend ist, dass der Leistungsträger, bei dem die Belege eingereicht werden, durch die Angabe ohne Weiteres eindeutig erkennen kann, welcher der Leistungen nach den Nummern 1, 2, 3 oder 4 des Absatz 1 Satz 3 die Leistung jeweils zuzuordnen ist.

Sollte es – gerade in der Anfangszeit nach Einführung dieser Regelung oder bei neuen nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag – zunächst zu noch nicht ausreichenden Angaben kommen, sind die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen gehalten, ggf. diejenigen, die die Belege einreichen, und vor allem jeweils die Anbieter der Leistungen in nachvollziehbarer Weise auf die für Zwecke der statistischen Erfassung erforderliche Gestaltung hinzuweisen und ggf. dazu zu beraten, wie dies bürokratiearm umgesetzt werden kann.

Die Norm dient allein statistischen Zwecken. Ein Leistungshindernis oder andere Nachteile zu Lasten der Anspruchsberechtigten dürfen aus ihr nicht abgeleitet werden.

Zu Nummer 11

(Zu § 45d)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an den Sprachgebrauch, der im Übrigen in § 45d verwendet wird. Für nähere Erläuterungen zum Begriff der Personen, die im Sinne der Vorschriften des Fünften Abschnitts des Vierten Kapitels den Angehörigen vergleichbar Nahestehende sind, siehe auch BT-Drucksache 18/1798, Seite 35.

Zu Nummer 12

(Zu § 46)

Nach Auffassung der Rechtsprechung fehlt es an der Legitimation der Krankenkassen, auch für die bei ihnen jeweils errichtete Pflegekasse Beitragsrückerstattungen von zu Unrecht gezahlten Beiträgen vorzunehmen (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 23.05.2017 – B 12 KR 9/16 R –, mit Hinweis auf frühere Rechtsprechung). Mit der Ergänzung wird die Legitimation für die Rückerstattung durch einen gemeinsamen Bescheid von Kranken- und Pflegeversicherung auch im Interesse der Verwaltungsökonomie geschaffen. An der getrennten finanziellen Buchung zu Lasten der Kranken- und Pflegeversicherung ändert sich durch die Neuregelung nichts.

Zu Nummer 13

(Zu § 55)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, mit der im Wortlaut der Vorschrift klargestellt wird, dass der Zeitpunkt der Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes im Rahmen der Vorschrift ebenso zu behandeln ist wie der Zeitpunkt der Schließung einer Ehe.

Zu Nummer 14

(Zu § 56)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, mit der der Sprachgebrauch innerhalb des § 56 vereinheitlicht wird. Da durch den neu angefügten § 1 Absatz 7 bereits generell geregelt wird, dass eingetragene Lebenspartner bzw. Lebenspartnerinnen als Familienangehörige des jeweils anderen eingetragenen Lebenspartners bzw. der jeweils anderen eingetragenen Lebenspartnerin gelten, müssen die Lebenspartner bzw. Lebenspartnerinnen in § 56 Absatz 1 neben den Familienangehörigen nicht noch einmal gesondert genannt werden. Sie sind vielmehr hier wie auch in § 56 Absatz 4 bereits vom Begriff der Familienangehörigen mitumfasst.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen, mit denen jeweils klargestellt wird, dass eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner ebenso zu behandeln sind wie Ehegatten und die Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes ebenso zu behandeln ist wie eine Eheschließung.

Zu Nummer 15

(Zu § 75)

Pflegekräfte, die bei demselben Einrichtungsträger beschäftigt sind, müssen flexibel in den verschiedenen Versorgungsbereichen des Trägers eingesetzt werden können. Dies gilt insbesondere bei abgeschlossenen Gesamtversorgungsverträgen nach § 72 Absatz 2 Satz 1, ist aber davon unabhängig und nicht nur auf diesen Bereich beschränkt. Entsprechend der bestehenden arbeitsrechtlichen Möglichkeiten müssen die Maßstäbe und Grundsätze für

eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen auch auf diesen Bedarf hin überprüft und ausgerichtet werden, um eine Vollzeitbeschäftigung des Pflegepersonals durch einen flexiblen Arbeits-einsatz zu ermöglichen.

Zu Nummer 16

(Zu § 78)

Die Festbeträge nach Absatz 3 sind entfallen, daher **ist** der Verweis auf diese zu streichen.

Zu Nummer 17

(Zu § 89)

Zu einer Verbesserung der Versorgung gehört auch im Bereich des Pflegeversicherungsrechts eine bessere Vergütung der Wegezeiten in unterversorgten ländlichen Räumen, wenn die Versorgung nur mit längeren Anfahrtswegen sichergestellt werden kann. Deshalb sind die Grundsätze, die darauf bezogen von den Rahmenvereinbarungspartnern nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches festzulegen sind, auch von den Vereinbarungspartnern in den Vergütungsvereinbarungen im Bereich der Pflegeversicherung zu berücksichtigen.

Zu Nummer 18

(Zu § 106a)

Zu Buchstabe a

In der Neufassung wird der Begriff „Einverständnis“ durch den Begriff „Einwilligung“ ersetzt. Es handelt sich hierbei um eine redaktionelle Anpassung an den in der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1, L 314, S. 72, L 127 vom 23.5.2018, S. 2) verwendeten Begriff der Einwilligung. Inhaltliche Änderungen ergeben sich hierdurch nicht. Darüber hinaus wird die Befugnis zur Übermittlung der Erkenntnisse aus den Beratungsbesuchen auch an die Beihilfefestsetzungsstellen datenschutzrechtlich abgesichert. In der Regelung wird zudem der Begriff „Pflegeeinrichtungen“ durch den Begriff „Pflegedienste“ ersetzt. Es handelt sich hierbei um eine redaktionelle Folgeänderung zu der Änderung des § 37 Absatz 3 Satz 1.

Zu Buchstabe b

Siehe hierzu die Begründung zu der inhaltlich gleichen Änderung des § 37 Absatz 4.

Zu Nummer 19

(Zu § 111)

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung, die sicherstellt, dass die Beteiligung der privaten Pflege-Pflichtversicherung an der Finanzierung der Maßnahmen nach § 8 Absatz 5 bis 8 in den Risikoausgleich zwischen den privaten Versicherungsunternehmen aufgenommen wird.

Zu Nummer 20

(Zu § 113b)

Zu Buchstabe a und Buchstabe b

Nach § 113b Absatz 1 entscheidet der Qualitätsausschuss über die dort aufgeführten Aufgaben. Sofern hierbei keine einvernehmliche Einigung erfolgt, entscheidet der Qualitätsausschuss in seiner erweiterten Form mit Mehrheitsbeschluss. Dieses Verfahren wird auch bei den notwendigen Entscheidungen der Vertragsparteien zu den Vereinbarungen mit dem Bundesversicherungsamt bezüglich des Verfahrens zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zur Finanzierung der Datenstelle bereitzustellenden Mittel angewandt. Die Festsetzung des erweiterten Qualitätsausschusses ersetzt die zur Erfüllung der Aufgaben nach § 8 Absatz 5 notwendige Entscheidung der Vertragsparteien.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um Regelungen des operativen Geschäftes, die im Verantwortungsbereich der Beteiligten liegen. Eine Verpflichtung zur Vorlage gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit ist insofern nicht notwendig.

Zu Nummer 21

(Zu § 133)

Bezüglich der Zuordnung der Prozessführung des Pflegevorsorgefonds ist es zu Unklarheiten bei der Auslegung der bisherigen Regelung gekommen. Daher wird in dem neu gefassten § 133 gesetzlich geregelt, dass das Bundesversicherungsamt den Pflegevorsorgefonds in gerichtlichen Verfahren vertritt, also als prozessführende Behörde des Pflegevorsorgefonds konkret benannt wird. Die Vertretung des Sondervermögens in Rechtsstreitigkeiten umfasst die Prozesseinleitung und Prozessführung. Die Entscheidung über die Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens trifft das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, das in dem in § 134 Absatz 2 Satz 3 genannten Anlageausschuss vertreten ist. Die Regelungen in Bezug auf die Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren durch das Bundesversicherungsamt gelten ab dem 1. Januar 2020. Um keine Regelungslücke entstehen zu lassen, wird die Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren bis zum Ende des Jahres 2019 durch das Bundesministerium für Gesundheit wahrgenommen. Dieses führt außerdem die bis zum Ablauf des 31. Dezember 2019 anhängig gewordenen gerichtlichen Verfahren bis zu deren Abschluss fort.

Zu Nummer 22

(Zu § 146 neu)

Zu Absatz 1

Um sicherzustellen, dass in der Übergangsphase bis zur Vereinbarung von Vergütungssätzen für die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 oder deren Festlegung durch die Landesverbände der Pflegekassen kein vergütungsloser Zustand eintritt, gelten die bis zum 31. Dezember 2018 in § 37 gesetzlich festgelegten Vergütungssätze gemäß § 146 Absatz 1 in der Übergangsphase fort.

Zu Absatz 2

Nach dem Wortlaut des § 37 Absatz 3 können nach dem bisher geltenden Recht auch zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 Beratungsbesuche durchführen. Dies stellt in der Praxis einen Ausnahmefall dar. Gleichwohl soll durch § 146 Absatz 2 sichergestellt werden, dass diese Einrichtungen die Beratung auch künftig durchführen können, wenn sie nach § 37 Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Fassung bisher Beratungseinsätze durchgeführt haben. Sie gelten dann als anerkannte Beratungsstellen nach § 37 Absatz 7, deren Vergütungssätze in dem neuen Verfahren nach dem

neuen § 37 Absatz 3 Satz 7 durch die Landesverbände der Pflegekassen festgelegt werden.

Zu Artikel 12 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Zu § 28)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, die zum 1. Januar 2020 auch in § 28 Absatz 1 Nummer 9 die Änderung der Überschrift des Vierten Titels des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels nachvollzieht, die gemäß Artikel 1 Nummer 11 des Dritten Pflegestärkungsgesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I Seite 3191; siehe dort Seite 3194) zum 1. Januar 2020 in Kraft tritt.

Zu Artikel 13 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neuregelung des § 20 Absatz 6 SGB V. Zusätzlich wird dadurch vermieden, dass die Vorschrift wegen der Veränderung der Bezugsgröße regelmäßig angepasst werden muss.

Zu Artikel 14 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Das Gesetz tritt, sofern nichts anders bestimmt ist, am 1. Januar 2019 in Kraft.

Zu Absatz 2

Artikel 1 tritt mit Wirkung zum Tag nach dem Kabinettsbeschluss in Kraft und gewährleistet damit, dass die entsprechenden Änderungen des KHG noch im Jahr 2018 in Kraft treten.

Hierdurch wird sichergestellt, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene frühzeitig die im Zusammenhang mit § 17b Absatz 4 KHG notwendigen, vorbereitenden Arbeiten für eine Pflegepersonalkostenvergütung vornehmen können, die den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf in der Patientenversorgung berücksichtigt. Dem tiefen Einschnitt in das DRG-System entsprechend erfordert die Umstellung der Pflegepersonalkostenvergütung verschiedene jeweils aufeinander Bezug nehmende Vorarbeiten, die insoweit mehr Zeit erfordern, als zwischen der Verkündung des Gesetzes und den darin genannten Fristen zur Verfügung stünde. So haben die Vertragsparteien auf Bundesebene die Vergütungsanteile der Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung aus dem DRG-System auszugliedern. Dazu haben sie bis zum 31. Januar 2019 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung zu treffen und in der Folge Anpassungen der Kalkulationsgrundlagen vorzunehmen. Diese anspruchsvollen und komplexen Aufgaben sind in der Zeitspanne zwischen dem Inkrafttreten des Gesetzes und der im Gesetz vorgesehenen Frist nicht mit der erforderlichen Sorgfalt zu erfüllen.

Da zudem für die hierfür notwendigen Maßnahmen zunächst ein Konzept des InEK zu entwickeln ist, ist ein rückwirkendes Inkrafttreten der weitreichenden und umfänglichen Arbeitsaufträge unverzichtbar. Nur durch die damit in Aussicht gestellte nachträgliche Legitimation erforderlicher Handlungsschritte als in Ausführung des Gesetzes ist eine frühzeitige Umsetzung zu gewährleisten.

Auch bei den Änderungen bei der Ausbildungsfinanzierung in § 17a KHG ist ein frühzeitiges Inkrafttreten erforderlich: Die Ausbildungsbudgets für das Jahr 2019 sind nach den gesetzlichen Vorgaben im Herbst 2018 zu vereinbaren. Um sicherzustellen, dass die mit diesem Gesetz vorgesehenen Regelungen bereits bei der Vereinbarung der Ausbildungsbudgets für das Jahr 2019 berücksichtigt werden können, ist ein Inkrafttreten nach Kabinettsbe-

schluss erforderlich. Dies gilt einerseits ist dies für die Aufhebung des Anrechnungsschlüssels für Auszubildende im ersten Jahr der Ausbildung in der Krankenpflege und der Kinderkrankenpflege notwendig. Hierdurch wird erreicht, dass die Übergangsregelung des § 66 Absatz 1 und 3 des Pflegeberufegesetzes, nach der die Finanzierung einer Ausbildung in der Krankenpflege und der Kinderkrankenpflege, die vor Ablauf des 31. Dezember 2019 begonnen wurde, nach § 17a KHG in der am 31. Dezember 2018 geltenden Fassung erfolgt, auf den aufgehobenen Anrechnungsschlüssel für das erste Jahr der Ausbildung abstellt. Im Ergebnis wird damit sichergestellt, dass der Anrechnungsschlüssel im ersten Ausbildungsjahr in der Krankenpflege und der Kinderkrankenpflege für die Vereinbarungen des Ausbildungsbudgets für das Jahr 2019 aufgehoben wird. Andererseits sind zeitnah klarstellende Regelungen dahingehend erforderlich, dass es für eine Berücksichtigung in den Ausbildungsbudgets unerheblich ist, ob die Zahlung von Ausbildungsvergütungen durch die Krankenhäuser auf der Grundlage der jeweiligen Berufsgesetze oder tarifvertraglichen oder anderen Vereinbarungen erfolgt und dass Ausbildungsbudgets entsprechend den tatsächlichen Kostenwüchsen von den Vertragsparteien auf der Ortsebene zu vereinbaren sind.

Auch Artikel 8 tritt mit Wirkung zum Tag nach dem Kabinettschluss in Kraft. Hierdurch ist sichergestellt, dass die neue Berechnungsmethodik zum Pflegezuschlag bereits für die Vereinbarung des Pflegezuschlags für das Jahr 2019 anzuwenden ist.

Zudem wird sichergestellt, dass die durch § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummern 6 und 7 KHEntgG geänderten Vorgaben im Zusammenhang mit den Notfallzu- und -abschlägen bereits für die Verhandlung der Landesbasisfallwerte für das Jahr 2019 zu berücksichtigen sind und damit die entsprechenden Zu- oder Abschläge ohne eine Rückkopplung zum Landesbasisfallwert zu vereinbaren sind.

Zu Absatz 3

Die Änderung des § 133 SGB XI tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft, um frühestmöglich Rechtsklarheit herzustellen. Dementsprechend tritt auch die Anpassung der Angabe zu § 133 SGB XI in der Inhaltsübersicht am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Zu Absatz 4

Artikel 3 tritt am 2. Januar 2019 in Kraft und sorgt damit dafür, dass der Anrechnungsschlüssel für Auszubildende im ersten Jahr der Ausbildung in der Krankenpflegehilfe dauerhaft aufgehoben wird. Durch die Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes durch Artikel 6 des Pflegeberufereformgesetzes, der zum 1. Januar 2019 in Kraft tritt, wäre dies ansonsten nicht gewährleistet, da dort ein Anrechnungsschlüssel für alle drei Jahre der Ausbildung vorgesehen ist.

Zu Absatz 5

Artikel 10 tritt am 1. Januar 2020 in Kraft. Die Regelungen treten damit in dem Jahr in Kraft, in dem die Pflegebudgets erstmalig angewendet werden. Durch die Änderung werden die Regelungen zur vollständigen Tarifikostenrefinanzierung für das Pflegepersonal vor dem Hintergrund angepasst, dass Tarifikostensteigerungen für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung ab dem Jahr 2020 vollständig im Pflegebudget zu berücksichtigen sind.

Hinsichtlich Artikel 12, also der weiteren Änderung des SGB XI, bestimmt Absatz 5, dass die Anpassung des § 28 Absatz 1 Nummer 9 SGB XI zum 1. Januar 2020 in Kraft tritt und damit gleichzeitig mit der Änderung der Überschrift des Vierten Titels des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels des SGB XI, die gemäß Artikel 1 Nummer 11 des Dritten Pflegestärkungsgesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I Seite 3191) ebenfalls zum 1. Januar 2020 in Kraft tritt.

Unsere Sozialversicherung

Wissenswertes speziell
für junge Leute

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund
Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit,
Kommunikation
10709 Berlin, Ruhrstraße 2
Postanschrift: 10704 Berlin
Telefon: 030 865-0, Telefax: 030 865-27379
Internet: www.deutsche-rentenversicherung.de
E-Mail: drv@drv-bund.de

47., überarbeitete Auflage (6/2019)

Fotos: Bildarchiv Deutsche Rentenversicherung Bund
Grafiken: Julia Gandras, Berlin © Bergmoser + Höller Verlag, Aachen
Druck: Fa. H. Heenemann GmbH & Co. KG, Berlin

Unsere Sozialversicherung

Unsere Sozialversicherung hat mehr und mehr an Bedeutung gewonnen, für den Einzelnen, für uns alle, für den Staat. Aufklärung, Information und Wissen über die Sozialversicherung sind in besonderem Maße notwendig. Die Deutsche Rentenversicherung hofft, mit diesem Buch dazu beizutragen, die Sozialversicherung überschaubarer zu machen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Rentenversicherung.

Das Buch wendet sich in erster Linie an junge Leute, Schüler und Berufsanfänger. Sie sollen einen Überblick erhalten über ihre sozialen Rechte und Pflichten, die sie stets begleiten. Ihr Verständnis für die staatliche Wirklichkeit soll geweckt werden.

Das Buch wendet sich aber auch an alle anderen an der Sozialversicherung Interessierten. Ihnen soll der wichtigste Teil unserer Sozialen Sicherung nähergebracht werden, damit sie ihn besser verstehen, beurteilen und mitgestalten können.

Die Deutsche Rentenversicherung

Unsere Sozialversicherung – wichtigster Teil der Sozialen Sicherung



Inhaltsverzeichnis

- 5 Geschichte der Sozialversicherung**
 - 6 Frühzeit und Mittelalter
 - 8 Zeit der Industrialisierung
 - 13 Zeit des Übergangs
 - 14 Zeit der Reformen
 - 16 Gegenwart
- 19 Selbstverwaltung**
 - 20 Selbstverwaltungsorgane
 - 21 Wahl der Organmitglieder
 - 22 Aufgaben der Organe
 - 23 Geschäftsführer
 - 24 Träger der Deutschen Rentenversicherung
 - 25 Deutsche Rentenversicherung Bund
 - 29 Bundesagentur für Arbeit
 - 30 Spitzenverband Bund der Krankenkassen
 - 32 Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
 - 34 Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V.
- 38 Allgemeine Rentenversicherung**
 - 39 Versicherte Personen
 - 44 Finanzierung
 - 47 Versicherungskonto
 - 52 Rehabilitation
 - 57 Rentenarten
 - 68 Rentenhöhe
 - 76 Krankenversicherung der Rentner
 - 77 Pflegeversicherung der Rentner
 - 78 Besteuerung von Renten und Beiträgen
- 79 Versicherungsträger und Zuständigkeit
- 82 Jugendkommunikation: Den richtigen Ton treffen
- 83 Knappschaftliche Rentenversicherung**
 - 84 Versicherte Personen
 - 84 Finanzierung
 - 85 Rehabilitation
 - 86 Rentenarten
 - 87 Rentenhöhe
 - 88 Versicherungsträger
- 90 Alterssicherung der Landwirte**
 - 91 Versicherte Personen
 - 92 Finanzierung
 - 93 Rehabilitation
 - 94 Rentenarten
 - 100 Rentenhöhe
 - 102 Hilfen zur Aufrechterhaltung des Unternehmens
 - 104 Träger der Alterssicherung
- 106 Arbeitsförderung**
 - 107 Versicherte Personen
 - 109 Finanzierung
 - 110 Leistungen der Arbeitsförderung
 - 118 Entgeltersatzleistungen
 - 125 Träger der Arbeitsförderung
- 126 Grundsicherung für Arbeitsuchende**
 - 127 Berechtigte
 - 127 Leistungen
 - 130 Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende

Inhaltsverzeichnis

132 Krankenversicherung

- 133 Versicherte Personen
- 137 Finanzierung
- 147 Leistungen
- 155 Versicherungsträger

160 Unfallversicherung

- 161 Versicherte Personen
- 163 Finanzierung
- 165 Prävention
- 167 Leistungen
- 176 Versicherungsträger

178 Pflegeversicherung

- 179 Versicherte Personen
- 181 Finanzierung
- 185 Leistungsberechtigte Personen
- 189 Leistungen der Pflegeversicherung
- 199 Versicherungsträger

200 Sozialgerichtsbarkeit

- 201 Aufbau der Gerichte
- 203 Gerichtsverfahren
- 209 Rechtsmittel
- 211 Beispiel aus der Praxis

216 Begriffe

227 Sachverzeichnis

Geschichte der Sozialversicherung

Das Bedürfnis sich gegen bestimmte Lebensrisiken abzusichern und für diese Fälle Vorsorge zu treffen, hatten Menschen zu jeder Zeit. Solche sozialen Lebensrisiken, die als „Wechselfälle des Lebens“ bezeichnet werden, sind insbesondere Krankheiten, Unfälle, Invalidität (verminderte Erwerbsfähigkeit), Alter, Pflegebedürftigkeit und Tod.

Soziale Sicherung gehört heute zur Lebensgrundlage eines jeden Bürgers. Ein Teil hiervon – der wichtigste Teil – ist unsere Sozialversicherung.

Was ist das?

Unsere Sozialversicherung – das ist die Versicherung, die unser ganzes Leben begleitet; eine wertvolle Begleitung. Jeder kann die Gewissheit haben, geschützt zu sein vor Schwierigkeiten, Unvorhergesehenem, Unerwartetem, materieller Not und sozialem Abstieg.

Unsere Sozialversicherung – das ist die Versicherung, die unter den Versicherten ausgleicht. Jeder trägt mit seinen Beiträgen dazu bei, hat soziale Pflichten, hat Anspruch auf Leistungen, hat soziale Rechte.

Unsere Sozialversicherung – das ist die Versicherung, die wir selbst verwalten, an der die von uns gewählten Vertreter mitwirken, Rechte ausüben, die Verwaltung sozial und lebensnah gestalten.

Wer heute in der Sozialversicherung versichert ist, hat im Rahmen der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte ein Recht auf die notwendigen Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit sowie wirtschaftliche Sicherung bei Krankheit, Mutterschaft, verminderter Erwerbsfähigkeit und Alter. Ein Recht auf wirtschaftliche Sicherung haben auch die Hinterbliebenen eines Versicherten.

Frühzeit und Mittelalter

Eine soziale Sicherung über eine soziale Versicherung gab es in der Antike und der Frühzeit nicht. Damals sorgte die Familie oder die Sippe für die Invaliden, Alten oder die Hinterbliebenen. Dies war eine allgemein anerkannte gesellschaftliche Aufgabe.

Griechische und römische Antike

Bürger des antiken Griechenlands erhielten bei Invalidität durch ein kriegerisches Ereignis, im Alter oder bei Vorliegen eines körperlichen Gebrechens eine staatliche Unterstützung. Kriegswaisen erhielten bis zur Volljährigkeit ebenfalls eine finanzielle Unterstützung sowie Aufsicht und Erziehung. Daneben erhielten erwerbslose und mittellose Menschen, deren Existenz bedroht war, staatliche Armenfürsorge in Form von Geld, Nahrung und Kleidung. Das öffentliche Gesundheitswesen war vorrangig für die Bekämpfung von Epidemien und für die Therapie von Kriegsinvaliden zuständig.

Im antiken Rom gab es eine gezielte Armenpolitik, indem die Getreidepreise für die städtische Bevölkerung durch staatliche Zuschüsse niedrig gehalten wurden. Getreide oder Brot wurde an ärmere Bürger der Stadt auch kostenlos abgegeben. Zur Sicherung der Ernährung armer Kinder existierte außerdem ein System von Familienbeihilfen, das durch Stiftungsgelder finanziert wurde. Daneben gab es auch Selbsthilfeeinrichtungen (beispielsweise Kranken- und Sterbekassenvereine) auf berufsständischer Grundlage. Sie gewährten Heilmittel und Krankenhilfe bei Krankheit oder Unfall sowie Geldbeträge an Hinterbliebene von Mitgliedern. Diese wurden durch Beitrittsgebühren und Beiträge finanziert. Für das öffentliche Gesundheitswesen im antiken Rom waren Ärzte zuständig, die von den Lokalverwaltungen bezahlt wurden und für jeden Bürger verfügbar waren.

Mittelalter

In den landwirtschaftlich geprägten Regionen erfolgte eine soziale Sicherung vom Mittelalter bis weit in die Neuzeit hauptsächlich durch die Familie und Sippe. Die Betreuung der Armen, Kranken, Alten, Witwen und Waisen war in erster Linie Sache der Familien und der Verwandtschaft. Daneben gab es Fürsorgepflichten der Grundherren (der Adligen und Ritter) für die Armen und Schwachen, die zuvor als Dienstpersonal von ihnen abhängig waren.

Das griechische Wort
„Almosen“ bedeutet
„mildtätige Gabe“.

Die Kirchen entwickelten aus dem Geist der christlichen Nächstenliebe (Caritas) verschiedene Einrichtungen wie Asyle und Hospitäler zur Hilfe, Unterstützung und Pflege von Armen, Kranken, Alten, Witwen und Waisen. Getragen und finanziert wurden diese durch die Kirchengemeinden und Klöster sowie die Almosengabe der Gläubigen an die Bedürftigen.

Im 12. Jahrhundert verhängte die Kirche ein Praxisverbot für Geistliche. Daraufhin überließen zahlreiche deutsche und europäische Klöster ihre Herbergen und Spitäler Laienhelfern oder Laienbrüdern. Aus diesen gingen teilweise weltliche Orden hervor, zum Beispiel die noch heute aktiven Johanniter und Malteser.

Mit dem Aufstieg der Städte seit dem 14. Jahrhundert ging auch ein Wandel der Armen- und Krankenhilfe einher: Es wurden städtische Armenfonds zur Unterstützung Bedürftiger eingerichtet. Dies hatte eine Zurückdrängung der kirchlichen Fürsorge zur Folge. Die Armenfonds wurden überwiegend durch Stiftungen und durch gesonderte Armensteuern finanziert.

Die im Spätmittelalter entstehenden Zünfte und Gilden schufen Unterstützungseinrichtungen für ihre Mitglieder und deren Familien. Zünfte waren örtliche Handwerkervereinigungen mit meist verpflichtender Zugehörigkeit (Zunftzwang). Gilden waren Zusammenschlüsse von Kaufleuten und Händlern, die aus wirtschaftlichen Interessen geschaffen wurden. Sie sollten ihre Mitglieder jedoch auch bei Unfall oder Krankheit so gut wie eben möglich unterstützen. Gilden wurden auch von Bauern oder als Bruderschaften aus religiösen Motiven gegründet.

Wegen der besonderen Berufsgefahr im Bergbau gab es in diesem Bereich schon frühzeitig Selbsthilfeeinrichtungen. Die Bruderschaft der Bergleute – die Knappschaft – half Betroffenen. Außerdem verrichtete sie deren Arbeit mit, sodass kein Verdienstausfall eintrat. Später stellte man an den Lohntagen Büchsen auf, in die jeder Knappe nach Belieben Geld einwarf. Aus der freiwilligen Spende wurde dann die Verpflichtung zur Entrichtung des „Büchsenpfennigs“ und aus der Spende später feste Beiträge. Die Büchsenkassen entwickelten sich schließlich zu Knappschaftskassen, aus denen den Bergleuten und ihren Familien Krankheitskosten, Arzneien oder Sterbegeld ersetzt wurden.

Die Büchsenkasse verwaltete ein Knappschaftsältester.

Als Auftakt der deutschen und auch der europäischen Sozialversicherung wird heute der 28. 12. 1260 angesehen. Damals sicherte der Hildesheimer Bischof Johann I. von Brakel urkundlich der Sankt Johannes Bruderschaft am Rammelsberg bei Goslar seinen Schutz zu. Die Sankt Johannes Bruderschaft unterstützte kranke und verletzte Bergleute und deren Hinterbliebenen. Diese Urkunde ist deshalb so bedeutend, weil sie erstmals einen Hinweis auf eine organisierte Sozialfürsorge enthält.



Gedenkstein auf dem Marktplatz von Goslar: Rammelsberg Wiege der Sozialversicherung

Zeit der Industrialisierung

Der Beginn der Industrialisierung war zugleich eine völlig neue Herausforderung an die soziale Sicherung. Zünfte und Gilden hatten hier keine Aufgaben mehr; sie verloren an Bedeutung. Wer als Industriearbeiter aus dem Arbeitsleben wegen Krankheit, Invalidität oder Alter ausscheiden musste, konnte nicht mehr eine solidarische Hilfe anderer erwarten.

Diese tiefgreifende soziale Umwälzung machte ein Eingreifen des Staates erforderlich. Als Erster wurde im deutschen Raum der preußische Staat aktiv. Im Preußischen Allgemeinen Land-

recht vom 5. 2. 1794 finden sich schon Bestimmungen über die staatliche Armenpflege. Hier heißt es zum Beispiel, dass es dem Staat zukommt, für die Ernährung und Verpflegung derjenigen Bürger zu sorgen, die sich ihren Unterhalt nicht selbst verschaffen und ihn auch von anderen Privatpersonen, die nach besonderen Gesetzen dazu verpflichtet sind, nicht erhalten können.

Die Entwicklung blieb aber nicht bei der staatlichen Fürsorge stehen. Es folgten Zeiten, in denen Einrichtungen (Versicherungen) entstanden, an die Beiträge gezahlt wurden, um später Leistungen zu erhalten, die vor wirtschaftlichem Schaden bewahren.

Erste Gesetze in der Knappschaft

Das Gesetz über die Vereinigung der Berg-, Hütten- und Salinenarbeiter in Knappschaften vom 10. 4. 1854 war die erste landesgesetzliche, öffentlich-rechtliche Arbeiterversicherung. Mit diesem Gesetz wurden die Knappschaftskassen einheitlich organisiert und der Zwang zu ihrer Bildung eingeführt; die Bergarbeiter wurden zur Beitragszahlung verpflichtet und die Mindestleistungen der Kassen festgelegt.

Gerhart Hauptmann thematisierte diese Situation beispielsweise in seinem Theaterstück „Die Weber“.

Doch diese und auch andere landesgesetzliche Regelungen waren zur Lösung der sozialen Fragen noch unzureichend, weil sie nur einen Teil der Bevölkerung betrafen. Die sozialen Missstände der anderen Berufsgruppen verlangten auch eine Lösung.

Kaiserliche Botschaft als Meilenstein

Anlässlich der Eröffnungssitzung des Deutschen Reichstags am 17. 11. 1881 verlas Reichskanzler Fürst Otto von Bismarck anstelle der Thronrede des damals erkrankten Kaisers Wilhelm I. eine Kaiserliche Botschaft, die heute als „Magna Charta“ oder auch als die Geburtsurkunde der deutschen Sozialversicherung bezeichnet wird. Das Ziel sollte eine Sozialreform zur Absicherung der arbeitenden Bevölkerung, vor allem der Industriearbeiter sein:

- Die Arbeiter sollen gegen die Risiken der Krankheit, des Betriebsunfalls und der Erwerbsunfähigkeit durch Alter oder Invalidität versichert werden.
- Sie sollen einen Rechtsanspruch auf die Leistungen haben.
- Die Versicherung soll auf der Grundlage der Selbstverwaltung durchgeführt werden.

Deutschland war das erste Land, das eine Sozialversicherung auf nationaler Ebene einführt. Es wurde damit weltweit zum Vorreiter beim Aufbau von staatlichen Sozialsystemen.

In der Kaiserlichen Botschaft heißt es unter anderem wörtlich:

„Schon im Februar d. J. haben Wir Unsere Überzeugung aussprechen lassen, daß die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen sein werde. Wir halten es für Unsere Kaiserliche Pflicht, dem Reichstage diese Aufgabe von Neuem ans Herz zu legen, und würden Wir mit um so größerer Befriedigung auf alle Erfolge, mit denen Gott Unsere Regierung sichtlich gesegnet hat, zurückblicken, wenn es Uns gelänge, dereinst das Bewußtsein mitzunehmen, dem Vaterlande neue und dauernde Bürgschaften seines inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes, auf den sie Anspruch haben, zu hinterlassen. In Unseren darauf gerichteten Bestrebungen sind Wir der Zustimmung aller verbündeten Regierungen gewiß und vertrauen auf die Unterstützung der Parteistellungen.

In diesem Sinne wird zunächst der von den verbündeten Regierungen in der vorigen Session vorgelegte Entwurf eines Gesetzes über die Versicherung der Arbeiter gegen Betriebsunfälle mit Rücksicht auf die im Reichstage stattgehabten Verhandlungen über denselben einer Umarbeitung unterzogen, um die erneute Berathung desselben vorzubereiten. Ergänzend wird ihm eine Vorlage zur Seite treten, welche sich eine gleichmäßige Organisation des gewerblichen Krankenkassenwesens zur Aufgabe stellt. Aber auch diejenigen, welche durch Alter oder Invalidität erwerbsunfähig werden, haben der Gesamtheit gegenüber begründeten Anspruch auf ein höheres Maß staatlicher Fürsorge, als ihnen bisher hat zu Theil werden können.

Für die Fürsorge die rechten Mittel und Wege zu finden, ist eine schwierige, aber auch eine der höchsten Aufgaben jedes Gemeinwesens, welches auf den sittlichen Fundamenten des christlichen Volkslebens steht. Der engere Anschluß an die realen Kräfte dieses Volkslebens und das Zusammenfassen der letzteren in der Form kooperativer Genossenschaften unter staatlichem Schutz und staatlicher Förderung werden, wie Wir hoffen, die Lösung auch von Aufgaben möglich machen, denen die Staatsgewalt allein in gleichem Umfange nicht gewachsen sein würde. Immerhin aber wird auch auf diesem Wege das Ziel nicht ohne die Aufwendung erheblicher Mittel zu erreichen sein.“

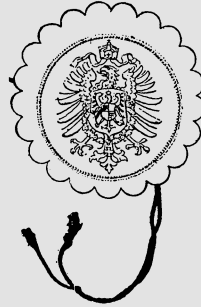
Wir Wilhelm,
 von Gottes Gnaden
 Deutscher Kaiser, König von Preußen,
 etc. etc. etc.

ihrem Künig und fügen fernermit zu
 wissen:

Oben fahen den im vorigen
 Reichstag kundgegebenen Wunfchen
 antwortend, dem föniglichen Bewill-
 fe entgegen, dem Reichstag noch
 im laufenden Jahre bewillfen, um
 feiner Wichtigkeit zuwafte für die
 Aufrechterhaltung des Reichsverfaffung-
 frats in Urfprung zu erfuchen
 Das Entwurf eines dem Reichsta-
 ge hinorzüglich zugefand.

V. Hofmann

Unterfchrieben durch den Kaiser
 eigenhändig' Unterfchrieben mit, beige
 föniglichen Reichfchloß Inſiegel.
 Gegeben Berlin, den 17. November 1881.



Wilhelm

Hofmann

Krankenversicherung

Der Reformprozess wurde mit dem Gesetz betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. 6. 1883 in Gang gesetzt. Für Industriearbeiter und Beschäftigte in Handwerks- und Gewerbebetrieben wurde eine Pflichtversicherung gegen die Risiken von Krankheiten eingeführt. Es bestand eine Pflichtmitgliedschaft in einer der staatlichen Aufsicht unterstellten Krankenkasse. Die Beiträge wurden zu zwei Dritteln vom Arbeitnehmer und zu einem Drittel vom Arbeitgeber gezahlt. Die Versicherten hatten einen Rechtsanspruch auf Krankenunterstützung (unter anderem freie ärztliche Behandlung, Arznei und Krankengeld für 13 Wochen). Auch Wöchnerinnen bekamen Wochenhilfeunterstützung (bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach der Geburt des Kindes). Im Todesfall erhielten Hinterbliebene ein Sterbegeld.

Unfallversicherung

Der nächste Schritt zur Umsetzung der Reformziele war die Einführung der gesetzlichen Unfallversicherung durch das Unfallversicherungsgesetz vom 6. 7. 1884. Anstelle der privaten Haftpflicht des einzelnen Unternehmers bei Betriebsunfällen gab es eine Zwangsversicherung bei einer Berufsgenossenschaft. Die

Beiträge waren daher von den Unternehmen allein zu zahlen. Versichert waren alle Arbeiter. Der im Betrieb verunglückte Arbeiter erhielt medizinische Heilbehandlung sowie bei Erwerbsunfähigkeit eine Unfallrente. Bei tödlichen Betriebsunfällen wurden Hinterbliebenenrenten gezahlt.

Invaliditäts- und Altersversicherung

Mit dem Gesetz betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung vom 22. 6. 1889 wurde die Grundlage für die gesetzliche Rentenversicherung geschaffen. Versicherungspflicht bestand ab dem 16. Lebensjahr für alle Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge oder Dienstboten und für Angestellte mit einem Jahresverdienst bis zu 2 000 Mark. Die Beiträge zahlten Arbeitnehmer und Arbeitgeber je zur Hälfte. Die gesetzliche Rentenversicherung erbrachte Invaliden- und Altersrenten. Träger waren die Landesversicherungsanstalten.

Die gesetzliche Rentenversicherung wurde am 1. 1. 1891 eingeführt.

Mit der Reichsversicherungsordnung vom 19. 7. 1911 wurden die Sozialversicherungsgesetze der Jahre 1883 bis 1889 über die Kranken-, Renten- und Unfallversicherung erstmals zu einem einheitlichen Gesetzbuch zusammengefasst und gleichzeitig reformiert. Sie war in sechs Bücher eingeteilt:

- 1. Buch: Gemeinsame Vorschriften
- 2. Buch: Krankenversicherung
- 3. Buch: Unfallversicherung
- 4. Buch: Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung
- 5. Buch: Beziehungen der Versicherungsträger zueinander und zu anderen Verpflichteten
- 6. Buch: Verfahren

Der Kreis der Krankenversicherten wurde um die Landarbeiter, die Dienstboten und die Hausgewerbetreibenden erweitert. Für Witwen und Waisen wurden Hinterbliebenenrenten eingeführt.

Rentenversicherung der Angestellten

Das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz hatte nur Angestellte mit niedrigen Verdiensten in die Versicherungspflicht der Rentenversicherung einbezogen. Für höher qualifizierte und besser verdienende Angestellte bestand bis dahin kein Versicherungsschutz. Sie forderten aber eine selbständige und unabhängige Angestelltenversicherung mit eigenem Versicherungsträger. Dies geschah mit dem Versicherungsgesetz für Angestellte vom 20. 12. 1911, das am 1. 1. 1913 in Kraft trat.

Die Beiträge waren höher als die für die Arbeiter. Dafür bot die Angestelltenversicherung auch bessere Leistungen bei Berufs-

unfähigkeit, im Alter und an Hinterbliebene. Träger war die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin.

Zeit des Übergangs

Durch den wirtschaftlichen Niedergang im Jahr 1929 als Folge des Ersten Weltkriegs von 1914 bis 1918 konnte das bewährte System der sozialen Sicherheit nicht aufrechterhalten werden. Deshalb wurden sowohl Kriegsgesetze als auch Währungsgesetze erlassen, wie sie für diese Notzeiten typisch sind.

Beim Umlageverfahren werden die Renten unmittelbar aus den laufenden Beitragseinnahmen finanziert und nur geringe Rücklagen gebildet.

Vom Ersten Weltkrieg bis zum Ende der Weimarer Republik

Der Ausbruch des Ersten Weltkriegs im Jahr 1914 und seine Folgen stellte auch das System der Sozialversicherung auf eine harte Probe. Die Zahl der Invaliden- und Hinterbliebenenrenten stieg kriegsbedingt sprunghaft an. Die Rentenversicherungsträger verloren durch Entwertung der Geldanlagen und die Inflation etwa 90 % des Versicherungsvermögens. Die Renten von Millionen Versicherten konnten nicht mehr gezahlt werden. Das Umlageverfahren wurde eingeführt und das Rentensystem somit stabilisiert.

Trotz der schweren wirtschaftlichen Umstände wurde das Sozialversicherungssystem in den 1920er Jahren weiter ausgebaut: Mit dem Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung vom 16. 7. 1927 wurde eine staatliche Arbeitslosenversicherung eingeführt. Träger war die Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung.

Die durch die Weltwirtschaftskrise in der Rentenversicherung entstandenen Defizite versuchte die Reichsregierung per Notverordnungen durch die Auflösung von Reserven und durch zusätzliche staatliche Zuschüsse auszugleichen. Die Rentenpolitik unterlag einem strikten Sparkurs. Die Ausgaben wurden erheblich reduziert. Leistungsvoraussetzungen wurden verschärft und die laufenden Renten gekürzt.

Sozialversicherung im Dritten Reich

Mit dem Gesetz zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Invaliden-, der Angestellten- und der knappschaftlichen Versicherung vom 7. 12. 1933 sollte die durch die Weltwirtschaftskrise angeschlagene Rentenversicherung finanziell saniert werden. Die Ausgaben wurden durch einen Leistungsumbau gedämpft und die staatlichen Zuschüsse des Reiches ausgeweitet.

Entsprechend dem totalitären Prinzip wurde durch das Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. 7. 1934 die Selbstverwaltung aufgegeben. Alle Sozialversicherungszweige wurden unter dem Dach einer Reichsversicherung zusammengefasst und dem Reichsversicherungsamt unterstellt.

Einfluss der Besatzungsmächte

Nach dem Zusammenbruch des Dritten Reiches am 8. 5. 1945 waren die Gesetze zur sozialen Sicherheit weiter in Kraft. Sie wurden jedoch von den jeweiligen Besatzungsmächten durch Anordnungen stark beeinflusst.

Die für den Bereich der amerikanischen, britischen und französischen Besatzungszone ergangenen gesetzlichen Regelungen wichen zwar voneinander ab, änderten jedoch den Gesamtcharakter der Sozialversicherung nicht. Die bisherigen Sozialversicherungsgesetze blieben im Wesentlichen bestehen.

Die Verwaltung der sowjetischen Besatzungszone ging dagegen einen eigenen Weg. In der sowjetischen Besatzungszone wurde ab 1947 eine Einheitsversicherung aufgebaut und das Gesundheitssystem verstaatlicht. Es entstand ein völlig anderes System der sozialen Sicherheit.

Nach Errichtung der Bundesrepublik Deutschland wurden zunächst Gesetze erlassen, die den Veränderungen der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse Rechnung trugen. Auch wurde die Selbstverwaltung wiederhergestellt (Selbstverwaltungsgesetz vom 22. 2. 1951). Außerdem wurde mit dem Sozialgerichtsgesetz vom 3. 9. 1953 für das Sozialrecht eine besondere Gerichtsbarkeit eingeführt: die Sozialgerichte.

Zeit der Reformen

Der durch den wirtschaftlichen Aufschwung nach 1945 erreichte Wohlstand ermöglichte auch Reformen im Bereich der Sozialen Sicherheit.

Die Neuordnung der Rentenversicherung im Jahr 1957 war der erste große Schritt in die Zukunft auf dem Gebiet der Sozialreform. Die Rentenversicherung wurde grundlegend umgestaltet.

Ziel der Reform war es, auch Rentner an der allgemeinen Wohlstandsentwicklung teilnehmen zu lassen. Die Rente sollte nicht länger ein Zuschuss zum Lebensunterhalt, sondern Lohnersatz sein. An die Stelle eines statischen Systems trat ein dynamisches.

Die jährliche Renten-
anpassung berücksichtigte die jeweilige
Erhöhung der Brutto-
löhne.

Die Rentenhöhe sollte sich im Wesentlichen an dem durchschnittlichen (Brutto-)Lohnniveau im Versichertenleben und der Anzahl der Versicherungsjahre orientieren und gleichzeitig das aktuelle Lohnniveau berücksichtigen. Außerdem waren Rentenanpassungen vorgesehen. Dies wurde mit Hilfe einer neuen Rentenformel erreicht. Für Arbeiter und Angestellte wurde ein im Wesentlichen gleiches Recht geschaffen.

Zur Finanzierung der Renten in der Arbeiter- und Angestelltenversicherung wurde statt des Kapitaldeckungsverfahrens ein „modifiziertes Umlageverfahren“ eingeführt: Für jeweils zehn Jahre sollte ein einheitlicher Beitragssatz so festgelegt werden, dass am Ende dieses Deckungsabschnitts eine Vermögensreserve im Umfang von einer Jahresausgabe vorhanden war.

Im selben Jahr folgte das Gesetz über die Altershilfe für Landwirte, mit dem diese erstmals in die Soziale Sicherung einbezogen wurden. Sie ging davon aus, dass der ältere Landwirt (der „Altenteiler“) das Recht auf Wohnung und Verpflegung auch nach der Hofübergabe behält. Die landwirtschaftliche Altershilfe nahm daher bewusst von einer vollen finanziellen Versorgung im Alter Abstand.

Im Jahr 1963 trat die Neuordnung der gesetzlichen Unfallversicherung in Kraft.

Weitere Entwicklung der Sozialen Sicherung:

- Versicherungspflicht aller Angestellten (1968)
- Öffnung der Rentenversicherung, insbesondere für Selbstständige und Hausfrauen (1972)
- Anpassung der Unfallrenten (1964) und Kriegsopferrenten (1972) an die wirtschaftliche Entwicklung
- Sozialversicherung der Rehabilitanden und Behinderten (1974 und 1975)

Gegenwart

Durch die heutige Gesetzgebung soll vorrangig der Standard in der Sozialen Sicherung erhalten werden. Das gesamte Sozialrecht wird im Sozialgesetzbuch, dem SGB, zusammengefasst. Die Rechtsgebiete der Sozialversicherung sind schrittweise in dieses Sozialgesetzbuch überführt worden.

Bücher des Sozialgesetzbuches

Das Erste Buch des Sozialgesetzbuches vom 11. 12. 1975, das SGB I, enthält Allgemeines über Sozialleistungen und Leistungsträger sowie gemeinsame Vorschriften und Grundsätze für alle Sozialleistungsbereiche.

Das SGB II betrifft zwar nicht die Sozialversicherung, es wird hier aber erläutert, da zahlreiche Verbindungen zu verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung bestehen.

Durch das Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 24. 12. 2003 wurde das Zweite Buch des Sozialgesetzbuches (SGB II), welches die Grundsicherung für Arbeitsuchende regelt, eingefügt. Die meisten Vorschriften gelten seit 1. 1. 2005.

Das Dritte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB III) ist erst mit dem Gesetz zur Reform der Arbeitsförderung vom 24. 3. 1997 eingerichtet worden. Es trat am 1. 1. 1998 in Kraft.

Das Vierte Buch (SGB IV) gibt es seit 1976. Es enthält allgemeine Vorschriften für alle Versicherungszweige der Sozialversicherung.

Das Fünfte Buch (SGB V) wurde durch das Gesundheitsreformgesetz vom 20. 12. 1988 eingerichtet. Am 1. 1. 1989 trat es in Kraft.

Mit dem Rentenreformgesetz 1992 vom 18. 12. 1989 wurde das Sechste Buch des Sozialgesetzbuches geschaffen. Das SGB VI ist – von einigen Ausnahmen abgesehen – am 1. 1. 1992 in Kraft getreten.

Für die Unfallversicherung ist mit dem Unfallversicherungseinordnungsgesetz vom 20. 8. 1996 das Siebte Buch (SGB VII) eingerichtet worden. Es ist am 1. 1. 1997 in Kraft getreten.

Das SGB VIII betrifft nicht die Sozialversicherung und wird deshalb in diesem Buch nicht erläutert.

Das Achte Buch (SGB VIII) ist durch das Gesetz zur Neuordnung des Kinder- und Jugendhilferechts vom 26. 9. 1990 in das Sozialgesetzbuch aufgenommen worden und trat am 1. 1. 1991 in Kraft.

Durch das Gesetz vom 19. 6. 2001 ist das Neunte Buch (SGB IX) eingerichtet worden. Es ist am 1. 7. 2001 in Kraft getreten und hat für alle Sozialleistungsträger die Leistungen zur Rehabilitation und zur Teilhabe behinderter Menschen neu geregelt.

Im Jahr 1980 wurde im Zehnten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB X) das Verwaltungsverfahren für die Träger der Sozialen Sicherheit zusammengefasst und teilweise neu geregelt. 1982 ergänzte der Gesetzgeber das SGB X um Regelungen zum Datenschutz und zur Zusammenarbeit der Leistungsträger.

Bei der Einführung der sozialen Pflegeversicherung durch das Pflege-Versicherungsgesetz vom 26. 5. 1994 ist das Elfte Buch (SGB XI) eingerichtet worden. Es trat am 1. 1. 1995 in Kraft.

Das SGB XII betrifft nicht die Sozialversicherung und wird deshalb in diesem Buch nicht erläutert.

Das Zwölfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XII) wurde durch das Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. 12. 2003 aufgenommen. Es ersetzt ab 1. 1. 2005 in wesentlichen Teilen das bisher geltende Bundessozialhilfegesetz.

Einfluss anderer Gesetze

Das Sozialrecht wird ständig den sich verändernden Bedingungen des gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Umfeldes angepasst. Viele gesetzliche Regelungen haben in der letzten Zeit Einfluss auf die Sozialgesetze genommen, so zum Beispiel:

- Verordnung zur Bestimmung der Rentenwerte in der gesetzlichen Rentenversicherung und in der Alterssicherung der Landwirte zum 1. Juli 2018 (Rentenwertbestimmungsverordnung 2018 – RWBestV 2018) vom 12. 6. 2018
- Gesetz zur Verlängerung befristeter Regelungen im Arbeitsförderungsrecht und zur Umsetzung der Richtlinie (EU) 2016/2102 über den barrierefreien Zugang zu den Websites und mobilen Anwendungen öffentlicher Stellen vom 10. 7. 2018
- Gesetz über Leistungsverbesserungen und Stabilisierung in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz) vom 28. 11. 2018
- Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2019 (Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2019) vom 27. 11. 2018
- Gesetz zur Weiterentwicklung des Teilzeitrechts – Einführung einer Brückenteilzeit vom 11. 12. 2018

- Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) vom 11. 12. 2018
- Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 11. 12. 2018
- Zehntes Gesetz zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch – Schaffung neuer Teilhabechancen für Langzeitarbeitslose auf dem allgemeinen und sozialen Arbeitsmarkt (Teilhabechancengesetz – 10. SGB II-ÄndG) vom 17. 12. 2018
- Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung vom 17. 12. 2018
- Gesetz zur Stärkung der Chancen für Qualifizierung und für mehr Schutz in der Arbeitslosenversicherung (Qualifizierungschancengesetz) vom 18. 12. 2018
- Verordnung über die Erhebung von Beiträgen zur Arbeitsförderung nach einem niedrigeren Beitragssatz für die Kalenderjahre 2019 bis 2022 (Beitragssatzverordnung 2019 – BeiSaV 2019) vom 18. 12. 2018
- Gesetz zur zielgenauen Stärkung von Familien und ihren Kindern durch die Neugestaltung des Kinderzuschlags und die Verbesserung der Leistungen für Bildung und Teilhabe (Starke-Familien-Gesetz – StaFamG) vom 29. 4. 2019
- Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 6. 5. 2019
- Verordnung zur Bestimmung der Rentenwerte in der gesetzlichen Rentenversicherung und in der Alterssicherung der Landwirte und zur Bestimmung weiterer Werte zum 1. Juli 2019 (Rentenwertbestimmungsverordnung 2019 – RWBestV 2019)

Selbstverwaltung

Gegenstand der sozialen Rechte in der Bundesrepublik Deutschland sind die in den Sozialgesetzbüchern vorgesehenen Dienst-, Sach- und Geldleistungen. Zuständig für diese Sozialleistungen sind besondere Körperschaften, Anstalten und Behörden (Leistungsträger).

Ein Teil der Sozialleistungen wird durch eine gesetzliche Versicherung (Sozialversicherung) gedeckt. In der Sozialversicherung werden Personen durch Versicherungspflicht kraft Gesetzes oder Satzung oder aufgrund freiwilligen Beitritts oder freiwilliger Fortsetzung der Versicherung (Versicherungsberechtigung) versichert.

Die Träger der Sozialversicherung (Versicherungsträger) sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Die Versicherungsträger erfüllen ihre Aufgaben im Rahmen der Gesetze und des sonstigen für sie maßgebenden Rechts in eigener Verantwortung. Bei der Erfüllung dieser Aufgaben können die Bürger mitwirken. Diese Mitwirkung wird Selbstverwaltung genannt.

Die Selbstverwaltung wird grundsätzlich durch die Vertreter der Versicherten und Rentner sowie Arbeitgeber ehrenamtlich ausgeübt. Die Vertreter werden in freien, gleichen und geheimen Wahlen – den Sozialwahlen – gewählt. Sozialwahlen finden alle sechs Jahre statt (die letzte war im Mai 2017).

Sinn der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung ist es:

- Versicherte, Arbeitgeber und Verwaltung möglichst eng zu verbinden,
- Erfahrungen und Nöte der Versicherten der Verwaltung nahe zu bringen,
- die Entscheidung der Verwaltung sozial und lebensnah zu machen.

Die gesetzliche Grundlage ist das Vierte Buch des Sozialgesetzbuches.

Selbstverwaltungsorgane

Für die Mitwirkung der Versicherten und Rentner sowie der Arbeitgeber in der Selbstverwaltung der Versicherungsträger werden zwei Organe gebildet: die Vertreterversammlung und der Vorstand.

Die Vertreterversammlung wird dabei als „Parlament“ des Versicherungsträgers, der Vorstand als seine „Regierung“ bezeichnet. Jeder Versicherungsträger hat einen Geschäftsführer, der dem Vorstand mit beratender Stimme angehört. Die Vertreterversammlung, der Vorstand und der Geschäftsführer nehmen im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Aufgaben des jeweiligen Versicherungsträgers wahr.

Bei den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie den Ersatzkassen werden hiervon abweichend ein Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan sowie ein hauptamtlicher Vorstand gebildet. Der Verwaltungsrat hat die Aufgaben der Vertreterversammlung und ihres Vorstandes.

Die Vertreterversammlung hat höchstens 60 Mitglieder. Dem Verwaltungsrat der Krankenkassen gehören jedoch höchstens 30 Mitglieder an.

Zusammensetzung der Organe

Die Selbstverwaltungsorgane setzen sich in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung unterschiedlich zusammen:

- in der Krankenversicherung, in der Rentenversicherung und in der Unfallversicherung je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber;
- bei den Ersatzkassen sind Organmitglieder nur die Versicherten (also nicht die Arbeitgeber); bei den Betriebskrankenkassen ist außer den Versicherten nur der jeweilige Arbeitgeber Organmitglied; er hat die gleiche Anzahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter;
- in der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau je zu einem Drittel aus Vertretern der Versicherten, der Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte und der Arbeitgeber.

Dies gilt nicht nach Fusionen mit einer Krankenkasse einer anderen Kassenart.

Satzung

Jeder Versicherungsträger hat eine Satzung. Darin ist auch die Anzahl der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane festgelegt. Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen können die Zusammensetzung des Verwaltungsrates in ihrer

Der Verwaltungsrat muss mindestens zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten bestehen.

Satzung mit einer Dreiviertelmehrheit der stimmberechtigten Mitglieder von der folgenden Wahlperiode an abweichend regeln. Das betrifft besonders die Zahl der Arbeitgeber- und Versichertenvertreter sowie die Zahl und die Verteilung der Stimmen. Vereinigen sich Krankenkassen, können ihre Verwaltungsräte die Zusammensetzung des Verwaltungsrates der neuen Krankenkasse auch für die laufende Wahlperiode regeln.

Nach der entsprechenden Satzung werden bei den Rentenversicherungsträgern und auch bei anderen Versicherungsträgern Versicherungsberater und Versichertenälteste gewählt. Sie beraten und betreuen die Versicherten in unmittelbarer Nachbarschaft.

Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane sowie die Versichertenältesten und die Vertrauenspersonen üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.



Merke:

Selbstverwaltung ist das Mitwirken des Bürgers bei der Erfüllung der Staatsaufgaben. Sie gibt es auch in der Sozialversicherung. Selbstverwalten heißt mitgestalten.

Organe der Selbstverwaltung sind im Allgemeinen die Vertreterversammlung und der Vorstand. Sie setzen sich zusammen aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber.

Wahl der Organmitglieder

Versicherte und Rentner wählen die Vertreter der Versicherten, die Arbeitgeber wählen getrennt davon ihre Vertreter. Von dieser Vertreterversammlung werden die Mitglieder des Vorstandes gewählt.

Die Vertreterversammlung besteht aus Vertretern der Versicherten und Rentner sowie der Arbeitgeber.

Die Sozialwahlen unterscheiden sich kaum von den politischen Wahlen. Sie sind frei und geheim; es gelten die Grundsätze der Verhältniswahl. Aber: Bei den Sozialwahlen stellen sich nicht die politischen Parteien zur Wahl. Hier nominieren die Gewerkschaften und andere Arbeitnehmervereinigungen mit sozial- oder berufspolitischer Zielsetzung sowie die Vereinigungen von Arbeitgebern die zu wählenden Kandidaten.

Wahlberechtigt sind Versicherte, die am 2. Januar des Wahljahres das 16. Lebensjahr vollendet haben, und Arbeitgeber. Auch Rentner sind wahlberechtigt.

Die Wahlen finden alle sechs Jahre statt. Einigen sich die Vereinigungen der Arbeitnehmer oder Arbeitgeber auf eine Vorschlagsliste, so gelten die in der Liste genannten Kandidaten als gewählt. Dann findet keine Wahlhandlung statt.

Merke:

Versicherte, Rentner und Arbeitgeber wählen die Mitglieder der Vertreterversammlung. Gewerkschaften und Arbeitgebervereinigungen nominieren die Kandidaten. Die Wahl ist frei und geheim. Die Vertreterversammlung wählt den Vorstand.

Amtsdauer der Organmitglieder ist sechs Jahre.

Aufgaben der Organe

Vertreterversammlung und Vorstand haben Aufgaben, die für den Versicherten und den Versicherungsträger wichtig sind. Sie sind ihnen durch Gesetz und Satzung zugewiesen.

Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung hat insbesondere die Aufgabe,

- den Haushalt festzustellen, also die Einnahmen und Ausgaben für das kommende Jahr zu beschließen,
- die Jahresrechnung für das vergangene Jahr abzunehmen und damit den Vorstand zu entlasten,
- die Mitglieder des Vorstandes zu wählen,
- die Satzung zu beschließen und
- die Geschäftsführung zu wählen.

Vorstand

Der Vorstand hat insbesondere die Aufgabe,

- den Versicherungsträger gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten,
- den Entwurf des Haushaltsplanes für das kommende Jahr aufzustellen und ihn der Vertreterversammlung zur Beschlussfassung zuzuleiten,

- die Jahresrechnung zu prüfen und sie der Vertreterversammlung zur Abnahme vorzulegen,
- den jährlichen Geschäftsbericht zu erstatten,
- das Vermögen des Versicherungsträgers anzulegen,
- Grundstücke zu erwerben, zu veräußern und zu belasten,
- Angestellte und Beamte höherer Gehaltsgruppen einzustellen, zu befördern und zu entlassen sowie
- Richtlinien für die Führung der Verwaltungsgeschäfte zu erlassen.



Merke:

Vertreterversammlung und Vorstand haben Aufgaben, die ihnen durch Gesetz und Satzung zugewiesen sind. Es sind für die Versicherten und den Versicherungsträger besonders wichtige Aufgaben: Finanz- und Personalfragen.

Geschäftsführer

Der Geschäftsführer führt hauptamtlich die laufenden Verwaltungsgeschäfte, soweit Gesetz oder sonstiges für den Versicherungsträger maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Er vertritt den Versicherungsträger insoweit gerichtlich und außergerichtlich.

Jeder Versicherungsträger hat einen Geschäftsführer. Dies gilt nicht für die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie die Ersatzkassen und die Bundesagentur für Arbeit. Die Krankenkassen haben einen hauptamtlichen Vorstand. Der Geschäftsführer übt seine Tätigkeit hauptberuflich aus und ist verantwortlich für die laufenden Verwaltungsgeschäfte und den täglichen Dienstbetrieb.

Der Geschäftsführer ist mit den Organen der Selbstverwaltung eng verknüpft. Er wird von der Vertreterversammlung auf Vorschlag des Vorstandes in sein Amt gewählt. Dem Vorstand gehört er mit beratender Stimme an.

Bei Versicherungsträgern mit besonders hoher Versichertenzahl kann die Satzung eine aus drei Personen bestehende Geschäftsführung vorsehen. Das gilt auch für Versicherungsträger, die für mehrere Versicherungszweige zuständig sind.

Träger der Deutschen Rentenversicherung

Die Träger der Deutschen Rentenversicherung sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Organe der Selbstverwaltung sind die Vertreterversammlung und der Vorstand. Die Mitglieder üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.

Die Träger der Rentenversicherung sind:

Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd
Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg
Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover
Deutsche Rentenversicherung Hessen
Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
Deutsche Rentenversicherung Nord
Deutsche Rentenversicherung Nordbayern
Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen
Deutsche Rentenversicherung Rheinland
Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz
Deutsche Rentenversicherung Saarland
Deutsche Rentenversicherung Schwaben
Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Deutsche Rentenversicherung Bund
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Vertreterversammlung

Das höchste Organ der Selbstverwaltung ist die Vertreterversammlung. Sie besteht aus jeweils höchstens 30 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber. Die Vertreterversammlung wird für sechs Jahre von Arbeitgebern und Versicherten gewählt. Der Vorsitz wechselt jährlich am 1. 10. zwischen dem Vertreter der Versicherten und dem Vertreter der Arbeitgeber.

Die Zusammensetzung der Vertreterversammlungen wird durch die Sozialwahl bestimmt. Dies geschieht entweder in einer Urwahl mit Wahlhandlung (ausschließlich Briefwahl) oder in einer sogenannten Friedenswahl (ohne Wahlhandlung). Bei der Friedenswahl wird auf die eigentliche Wahlhandlung verzichtet. Das ist möglich, wenn genau so viele Kandidaten von den Sozialpartnern vorgeschlagen wurden, wie Mandate zu vergeben sind. Bei den letzten Sozialwahlen im Mai 2017 fanden für die Rentenversicherung nur bei der Deutschen Rentenversicherung Bund Urwahlen statt; bei allen anderen Rentenversicherungsträgern erfolgte eine Friedenswahl.

Neben den auf Seite 22/23 genannten Aufgaben ist die Vertreterversammlung für die Wahl der Versichertenältesten verantwortlich. Sie stellt zudem die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse. Diese entscheiden unter anderem über die Widersprüche zu Versicherungs-, Beitrags- und Rentenangelegenheiten sowie zu medizinischen und beruflichen Rehabilitationsleistungen.

Die Vertreterversammlungen der Regionalträger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wählen aus ihrer Selbstverwaltung jeweils zwei Mitglieder in die Bundesvertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Bund. Die Gewählten müssen je zur Hälfte der Gruppe der Versicherten und der Gruppe der Arbeitgeber angehören.

Vorstand

Der Vorstand trifft die grundsätzlichen Entscheidungen des jeweiligen Rentenversicherungsträgers. Als seine „Regierung“ wird der Vorstand von der Vertreterversammlung gewählt. Er besteht aus Vertretern der Arbeitgeber und Vertretern der Versicherten. Arbeitgeber- und Versichertenvertreter wechseln sich an der Spitze des Vorstands im jährlichen Turnus jeweils am 1. 10. ab.

Die wichtigsten Aufgaben des Vorstands sind auf Seite 22/23 aufgeführt.

Deutsche Rentenversicherung Bund

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat eine Doppelfunktion: Sie nimmt die Grundsatz- und Querschnittsaufgaben für die gesamte Rentenversicherung wahr und hat gleichzeitig Trägeraufgaben auf Bundesebene als Versicherungsträger der allgemeinen Rentenversicherung.

Dieser doppelten Aufgabenstruktur entsprechend müssen auch die Selbstverwaltungsorgane gebildet werden. Die Selbstverwaltung der Deutschen Rentenversicherung Bund besteht daher aus der Bundesvertreterversammlung und dem Bundesvorstand sowie der Vertreterversammlung und dem Vorstand.

Bundesvertreterversammlung

Die Bundesvertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Bund besteht aus 60 Mitgliedern. Von den Versicherten und Rentnern sowie den Arbeitgebern der Deutschen

Rentenversicherung Bund (als Träger der allgemeinen Rentenversicherung auf Bundesebene) wurden in den Sozialwahlen 2017 insgesamt 30 Mitglieder gewählt. Diese sind Teil der Bundesvertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Bund. Ferner wurden noch je zwei Mitglieder von den 14 Regionalträgern (ehemals Landesversicherungsanstalten) sowie von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See in die Bundesvertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Bund entsandt.

30 + 2 Mitglieder der Bundesebene haben eine Gewichtung von 45 %, 28 Mitglieder der Regionalebene eine von 55 %.

Da die Zusammensetzung der Bundesvertreterversammlung nicht der im Gesetz vorgesehenen Quotierung von Bundes- und Regionalebene von 45 : 55 entspricht, erfolgen Abstimmungen mit gewichteten Stimmen. Entscheidungen der Bundesvertreterversammlung müssen mit einer Zweidrittelmehrheit der gewichteten Stimmen getroffen werden.

Bundesvorstand

Der Bundesvorstand der Deutschen Rentenversicherung Bund besteht aus 22 Mitgliedern. Zwölf Mitglieder werden auf Vorschlag der Vertreter der Regionalträger, acht Mitglieder auf Vorschlag der im Rahmen der Sozialwahlen gewählten Vertreter der Deutschen Rentenversicherung Bund und zwei Mitglieder auf Vorschlag der Vertreter der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gewählt.

Die Gewählten müssen je zur Hälfte der Gruppe der Versicherten und der Gruppe der Arbeitgeber angehören.

Aufgaben der Selbstverwaltungsorgane

Bundesvertreterversammlung und Bundesvorstand der Deutschen Rentenversicherung Bund sind zuständig, wenn es sich um Beschlüsse zu Grundsatz- und Querschnittsaufgaben und um gemeinsame Angelegenheiten handelt.

Vertreterversammlung und Vorstand der Deutschen Rentenversicherung Bund entscheiden in den Angelegenheiten, die die Deutsche Rentenversicherung Bund als Träger der allgemeinen Rentenversicherung wahrnimmt (Trägerangelegenheiten).

Die Vertreterversammlung wird von den Versicherten und Arbeitgebern der Deutschen Rentenversicherung Bund gewählt. Sie hat 30 Mitglieder.

Wahl im Jahr 2017



Der Vorstand umfasst acht Mitglieder und wird durch die Vertreterversammlung gewählt.

Die Organe sind beispielsweise für folgende Trägerbelange zuständig:

- Haushalt,
- Personalentscheidungen,
- Wahl der Versichertenberater und
- Wahl der Widerspruchsausschüsse.

Geschäftsführung

Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund werden die Aufgaben des Geschäftsführers durch das Direktorium wahrgenommen. Dieses führt hauptamtlich die laufenden Verwaltungsgeschäfte und vertritt die Deutsche Rentenversicherung Bund insoweit gerichtlich und außergerichtlich.

Das Direktorium der Deutschen Rentenversicherung Bund besteht aus einem Präsidenten als Vorsitzenden und zwei Geschäftsführern. Es wird von der Vertreterversammlung auf Vorschlag des Vorstandes für sechs Jahre gewählt, eine Wiederwahl ist möglich.

Das Direktorium ist sowohl für die Grundsatz- und Querschnittsaufgaben als auch für die Trägeraufgaben der Deutschen Rentenversicherung Bund zuständig. Die Grundsatz- und Querschnittsaufgaben und die Außendarstellung nimmt grundsätzlich der Präsident wahr. Im Übrigen werden die jeweiligen Aufgabenbereiche der einzelnen Mitglieder des Direktoriums durch die Satzung der Deutschen Rentenversicherung Bund bestimmt.

Daneben gibt es noch ein Erweitertes Direktorium. Zu seinen Aufgaben zählt unter anderem, notwendige ergänzende Maßnahmen zur Stabilisierung der Arbeitsmenge bei den Trägern sowie die Ausgestaltung des Ausgleichsverfahrens zu beschließen. Es nimmt außerdem Aufgaben im Bereich des Finanzverbundes der Rentenversicherungsträger wahr.

Zum Ausgleichsverfahren siehe Seite 81.

Das Erweiterte Direktorium setzt sich aus drei Mitgliedern der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Bund, fünf Geschäftsführern der Regionalträger und einem Geschäftsführer der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zusammen.

Bundesagentur für Arbeit

Die Bundesagentur für Arbeit ist Träger der Arbeitsförderung. Sie gliedert sich in die Zentrale in Nürnberg, die Regionaldirektionen und die Agenturen für Arbeit. Als eine rechtsfähige bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung führt sie ihre Aufgaben im Rahmen des für sie geltenden Rechts eigenverantwortlich durch.

Verwaltungsrat und Verwaltungsausschüsse

Organe der Selbstverwaltung sind bei der Bundesagentur für Arbeit der Verwaltungsrat und bei den Agenturen für Arbeit die Verwaltungsausschüsse.

Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane setzen sich zu je einem Drittel aus Vertretern der Arbeitgeber, Arbeitnehmer und der öffentlichen Hand (Bund, Länder, Kommunen) zusammen. Sie werden nicht gewählt, sondern auf Vorschlag berufen.

Der Vorschlag für die Mitglieder im Verwaltungsrat kommt für die Gruppe der Arbeitnehmer von den Gewerkschaften und ihren Verbänden, für die Gruppe der Arbeitgeber von den Arbeitgeberverbänden sowie ihren Vereinigungen. Für die Gruppe der öffentlichen Körperschaften schlagen die Bundesregierung und der Bundesrat jeweils drei Mitglieder und die Spitzenvereinigungen der kommunalen Selbstverwaltungskörperschaften ein Mitglied vor.

Für die Verwaltungsausschüsse der Agenturen für Arbeit sind nur die für den Bezirk zuständigen Gewerkschaften und ihre Verbände sowie die Arbeitgeberverbände und ihre Vereinigungen vorschlagsberechtigt. Die Mitglieder der Gruppe der öffentlichen Körperschaften in den Verwaltungsausschüssen werden von den Aufsichtsbehörden der Gemeinden und Gemeindeverbänden vorgeschlagen.

Die Amtsdauer beträgt jeweils sechs Jahre.

Die Berufung der Mitglieder des Verwaltungsrats erfolgt durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Mitglieder der Verwaltungsausschüsse beruft der Verwaltungsrat.

Vorstand

Die Bundesagentur für Arbeit wird von einem Vorstand geleitet, der aus einem Vorsitzenden und zwei weiteren Mitgliedern besteht. Die Mitglieder des Vorstands werden auf Vorschlag des Verwaltungsrats von der Bundesregierung benannt. Der Bundespräsident ernennt die Mitglieder des Vorstands.

Die Amtszeit beträgt fünf Jahre. Mehrere Amtszeiten sind zulässig.

Spitzenverband Bund der Krankenkassen

Die Krankenkassen bilden einen Spitzenverband mit der Bezeichnung „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“. Er ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gehören alle gesetzlichen Krankenkassen an. Er vertritt als zentrale Interessenvertretung die Belange der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf Bundesebene und gestaltet die Rahmenbedingungen für einen intensiven Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt im Rechts- und Geschäftsverkehr den Namen „GKV-Spitzenverband“. Er ist gleichzeitig der Spitzenverband der Pflegekassen.

Die „Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene“ der verschiedenen Krankenkassenarten wirken als Gesellschaften des bürgerlichen Rechts. Sie konzentrieren sich auf verschiedene Serviceleistungen und wettbewerbliche sowie leistungsrechtliche Fragestellungen für ihre Kassenart.

Organe der Selbstverwaltung

Selbstverwaltungsorgane des GKV-Spitzenverbands sind der Verwaltungsrat und der von ihm gewählte Vorstand sowie die Mitgliederversammlung.

In die Mitgliederversammlung entsendet jede Mitgliedskasse jeweils einen Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus ihrem Verwaltungsrat oder ihrer Vertreterversammlung. Ersatzkassen, deren Verwaltungsrat nicht zur Hälfte mit Arbeitgebervertretern besetzt ist, entsenden jeweils zwei Vertreter der Versicherten aus ihrem Verwaltungsrat.

Die Mitgliederversammlung wählt alle sechs Jahre den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbands, also jeweils Versicherten- und Arbeitgebervertreter für die Allgemeinen Ortskrankenkassen, die Ersatzkassen, die Betriebskrankenkassen und die Innungskrankenkassen sowie gemeinsame Versicherten- und Arbeitgebervertreter für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Landwirtschaftlichen Krankenkassen.

Ersatzkassen, deren Verwaltungsrat nur aus Versichertenvertretern besteht, entsenden nur diese in den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbands.

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbands besteht aus höchstens 52 Mitgliedern. Für jedes Mitglied wird ein Stellvertreter bestimmt.

Vor Beginn der jeweiligen Amtsperiode regelt der GKV-Spitzenverband in seiner Satzung die genaue Sitzanzahl und die Stimmgewichtung entsprechend der bundesweiten Versichertenanteile der Kassenarten. Die Satzung kann außerdem auch vorsehen, dass die Stimmenverteilung während einer Wahlperiode an die Entwicklung der Versichertenzahlen angepasst wird.

Der Vorstand des GKV-Spitzenverbands wird vom Verwaltungsrat gewählt. Der Vorstand verwaltet den Spitzenverband und vertritt ihn sowohl gerichtlich als auch außergerichtlich. Die Mitglieder des Vorstands sind hauptamtlich tätig.

Der Vorstand besteht aus höchstens drei Personen.

Aufgaben

Der GKV-Spitzenverband hat folgende Aufgaben:

- Er unterstützt die Krankenkassen und ihre Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und Wahrnehmung ihrer Interessen. Dazu gehören die Entwicklung, Optimierung und Abstimmung des elektronischen Datenaustauschs in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie mit den Arbeitgebern.
- Er nimmt die Interessen der gesetzlichen Krankenkassen bei über- und zwischenstaatlichen Organisationen wahr.
- Er trifft Entscheidungen zu grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen, zum Beitrags- und Meldeverfahren sowie zur einheitlichen Beitragserhebung.
- Er gibt Empfehlungen zur Benennung und Verteilung von beauftragten Stellen.
- Er trifft Entscheidungen zur Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen.

Der GKV-Spitzenverband untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. In seiner Funktion als Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland wird die Aufsicht vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ausgeübt.

Soweit grundsätzliche Entscheidungen in Fach- und Rechtsfragen zum Beitrags- und Meldeverfahren oder zur einheitlichen Erhebung der Beiträge getroffen werden, hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Aufsicht.

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) ist der Träger für die landwirtschaftliche Sozialversicherung. Sie ist eine bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Ihre gesetzlichen Aufgaben führt sie eigenverantwortlich unter staatlicher Aufsicht durch.

Die SVLFG nimmt die Aufgaben der bisherigen Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften, Alterskassen, Kranken- und Pflegekassen) sowie des Spitzenverbands der landwirtschaftlichen Sozialversicherung wahr.

Sie führt die landwirtschaftliche Unfallversicherung, die Alterssicherung der Landwirte, die landwirtschaftliche Krankenversicherung und die landwirtschaftliche Pflegeversicherung durch.

Sie ist ein Bundesträger, der zweistufig aufgebaut ist. Er besteht aus der Hauptverwaltung sowie den regionalen Geschäftsstellen. Der Hauptsitz Kassel wird durch die Satzung bestimmt. Die regionalen Geschäftsstellen wurden aus den Hauptverwaltungen der bisherigen Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung gebildet.

Das Vermögen sowie die Rechte und Pflichten der bisherigen Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und des Spitzenverbands der landwirtschaftlichen Sozialversicherung gingen als Ganzes auf die SVLFG über.

Organe der Selbstverwaltung

Selbstverwaltungsorgane sind die Vertreterversammlung und der Vorstand. Diese ehrenamtlichen Organe setzen sich zu je einem Drittel zusammen aus

- Vertretern der versicherten Arbeitnehmer,
- Vertretern landwirtschaftlicher Unternehmer ohne fremde Arbeitskräfte (Selbständige ohne fremde Arbeitskräfte) und
- Vertretern der Arbeitgeber.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales berät nicht zu Fragen der landwirtschaftlichen Krankenversicherung.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft gehören den Selbstverwaltungsorganen der SVLFG mit beratender Stimme an.

Vertreterversammlung

Nach der Sozialwahl im Jahr 2017 und ab Beginn der neuen Wahlperiode am 1. 10. 2017 besteht die Vertreterversammlung der SVLFG aus 60 ehrenamtlichen Mitgliedern, von denen jeweils 20 den Gruppen der Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte angehören.

Zu den wesentlichen Aufgaben der Vertreterversammlung gehören die Beschlussfassung über die Satzung und deren Änderung, die Feststellung des Haushaltsplanes und die Beschlussfassung über die Unfallverhütungsvorschriften.

Vertrauenspersonen

Um die Unternehmer vor Ort zu beraten und zu betreuen, wählt die Vertreterversammlung auf Vorschlag der gärtnerischen, berufsständischen Organisationen Vertrauenspersonen für die Sparte Gartenbau.

Die Vertrauenspersonen haben insbesondere folgende Aufgaben:

- Sie geben Auskunft in Fragen der Sozialversicherung.
- Sie fördern den Arbeitsschutz und die Unfallverhütung.
- Sie nehmen Anträge entgegen und leiten sie an die zuständige Stelle weiter.

Fachausschüsse

Die SVLFG richtet ab 1. 1. 2018 insbesondere für die Sparten Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau fachbezogene besondere Ausschüsse ein.

Vorstand

Ab dem Beginn der neuen Wahlperiode am 1. 10. 2017 besteht der Vorstand der SVLFG aus 15 Personen. Die ehrenamtlichen Mitglieder des Vorstands müssen je zu einem Drittel der Gruppe der versicherten Arbeitnehmer, der Arbeitgeber und der Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte angehören.

Der Vorstand verwaltet den Versicherungsträger, soweit es sich nicht um die laufenden Verwaltungsgeschäfte handelt.

Geschäftsführung

Die Geschäftsführung der SVLFG besteht aus drei hauptamtlichen Geschäftsführern. Sie führen die laufenden Verwaltungsgeschäfte der SVLFG und vertreten sie gerichtlich und außergerichtlich.

Aufgaben

Die Hauptverwaltung der SVLFG erfüllt die ihr zugewiesenen Aufgaben sowie Grundsatz- und Querschnittsaufgaben und unterstützt die regionalen Geschäftsstellen bei ihren Aufgaben.

Zu den Grundsatz- und Querschnittsaufgaben gehören insbesondere die Vertretung der landwirtschaftlichen Sozialversicherung gegenüber Politik, Bundes-, Landes-, europäischen und sonstigen nationalen und internationalen Institutionen sowie Sozialpartnern, anderen Trägern der Sozialversicherung und deren Verbänden, nationalen und internationalen Behörden, obersten Bundesgerichten sowie dem Europäischen Gerichtshof.

Die Hauptverwaltung der SVLFG hat außerdem unter anderem folgende Aufgaben:

- Sie stellt die Informationstechnik bereit und betreibt das gemeinsame Rechenzentrum,
- Sie erbringt Leistungen der landwirtschaftlichen Sozialversicherung mit Auslandsberührung.
- Sie prüft die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der regionalen Geschäftsstellen.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.

Bei der „Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung“ e.V. handelt es sich um einen eingetragenen Verein, der als Spitzenverband die gesetzliche Unfallversicherung gegenüber Politik, Bundes-, Landes-, europäischen und sonstigen nationalen und internationalen Institutionen sowie Sozialpartnern vertritt.

Mitglieder der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) sind die gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.

Organe

Organe des Verbands sind die Mitgliederversammlung und der Vorstand. Die gewerblichen Berufsgenossenschaften und die öffentlichen Unfallversicherungsträger senden jeweils einen Vertreter der Arbeitgeber und einen Vertreter der Versicherten aus ihrer Vertreterversammlung in die Mitgliederversammlung der DGUV.

Der Vorstand wird von der Mitgliederversammlung gewählt und ist ebenfalls paritätisch besetzt. Er führt die Geschäfte der DGUV und wählt den Hauptgeschäftsführer.

Aufgaben

Der Verband nimmt insbesondere folgende Aufgaben wahr:

- Koordinierung, Durchführung und Förderung gemeinsamer Maßnahmen sowie der Forschung auf dem Gebiet der Prävention von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren,
- Vorbereitung und Ausarbeitung von Muster-Unfallverhütungsvorschriften sowie deren Pflege, Mitwirkung beim Erlass von Unfallverhütungsvorschriften,
- Weiterentwicklung des Berufskrankheitenrechts,
- Erlass von Richtlinien für die Erbringung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben und dem Leben in der Gemeinschaft,
- Bedarfs- und Belegungsplanung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen,
- Abschluss von Verträgen mit den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen sowie Besetzung der Schiedsämter,
- Klärung von allen grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen zur Sicherung der einheitlichen Rechtsanwendung in der gesetzlichen Unfallversicherung,
- Abschluss von Tarifverträgen, soweit die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) für den Abschluss von Tarifverträgen zuständig ist,
- Empfehlungen für die Klassifikationen zur Bildung von Gefahrтарifen,
- Durchführung des Ausgleichs und weiterer gesetzlich übertragener Aufgaben im Rahmen der Lastenverteilung,
- Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs zwischen den Mitgliedern,
- Erarbeitung von Grundsätzen und Durchführung der Aus-, Fort- und Weiterbildung,
- Koordinierung der Datenverarbeitung,
- Deutsche Verbindungsstelle Unfallversicherung – Ausland nach über- und zwischenstaatlichem Recht.

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. wirkt darauf hin, dass die Verwaltungs- und Verfahrenskosten vermindert werden. Sie hat jedes Jahr dem Bundesministerium für Arbeit

und Soziales über die Entwicklung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie über die Maßnahmen zur Optimierung dieser Kosten zu berichten.

Fragen:

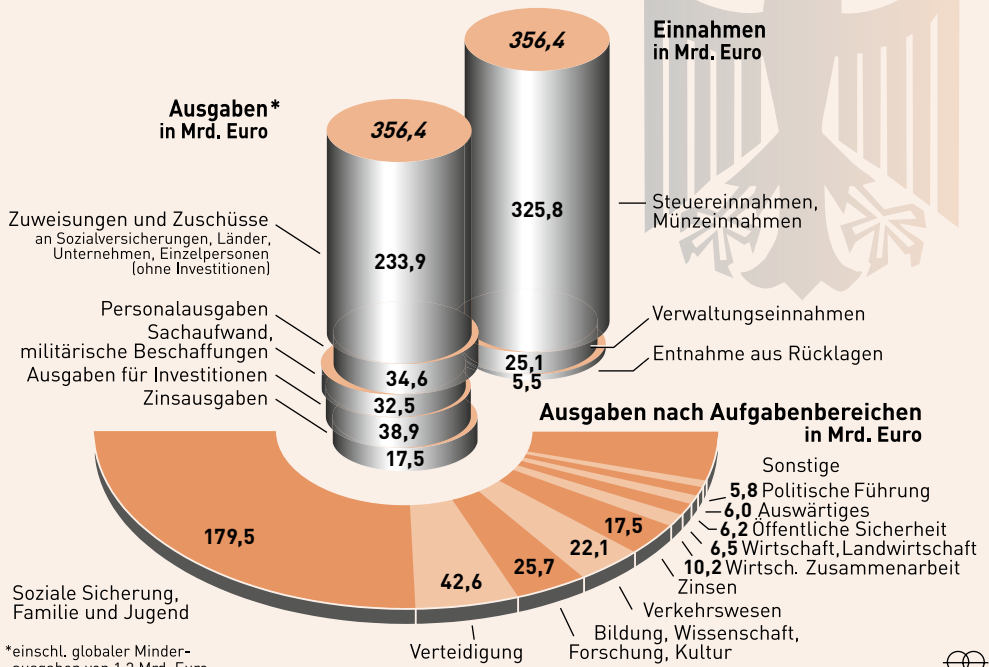
1. Was versteht man unter Selbstverwaltung?
2. Warum gibt es eine Selbstverwaltung auch in der Sozialversicherung?
3. Welche Organe der Selbstverwaltung gibt es, und wie setzen sie sich zusammen?
4. Wer wählt die Organmitglieder?
5. Welche Aufgaben haben Vertreterversammlung und Vorstand?
6. Welche Funktion hat der Geschäftsführer?

Aufgaben:

1. Informieren Sie sich über die Selbstverwaltung in anderen Bereichen (zum Beispiel in Schulen, Universitäten, Gemeinden).
2. Diskutieren Sie über das Prinzip der Selbstverwaltung in der Demokratie, ihre Erweiterung und Grenzen.
3. Erörtern Sie die unterschiedliche Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane in der Sozialversicherung.
4. Erklären Sie die Unterschiede zwischen Sozialwahlen und politischen Wahlen.
5. Diskutieren Sie die Möglichkeit der fiktiven Wahl in der Sozialversicherung.
6. Vergleichen Sie: Vertreterversammlung – Parlament, Vorstand – Regierung.

Bundeshaushalt 2019 (in Mrd. Euro)

Haushalts-Soll



*einschl. globaler Minder-
ausgaben von 1,2 Mrd. Euro



Allgemeine Rentenversicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung, die betriebliche Altersversorgung und private Altersvorsorge bilden das klassische „3-Säulen-System“ der Alterssicherung. Nach wie vor kommt der Rentenversicherung eine besondere Bedeutung zu, da 63 Prozent der Ausgaben der gesamten Alterssicherung in Deutschland von der Rentenversicherung gedeckt werden.

Durch die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland verschiebt sich das Verhältnis von Beitragszahlern zu Rentenbeziehern. Künftig werden weniger Beitragszahler mehr Rentner finanzieren müssen. Deshalb wird das Rentenniveau gesenkt und die Beitragssätze stabilisiert. Um weiterhin das Versorgungsniveau im Alter zu sichern, wird die private und betriebliche Altersvorsorge seit 2002 stärker gefördert: durch eine Zulage (als Grund- und Kinderzulage) beziehungsweise steuerliche Vorteile. Die mit der Förderung verbundenen Aufgaben wurden der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen der Deutschen Rentenversicherung Bund übertragen. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung informieren produkt- und anbieterneutral über Möglichkeiten zum Aufbau einer staatlich geförderten zusätzlichen Altersvorsorge.

Aus der allgemeinen gesetzlichen Rentenversicherung können folgende Leistungen in Anspruch genommen werden:

- Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Nachsorge sowie sonstige Leistungen zur Teilhabe einschließlich wirtschaftlicher Hilfen,
- Renten wegen Alters,
- Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit,
- Renten wegen Todes,
- Witwen- und Witwerrentenabfindungen sowie Beitragserstattungen,
- Zuschüsse zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung und
- Leistungen für Kindererziehung.

Die rechtliche Grundlage der Rentenversicherung ist das SGB VI.

Versicherte Personen

Die gesetzliche Rentenversicherung ist eine Versicherung für alle. Jeder kann ihr beitreten: Arbeiter, Angestellte, Selbständige, Schüler und Hausfrauen. Es gibt zwei Möglichkeiten, der gesetzlichen Rentenversicherung anzugehören: durch Pflichtversicherung oder freiwillige Versicherung.

Teilnehmer an dualen Studiengängen sind den Beschäftigten zur Berufsausbildung gleichgestellt.

Pflichtversicherte

Pflichtversichert sind Personen, die gegen Arbeitsentgelt oder zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt sind; das sind alle Arbeitnehmer. Die Pflichtversicherung ist eine Zwangsversicherung. Sie kann weder mündlich noch schriftlich ausgeschlossen werden.

Zu den pflichtversicherten Beschäftigten zählen auch behinderte Menschen, die in Behindertenwerkstätten tätig sind, und Personen, die in solchen Werkstätten oder ähnlichen Einrichtungen für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen.

Personen, die ein freiwilliges soziales Jahr, ein freiwilliges ökologisches Jahr oder den Bundesfreiwilligendienst leisten, werden wie Beschäftigte rentenversichert.

In der gesetzlichen Rentenversicherung ist nur ein Teil der Selbständigen versicherungspflichtig. Hierzu gehören im Wesentlichen:

- selbständige Lehrer und Erzieher, die in ihrem Betrieb keine versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen,
- Selbständige, die in der Kranken-, Wochen-, Säuglings- oder Kinderpflege tätig sind und in ihrem Betrieb keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen,
- freiberufliche Hebammen und Entbindungspfleger,
- selbständig tätige Seelotsen,
- selbständig tätige Künstler oder Publizisten,
- selbständig tätige Hausgewerbetreibende,
- Küstenschiffer oder Küstenfischer,
- Gewerbetreibende in Handwerksbetrieben,
- Selbständige mit einem Auftraggeber, die im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Tätigkeit keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen.

Besonderheiten gelten für Selbständige in den neuen Ländern, die bereits am 31. 12. 1991 rentenpflichtversichert waren.

So meldet die Handwerkskammer jede Anmeldung, Änderung oder Löschung in der Handwerksrolle.

Damit die Rentenversicherungspflicht durchgeführt werden kann, müssen sich bestimmte Selbständige innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme ihrer Tätigkeit bei ihrem zuständigen Rentenversicherungsträger melden. Andere Selbständige werden automatisch gemeldet.

Außerdem können nicht pflichtversicherte Selbständige innerhalb von fünf Jahren nach Aufnahme ihrer selbständigen Tätigkeit die Versicherungspflicht beantragen. Es besteht dann kein Unterschied zu gesetzlich pflichtversicherten Selbständigen.

Bestehen Zweifel, ob eine Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit vorliegt, entscheidet die sogenannte Clearingstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund darüber in einem Statusfeststellungsverfahren.

Bis zum 31. 12. 2016 war eine Pflege von wenigstens 14 Stunden wöchentlich erforderlich. Die Mindeststundenanzahl konnte durch die Pflege eines oder mehrerer Pflegebedürftiger erfüllt werden.

- Pflichtversichert sind auch Personen in der Zeit, in der sie
- eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage pro Woche, in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegen, wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder einer privaten Pflegepflichtversicherung hat,
 - Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld I oder Pflegeunterstützungsgeld erhalten.

Geringfügige Beschäftigungen (Minijob)

Personen, die ab 2013 eine Beschäftigung aufnehmen und nicht mehr als 450 Euro monatlich verdienen, sind als geringfügig Be-



schäftigte in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert. Dadurch können sie ihre spätere Rente erhöhen, Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente erwerben, die Riester-Förderung nutzen und Lücken in der Versicherungsbiografie vermeiden.

Die Minijob-Zentrale ist bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See eingerichtet, siehe auch Seite 89.

Geringfügig Beschäftigte können sich auf Antrag von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreien lassen. Der Befreiungsantrag wird über den Arbeitgeber bei der Minijob-Zentrale gestellt.

Personen, die bereits vor dem 1. 1. 2013 mit einem Verdienst von bis zu 400 Euro geringfügig beschäftigt und damit versicherungsfrei waren, bleiben es auch weiterhin. Sie können aber auch ab dem 1. 1. 2013 die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung wählen.

Für kurzfristige Beschäftigungen oder selbständige Tätigkeiten sind regelmäßig keine Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung zu zahlen. Sie werden als geringfügig und damit als versicherungsfrei angesehen. Geringfügig ist die Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens drei Monate oder 70 Arbeitstage begrenzt ist. Nicht geringfügig sind Beschäftigungen oder selbständige Tätigkeiten, die berufsmäßig ausgeübt werden und aus denen mehr als 450 Euro im Monat erzielt werden.

Kindererziehungszeiten

Die ersten 36 Kalendermonate nach der Geburt (bei vor 1992 geborenen Kindern die ersten 30 Kalendermonate) werden jeweils dem Elternteil als Kindererziehungszeit angerechnet, der das Kind in dieser Zeit überwiegend erzogen hat. In dieser Zeit besteht Versicherungspflicht und es werden Pflichtbeiträge erworben.

Der Elternteil darf von der Anrechnung nicht ausgeschlossen sein.

Haben die Eltern das Kind gemeinsam erzogen, wird nur einem Elternteil die Erziehungszeit angerechnet. Durch eine übereinstimmende Erklärung können die Eltern bestimmen, welchem Elternteil sie zugeordnet wird. Die Zuordnung kann auf einen Teil der Erziehungszeit beschränkt werden. Die übereinstimmende Erklärung der Eltern ist mit Wirkung für künftige Kalendermonate abzugeben. Wurde das Kind gemeinsam erzogen und liegt eine übereinstimmende Erklärung der Eltern nicht vor, wird die Kindererziehungszeit der Mutter zugeordnet.

Eine rückwirkende Zuordnung kann maximal für zwei Kalendermonate vorgenommen werden.

Kindererziehungszeiten können nicht nur für leibliche Kinder geltend gemacht werden, sondern unter bestimmten Voraussetzungen auch für Adoptiv-, Stief- oder Pflegekinder.

Das Kind muss in Deutschland erzogen worden sein. Allerdings gibt es verschiedene Ausnahmen, zum Beispiel wenn der erziehende Elternteil sich mit seinem Kind gewöhnlich im Ausland aufhält, aber während der Erziehung oder unmittelbar vor der Geburt des Kindes Pflichtbeitragszeiten wegen einer in Deutschland ausgeübten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit hat.

Für Zwillinge werden zum Beispiel 72 Monate angerechnet.

Die Kindererziehungszeit beginnt mit dem Kalendermonat, der dem Geburtsmonat folgt und endet nach 36 Monaten. Wird während dieses Zeitraums ein weiteres Kind erzogen, wird die Kindererziehungszeit für dieses und jedes weitere Kind um die Anzahl an Monaten der gleichzeitigen Erziehung verlängert.

Beispiel:

Geburt des ersten Kindes:	17.4.2002
Kindererziehungszeit:	1.5.2002 bis 30.4.2005
Geburt des zweiten Kindes:	2.1.2004
Kindererziehungszeit:	1.2.2004 bis 31.1.2007
Verlängerungszeit 15 Monate:	1.2.2007 bis 30.4.2008

Nähere Informationen zur Beitragsbemessungsgrenze gibt es auf Seite 46. Die Berechnung von Entgeltpunkten wird auf Seite 69 erläutert.

Die Anerkennung der Kindererziehungszeit bewirkt die Anrechnung von Pflichtbeitragszeiten, die in ihrer Höhe dem Durchschnittsverdienst aller Arbeitnehmer entsprechen. In dieser Höhe werden dem Elternteil Entgeltpunkte angerechnet. Sind während der Kindererziehungszeit weitere Pflichtbeiträge vorhanden (zum Beispiel wenn der Elternteil gleichzeitig arbeitet), werden die jeweiligen Entgeltpunkte addiert. Eine Anrechnung ist jedoch höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze möglich.

Kindererziehungszeiten fließen nicht automatisch in das Versicherungskonto des erziehenden Elternteils ein. Sie müssen beim Rentenversicherungsträger beantragt werden. Liegen die Voraussetzungen vor, werden für die Kindererziehungszeiten ohne eigene Beitragsleistung Pflichtbeiträge gutgeschrieben. Die Beiträge zahlt der Bund.

Von der Pflichtversicherung ausgenommen

sind Beschäftigte, die durch andere Einrichtungen ähnlich wie in der Rentenversicherung geschützt sind. Das sind zum Beispiel

- Beamte, Richter, Berufssoldaten oder
- Beschäftigte von Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Anspruch auf beamtenähnliche Versorgung.

Diese Personen sind versicherungsfrei oder auf Antrag von der Versicherungspflicht zu befreien.

Minijobber können auf die Versicherungsfreiheit verzichten.

- Versicherungsfrei sind auch Personen, die
- einen Minijob mit einem Verdienst bis zu monatlich 400 Euro (versicherungsfreie geringfügige Beschäftigungen) vor dem 1. 1. 2013 aufgenommen haben und ausüben,
 - nur kurzfristig beschäftigt oder selbständig tätig sind,
 - als Studierende einer Fach- oder Hochschule ein Praktikum leisten, das in ihrer Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben ist, oder
 - nach Ablauf des Monats, in dem sie die Regelaltersgrenze erreichen, eine Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder
 - eine Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze (zum Beispiel Beamtenpension) erhalten.

Zur Regelaltersgrenze siehe Seite 61.

Bezieher einer Vollrente wegen Alters, die eine Beschäftigung ausüben und die Regelaltersgrenze bereits erreicht haben, können durch eine schriftliche Erklärung gegenüber dem Arbeitgeber für die Zukunft auf die Versicherungsfreiheit verzichten. Selbständig Tätige müssen den Verzicht gegenüber dem zuständigen Rentenversicherungsträger erklären.

Diese Regelung gilt seit dem 1. 1. 2017.

Freiwillig Versicherte

Eine freiwillige Versicherung ist vom vollendeten 16. Lebensjahr für jeden möglich, der der Rentenversicherung nicht schon als Pflichtversicherter angehört. Dadurch wird jedem die Möglichkeit gegeben, für sich selbst eine ausreichende Versorgung aufzubauen.

Dies gilt auch für Deutsche, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

Wer eine Vollrente wegen Alters bezieht, kann sich noch bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze freiwillig versichern.



Merke:

Die Rentenversicherung schützt ihre Versicherten bei Erwerbsminderung, im Alter und deren Hinterbliebene. Es gibt die Pflichtversicherung und die freiwillige Versicherung.

Beschäftigte, also Arbeitnehmer, sind pflichtversichert. Nur ein Teil der Selbständigen ist in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert. Nicht versicherungspflichtige Selbständige können innerhalb von fünf Jahren nach Aufnahme der Tätigkeit die Versicherungspflicht beantragen.

Nicht versicherungspflichtige Personen können sich freiwillig versichern.

Finanzierung

Die Finanzierung der Rentenversicherung hat drei Grundlagen: die Beiträge der Versicherten, die Beiträge der Arbeitgeber und den Bundeszuschuss.

Der weitaus größte Teil der Ausgaben wird durch die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber gedeckt.

Beim Bundeszuschuss wird zwischen dem allgemeinen und dem zusätzlichen Zuschuss unterschieden. Der allgemeine Zuschuss dient ebenso wie die Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber der Finanzierung von Leistungen. Der zusätzliche Zuschuss soll die nicht beitragsgedeckten Leistungen der Rentenversicherung abgelten. Hierzu zählen zum Beispiel Leistungen für Anrechnungszeiten und die Zurechnungszeit.

Was Anrechnungszeiten und die Zurechnungszeit ist, wird auf Seite 50 erklärt.

Umlageverfahren und Generationenvertrag

Merkmale des Finanzierungssystems sind das Umlageverfahren und der Generationenvertrag. Umlageverfahren heißt: Was heute als Beitrag von den Versicherten und den Arbeitgebern eingezahlt wird, wird sogleich als Rente an die Rentner ausgezahlt („umgelegt“). Die Beiträge werden nicht für den Einzelnen als Rücklage gesammelt, sondern sofort für die laufenden Ausgaben wieder ausgegeben.

Der Generationenvertrag ist ein unausgesprochener und nicht schriftlich festgelegter Vertrag zwischen der beitragszahlenden und der rentenempfangenden Generation. Er beinhaltet die Verpflichtung der heutigen Generation, durch ihre Beiträge die Renten der vorausgehenden Generation zu sichern, in der Erwartung, dass die ihr folgende die gleiche Verpflichtung übernimmt.

Finanzverbund

In der allgemeinen Rentenversicherung besteht ein Finanzverbund. Die Ausgaben für Renten, Beitragserstattungen, die von der allgemeinen Rentenversicherung zu tragenden Beiträge zur Krankenversicherung und die sonstigen Geldleistungen, die nicht Leistungen zur Teilhabe oder Aufwendungen für Verwaltungs- und Verfahrenskosten sowie Investitionen sind, werden von den Trägern der allgemeinen Rentenversicherung nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen jeweils für ein Kalenderjahr gemeinsam getragen.

Der allgemeinen Rentenversicherung gehören alle Arbeitnehmer an.

Reichen in der allgemeinen Rentenversicherung die liquiden Mittel der Nachhaltigkeitsrücklage nicht aus, um die Zahlungsverpflichtungen zu erfüllen, leistet der Bund den Trägern der allgemeinen Rentenversicherung eine Liquiditätshilfe in Höhe der fehlenden Mittel (Bundesgarantie).

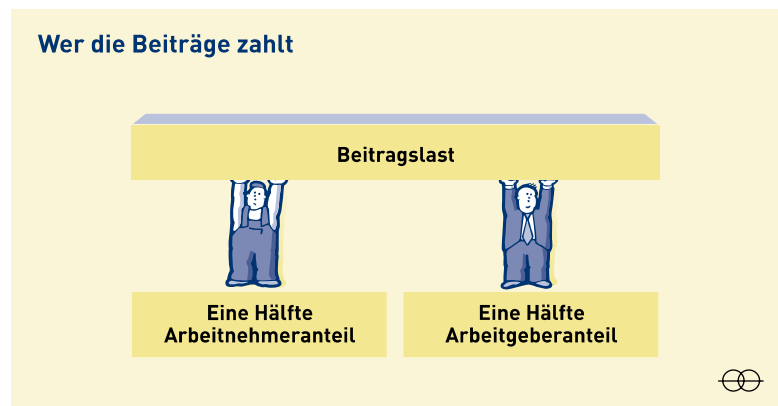
Beitragslast

Wie die Beitragslast verteilt ist, hängt davon ab, ob man Pflichtversicherter oder freiwillig Versicherter ist.

Wer als Arbeitnehmer pflichtversichert ist, braucht seinen Beitrag nicht allein zu zahlen. Arbeitgeber und Arbeitnehmer tragen den Beitrag je zur Hälfte.

Der Arbeitnehmeranteil wird vom Lohn oder Gehalt einbehalten; der Arbeitgeber legt seinen Anteil dazu und überweist beide Anteile zusammen als Pflichtbeitrag an die Krankenkasse. Die Krankenkasse leitet dann die Beiträge an die Rentenversicherung weiter.

Die Krankenkasse ist Einzugsstelle für alle Sozialversicherungsbeiträge, siehe Seite 142.



Freiwillig Versicherte und Selbständige zahlen ihren Beitrag in voller Höhe selbst. Die Beiträge für Kindererziehungszeiten und für freiwillig Wehrdienstleistende zahlt der Bund.

Die Beiträge für die selbständigen Künstler und Publizisten werden von der Künstlersozialkasse gezahlt. Sie müssen sich an diesen Beiträgen beteiligen.

Bei geringfügigen Beschäftigungen zahlt der Arbeitgeber einen Pauschalbeitrag zur Rentenversicherung. Dieser Beitrag wird an die Minijob-Zentrale als Einzugsstelle abgeführt. Ist der Beschäf-

tigte versicherungspflichtig oder hat er auf die Versicherungsfreiheit verzichtet, muss er sich mit einem eigenen Beitragsanteil beteiligen.

Höhe der Beiträge

Bei Arbeitnehmern richtet sich die Beitragshöhe nach dem Arbeitsentgelt. Vom 1. 1. 2018 an sind 18,6 % des Arbeitsentgelts als Pflichtbeitrag zu zahlen, und zwar 9,3 % vom Versicherten und 9,3 % von seinem Arbeitgeber. Der Beitragsanteil ist bundesweit einheitlich.

Beiträge sind aber nur bis zu einer bestimmten Höhe des Arbeitsentgelts zu zahlen, der Beitragsbemessungsgrenze. Diese Grenze beträgt 2019 in den alten Bundesländern monatlich 6 700 Euro und in den neuen Bundesländern 6 150 Euro. Sie folgt der Entwicklung der durchschnittlichen Arbeitsentgelte.

Wegen der Angleichung des Rentenniveaus wird es noch bis zum 31. 12. 2024 in den alten und neuen Bundesländern unterschiedliche Beitragsbemessungsgrenzen geben.

Beispiel:

Arbeitnehmer	Stuttgart	Leipzig
Arbeitsverdienst Juni 2019	6 800,00 Euro	6 800,00 Euro
Beitragsbemessungsgrenze 2019	6 700,00 Euro	6 150,00 Euro
Pflichtbeitrag 18,6 %	1 246,20 Euro	1 143,90 Euro
Arbeitnehmeranteil 9,3 %	623,10 Euro	571,95 Euro
Arbeitgeberanteil 9,3 %	623,10 Euro	571,95 Euro

Der Arbeitgeber trägt den vollen Beitrag allein für

- Auszubildende mit einem monatlichen Bruttoverdienst bis zu 325 Euro und
- Personen, die ein freiwilliges soziales Jahr, ein freiwilliges ökologisches Jahr oder Bundesfreiwilligendienst leisten.

Bei geringfügig beschäftigten Personen (Minijobs) zahlt der Arbeitgeber einen Pauschalbeitrag von 15 % des Arbeitsentgelts, bei Minijobs in Privathaushalten 5 %. Ist der Arbeitnehmer versicherungspflichtig oder hat er auf die Versicherungsfreiheit verzichtet, zahlt er die Differenz zum vollen Beitrag selbst.

Zum Minijob siehe Seite 40.



Merke:

Die Finanzierung der Rentenversicherung hat drei Grundlagen: die Beiträge der Versicherten, die Beiträge der Arbeitgeber und den Bundeszuschuss. Umlageverfahren und Generationenvertrag sind Merkmale des Finanzierungssystems.

Der Arbeitnehmer trägt den Beitrag zur Hälfte, die andere Hälfte der Arbeitgeber. Freiwillig Versicherte und Selbständige zahlen den Beitrag in voller Höhe selbst.

Der monatliche Beitrag für Pflichtversicherte beträgt 18,6 % des Arbeitsverdienstes (höchstens jedoch bis zur Beitragsbemessungsgrenze). Freiwillig Versicherte bestimmen ihre Beitragshöhe selbst.

Versicherungskonto

Jeder Monat, den man im Laufe seines Lebens zurücklegt, zählt mit, wenn der Anspruch auf Rehabilitations- oder Rentenleistungen geprüft wird. Deshalb ist es wichtig, alle Zeiten im Versicherungskonto zu erfassen.

Die Datenstelle der Deutschen Rentenversicherung vergibt die VSNR und stellt den SV-Ausweis aus.

Im Allgemeinen wird bei Aufnahme der ersten Beschäftigung für jeden Arbeitnehmer eine Versicherungsnummer (VSNR) vergeben. Er erhält darüber einen Sozialversicherungsausweis (SV-Ausweis). Unter der VSNR führt der Rentenversicherungsträger das Versicherungskonto des Versicherten.

Beispiel: 65 160684 M 007

Die VSNR setzt sich zusammen aus

- der Bereichsnummer des zuständigen Trägers der Rentenversicherung (zwei Stellen),
- dem Geburtsdatum ohne Jahrhundertangabe (sechs Stellen),
- dem Anfangsbuchstaben des Geburtsnamens (eine Stelle) und
- der Seriennummer mit der Aussage über das Geschlecht (00 bis 49 für männliche Versicherte, 50 bis 99 für weibliche Versicherte) sowie der Prüffziffer (letzten drei Stellen).

Die VSNR ist ein unverwechselbares persönliches Identifikationsmerkmal. Sie wird nur einmal vergeben und ändert sich auch bei einem Namenswechsel oder einem Wechsel des Versicherungsträgers nicht.

In bestimmten Fällen ist der SV-Ausweis mit einem Lichtbild zu versehen.

Der SV-Ausweis enthält die VSNR des Beschäftigten, seinen Familiennamen und Geburtsnamen sowie den Vornamen. Er ist dem Arbeitgeber unverzüglich nach Ausstellung oder bei Beginn jeder weiteren Beschäftigung vorzulegen.

Beitragsnachweis

Der Arbeitgeber meldet der Einzugsstelle die Arbeitsverdienste, für die er Beiträge an sie gezahlt hat. Das geschieht einmal jährlich maschinell (Jahresmeldung). Die Einzugsstelle leitet die Meldung an den Rentenversicherungsträger weiter. Für den Rentenversicherungsträger ist das der Beitragsnachweis. Der Arbeitnehmer erhält über diese maschinelle Meldung von seinem Arbeitgeber eine Bescheinigung als Beitragsnachweis.

Zum Meldeverfahren siehe Seite 142.

Versicherungspflichtige Selbständige und freiwillig Versicherte zahlen ihre Beiträge direkt an den Rentenversicherungsträger. Dies geschieht durch Abbuchungsaufträge von ihrem Girokonto. Freiwillig Versicherte können ihre Beiträge auch durch Dauer- oder Einzelüberweisungen auf ein Konto des Rentenversicherungsträgers oder durch Bareinzahlung an seinem Kassenschalter zahlen.

Der Rentenversicherungsträger erteilt über die Geldeingänge eine Beitragsbescheinigung.

Versicherungsverlauf

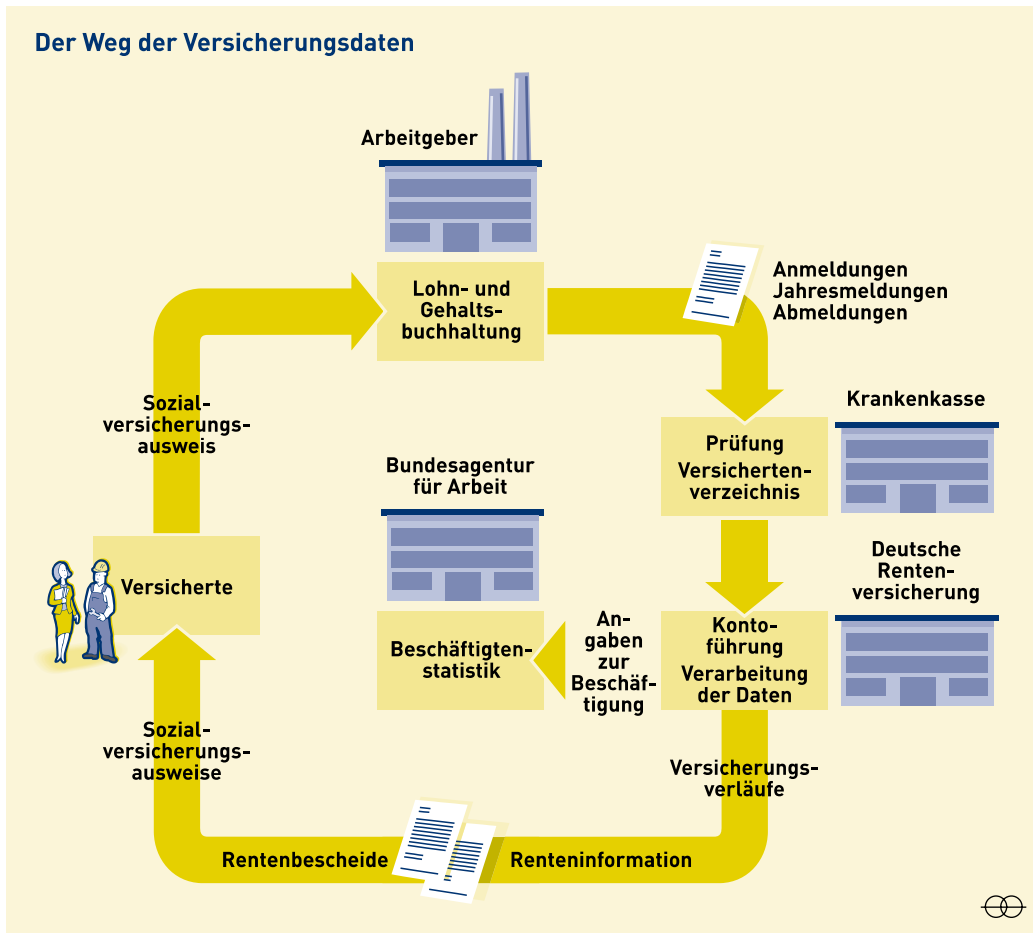
Der Rentenversicherungsträger teilt den Versicherten regelmäßig die in ihrem Versicherungskonto gespeicherten Sozialdaten mit, die für die Feststellung der Höhe einer Rentenanwartschaft erheblich sind (Versicherungsverlauf). Hat der Versicherungsträger das Versicherungskonto geklärt oder hat der Versicherte innerhalb von sechs Kalendermonaten nach Versendung des Versicherungsverlaufs seinem Inhalt nicht widersprochen, stellt der Versicherungsträger die im Versicherungsverlauf enthaltenen und nicht bereits festgestellten Daten, die länger als sechs Kalenderjahre zurückliegen, durch Bescheid fest.

Rentenrechtliche Zeiten

Sie umfassen die Zeiten, die sich auf den Rentenanspruch (Erfüllung von Wartezeiten und besonderer versicherungsrechtlicher Voraussetzungen) und die Rentenhöhe auswirken können. Zu den rentenrechtlichen Zeiten gehören Beitragszeiten, beitragsfreie Zeiten und Berücksichtigungszeiten. Beitragsfreie Zeiten sind Ersatzzeiten, Anrechnungszeiten und die Zurechnungszeit.

Zur Wartezeit siehe Seite 50.

Der Weg der Versicherungsdaten



Beitragszeiten

sind Zeiten, für die Pflichtbeiträge oder freiwillige Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt sind.

Dazu gehören auch die Beiträge, die früher zur reichsgesetzlichen Rentenversicherung oder zur Sozialversicherung in der ehemaligen DDR gezahlt worden sind.

Ersatzzeiten

sind Zeiten, in denen der Versicherte ohne eigenes Verschulden keine Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt hat, vor allem

- Zeiten des Wehrdienstes, des Kriegsdienstes oder der Kriegsgefangenschaft im Ersten und Zweiten Weltkrieg,
- Zeiten der Verfolgung durch den Nationalsozialismus,
- Zeiten der Vertreibung oder Flucht infolge des Zweiten Weltkriegs und
- Zeiten einer politischen Haft in der DDR.

Ersatzzeiten spielen heute kaum noch eine Rolle.

Anrechnungszeiten

sind Zeiten, in denen der Versicherte zum Beispiel

- wegen Krankheit arbeitsunfähig war,
- wegen Schwangerschaft oder Mutterschaft nicht versichert war,
- wegen Arbeitslosigkeit nicht versichert war oder
- nach dem 17. Lebensjahr eine Schule sowie eine Fach- oder Hochschule besucht hat (maximal acht Jahre).

Bei einem Rentenbeginn im Jahr 2019 endet die Zurechnungszeit mit Vollendung des 65. Lebensjahres und acht Monaten. Dies gilt bei Hinterbliebenenrenten auch für Todesfälle im Jahr 2019. Von 2020 bis 2030 wird die Zurechnungszeit schrittweise bis zum 67. Lebensjahr verlängert.

Zurechnungszeit

ist die Zeit, die bei Renten wegen Erwerbsminderung, Erziehungsrenten und bei Hinterbliebenenrenten hinzugerechnet wird, wenn der Versicherte das 67. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Bei Renten wegen Erwerbsminderung muss die teilweise oder volle Erwerbsminderung vor dem 67. Geburtstag eingetreten sein. Für Hinterbliebenenrenten gilt dies entsprechend, wenn der Versicherte vor dem 67. Geburtstag verstorben ist. Bei Erziehungsrenten muss der Rentenbeginn vor dem 67. Geburtstag liegen. Die Zeit bis zum vollendeten 67. Lebensjahr zählt dann in vollem Umfang als Zurechnungszeit.

Berücksichtigungszeiten

sind vor allem Zeiten der Kindererziehung bis zum vollendeten 10. Lebensjahr des Kindes. Außerdem sind das Zeiten der häuslichen Pflege eines Pflegebedürftigen, jedoch nur vom 1. 1. 1992 bis zum 31. 3. 1995.

Wartezeit

Die Wartezeit ist eine Mindestversicherungszeit. Sie muss erfüllt sein, damit eine Rente gezahlt werden kann. Auf die verschiedenen Wartezeiten werden bestimmte rentenrechtliche Zeiten angerechnet: Für die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren, die Wartezeit von 15 Jahren und für die von 20 Jahren sind Beitragszeiten und Ersatzzeiten zu berücksichtigen. Für die Wartezeit von 35 Jahren zählen außerdem Anrechnungszeiten und Berücksichtigungszeiten mit – also alle rentenrechtlichen Zeiten.

Die allgemeine Wartezeit kann in bestimmten Fällen vorzeitig erfüllt werden.

Monate aus einem Versorgungsausgleich, einem Rentensplitting unter Ehegatten und aus Zuschlägen an Entgeltpunkten für Arbeitsentgelt aus geringfügiger und geringfügiger versicherungsfreier Beschäftigung zählen für die allgemeine Wartezeit sowie für die Wartezeiten von 15, 20 und 35 Jahren.

Für die Wartezeit von 45 Jahren zählen

- Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung/Tätigkeit,
- Pflichtbeiträge für sonstige Versicherte (Kindererziehung,

- Pflege, Wehr-/Zivildienst),
- Berücksichtigungszeiten,
- Zeiten des Bezugs von Entgeltersatzleistungen der Arbeitsförderung, Leistungen bei Krankheit und Übergangsgeld, soweit sie Pflichtbeitragszeiten oder Anrechnungszeiten sind,
- freiwillige Beiträge, wenn mindestens 18 Jahre mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung/Tätigkeit oder gleichgestellten Pflichtbeiträgen vorhanden sind,
- Ersatzzeiten und
- Monate aus geringfügiger und geringfügiger versicherungsfreier Beschäftigung.

Nicht mitzuzählen sind

- Pflichtbeiträge oder Anrechnungszeiten für Zeiten des Bezugs von Entgeltersatzleistungen der Arbeitsförderung in den letzten zwei Jahren vor Rentenbeginn,
- freiwillige Beiträge, wenn nicht mindestens 18 Jahre mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung/Tätigkeit oder gleichgestellten Pflichtbeiträgen vorhanden sind,
- Zeiten einer freiwilligen Beitragszahlung in den letzten zwei Jahren vor Rentenbeginn, wenn gleichzeitig Anrechnungszeiten wegen Arbeitslosigkeit vorliegen,
- Pflichtbeiträge, die durch den Bezug von Arbeitslosengeld II und Arbeitslosenhilfe entstanden sind,
- sonstige Anrechnungszeiten (zum Beispiel Bezug von Arbeitslosenhilfe und Arbeitslosengeld II, Mutterschutz, schulische Ausbildung) sowie
- Kalendermonate, die durch Versorgungsausgleich oder Rentensplitting erworben wurden.

Bei Insolvenz oder vollständiger Geschäftsaufgabe des Arbeitgebers werden Zeiten des Bezugs von Entgeltersatzleistungen der Arbeitsförderung in den letzten zwei Jahren vor Rentenbeginn ausnahmsweise berücksichtigt.

Renteninformation und Rentenauskunft

Alle Versicherten, die älter als 27 Jahre alt sind, erhalten einmal jährlich eine schriftliche oder elektronische Renteninformation.

Sie enthält insbesondere:

- Angaben über die Grundlage der Rentenberechnung,
- Angaben über die Höhe einer Rente wegen voller Erwerbsminderung,
- eine Prognose über die Höhe der zu erwartenden Regelaltersrente,
- Informationen über die Auswirkungen künftiger Rentenanpassungen sowie
- eine Übersicht über die Höhe der Beiträge, die bisher gezahlt worden sind.

Die Renteninformation ist eine kurze Berechnung mit Prognose zur Rentenhöhe.

Die letzte Renteninformation, die vor dem 50. Lebensjahr erteilt wird, enthält die Hinweise, dass die Erteilung einer Rentenaus-

kunft auch vor Vollendung des 55. Lebensjahres möglich ist und dass die Rentenauskunft auf Antrag auch die Höhe der Beitragszahlung zum Ausgleich einer Rentenminderung bei vorzeitiger Inanspruchnahme einer Altersrente enthält.

Nach Vollendung des 55. Lebensjahres erhalten Versicherte anstelle der Renteninformation alle drei Jahre eine Rentenauskunft. In Ausnahmefällen kann dies auch schon früher oder in kürzeren Abständen geschehen. Die Rentenauskunft muss enthalten:

- einen Versicherungsverlauf mit den gespeicherten rentenrechtlichen Zeiten,
- eine Darstellung der Ermittlung der persönlichen Entgeltpunkte verbunden mit dem Hinweis, dass sich die Berechnung der Entgeltpunkte für beitragsfreie und beitragsgeminderte Zeiten ändern kann und von der weiteren Versicherungsbiografie abhängig ist,
- Angaben über die Höhe von verschiedenen Rentenarten, die auf Grundlage der gespeicherten rentenrechtlichen Zeiten nach dem zurzeit geltenden Recht zu zahlen wären,
- eine Prognose über die Höhe der zu erwartenden Regelaltersrente,
- allgemeine Hinweise zur Erfüllung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für einen Rentenanspruch sowie zum Ausgleich von Abschlägen bei vorzeitiger Inanspruchnahme einer Altersrente, zu den Auswirkungen der Inanspruchnahme einer Teilrente und zu den Folgen für den Hinzuverdienst,
- Hinweise zu den Auswirkungen der vorzeitigen Inanspruchnahme einer Rente wegen Alters und zu den Auswirkungen eines Rentenbeginns nach Erreichen der Regelaltersgrenze.

Die Rentenauskunft enthält insbesondere allgemeine Hinweise zu Rentenansprüchen und eine ausführliche Rentenberechnung.

Rehabilitation

Ziel der Rehabilitation in der Rentenversicherung ist, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten vorzubeugen, entgegenzuwirken oder sie zu überwinden. Dadurch soll die Erwerbsfähigkeit möglichst dauerhaft erhalten, verbessert und wiederhergestellt werden.

- Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt hierzu
- Leistungen zur Prävention,
 - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,

Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen.

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Leistungen zur Nachsorge sowie
- ergänzende Leistungen.

Die Leistungen werden erbracht, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Insbesondere für Beamte, Richter, Berufssoldaten und Personen, die einen Anspruch auf beamtenähnliche Versorgung haben, sind Leistungen zur Teilhabe ausgeschlossen.

- Die persönlichen Voraussetzungen erfüllen vor allem Versicherte,
- deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und
 - bei denen voraussichtlich eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet beziehungsweise wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.

Die persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben liegen auch vor, wenn die Erhaltung des bisherigen Arbeitsplatzes eines Versicherten mit teilweiser Erwerbsminderung nicht möglich ist, dieser aber voraussichtlich durch entsprechende Leistungen erhalten oder ein anderer in Aussicht stehender Arbeitsplatz erlangt werden kann.

Die Wartezeit ist eine Mindestversicherungszeit. Lesen Sie dazu bitte auch Seite 50.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen liegen vor, wenn der Versicherte bei Antragstellung die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt hat oder eine Erwerbsminderungsrente erhält.

Für Leistungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen auch erfüllt, wenn der Versicherte

- in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung für mindestens sechs Kalendermonate Pflichtbeiträge gezahlt hat oder
- innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt hat beziehungsweise bis dahin arbeitsunfähig oder arbeitslos war oder
- bereits vermindert erwerbsfähig ist oder dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist und die allgemeine Wartezeit hat.

Die allgemeine Wartezeit beträgt fünf Jahre. Lesen Sie dazu bitte auch Seite 50.

Leistungen zur Prävention

Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen haben, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden, können Präventionsleistungen beantragen.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Sie umfassen insbesondere

- Behandlung durch Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe,
- Arznei- und Verbandsmittel,
- Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
- Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
- Körperersatzstücke sowie orthopädische und andere Hilfsmittel,
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung werden überwiegend stationär in Rehabilitationskliniken oder Spezialeinrichtungen durchgeführt.

Eine stationäre Rehabilitation dauert längstens drei Wochen. Sie kann auch verlängert werden, wenn es das Erreichen des Rehabilitationsziels erfordert.

Für jeden Tag der stationären Heilbehandlung müssen Versicherte über 18 Jahre einen Betrag von 10 Euro zuzahlen. Bei einer unmittelbar vorausgegangenen Krankenhausbehandlung ist die Zuzahlung für längstens 14 Tage zu leisten.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden regelmäßig nur alle vier Jahre erbracht. Dabei sind auch Rehabilitationsleistungen anderer öffentlich-rechtlicher Träger zu berücksichtigen. Sollte allerdings eine vorzeitige Leistung aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sein, kann eine medizinische Rehabilitation auch schon früher durchgeführt werden.

Leistungen zur Kinderrehabilitation

Die Träger der Rentenversicherung erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch

- für Kinder von Versicherten,
- für Kinder von Beziehern einer Alters- oder Erwerbsminderungsrente und
- für Kinder, die eine Waisenrente beziehen.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an Kinder können erbracht werden, wenn

- voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder die insbesondere durch chronische Erkran-

Kinder können unter bestimmten Voraussetzungen auch eine Begleitperson mitnehmen.

- kungen bereits beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und
- ein Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit möglich ist.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen muss nicht das Kind, sondern der entsprechende Versicherte erfüllen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Leistungen umfassen insbesondere

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung,
- eine Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
- die individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung,
- die berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen,
- die berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden,
- die Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit und
- Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen.

Zu den Leistungen gehört auch die Übernahme der erforderlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, von Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung.

Außerdem gehören zu den Leistungen

- Kraftfahrzeughilfe,
- Ausgleich für unvermeidbare Verdienstauffälle,
- Kosten einer notwendigen Arbeitsassistentin,
- Kosten für Hilfsmittel zur Berufsausübung,
- Kosten technischer Arbeitshilfen und
- Kosten der Beschaffung, der Ausstattung und der Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung.

Die Leistungen werden durch Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke und vergleichbare Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation ausgeführt, wenn die Art oder Schwere der Behinderung oder die Sicherung des Erfolgs die besonderen Hilfen dieser Einrichtungen erforderlich machen.

Leistungen zur Nachsorge

Um den Erfolg der vorangegangenen Teilhabeleistung zu sichern, erbringen die Rentenversicherungsträger Leistungen zur Nachsorge.

Übergangsgeld

Das Übergangsgeld ist die wichtigste ergänzende Leistung zur Teilhabe. Es stellt die wirtschaftliche Versorgung des Versicherten und seiner Familie sicher.

Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gilt diese Einschränkung nicht.

Bei medizinischen Leistungen zur Rehabilitation besteht ein Anspruch auf Übergangsgeld nur für die Versicherten, die unmittelbar vor diesen Leistungen oder einer vorausgegangenen Arbeitsunfähigkeit Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt haben.

Die Höhe des Übergangsgeldes richtet sich nach der Berechnungsgrundlage. Das sind 80 % des zuletzt regelmäßig erzielten Arbeitsentgelts (Regelentgelt) oder des Arbeitseinkommens, für das zuletzt Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt worden sind. Höchstens ist jedoch das Nettoarbeitsentgelt zu berücksichtigen. Berechnungsgrundlage bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist mindestens ein Betrag von 65 % des fiktiven Arbeitsentgelts einer altersmäßig und beruflich vergleichbaren nicht behinderten Person.

Das Übergangsgeld beträgt 68 % der Berechnungsgrundlage; für Versicherte, die mindestens ein Kind erziehen, jedoch 75 %. Eigenes Einkommen ist anzurechnen.

Nach Ablauf eines Jahres wird das Übergangsgeld angepasst.

Das Übergangsgeld wird für die Dauer der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation und der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gezahlt. Nach dem Ende von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kann es für die Dauer von drei Monaten weitergezahlt werden, wenn der Versicherte arbeitslos ist. Es beträgt dann aber nur noch 60 % beziehungsweise 67 % der Berechnungsgrundlage.

Ergänzende Leistungen zur Teilhabe

Ergänzende Leistungen zur Teilhabe sind neben dem Übergangsgeld noch

- Beiträge zur Sozialversicherung und zur Arbeitsförderung,
- ärztlich verordneter Rehabilitationssport und Funktionstraining,
- Reisekosten sowie
- Betriebs- oder Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten.

Sonstige Leistungen

Als sonstige Leistungen zur Teilhabe können erbracht werden:

- Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben, die nicht bereits von den anderen Teilhabeleistungen erfasst werden,
- Leistungen zur onkologischen Nachsorge für Versicherte, Bezieher einer Rente und ihre jeweiligen Angehörigen sowie
- Zuwendungen für Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen oder die Rehabilitation fördern.



Rentenarten

Die Deutsche Rentenversicherung zahlt Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, wegen Alters oder wegen Todes.

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

sind seit dem 1. 1. 2001:

- Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung und
- Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Bisher gezahlte Renten wegen Berufsunfähigkeit gelten seit dem 1. 7. 2017 bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze als Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, solange Berufsunfähigkeit oder teilweise Erwerbsminderung vorliegt. Renten wegen Erwerbsunfähigkeit gelten beim weiteren Vorliegen von Erwerbsunfähigkeit oder voller Erwerbsminderung als Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung

erhalten Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, wenn sie

- teilweise erwerbsgemindert sind,
- in den letzten fünf Jahren vor dem Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge gezahlt und
- vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Die allgemeine Wartezeit beträgt fünf Jahre.

Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Versicherte, die vor dem 2. 1. 1961 geboren sind und aus gesundheitlichen Gründen in ihrem Beruf weniger als sechs Stunden arbeiten können, sind ebenfalls teilweise erwerbsgemindert.

Rente wegen voller Erwerbsminderung

erhalten Versicherte bis zur Regelaltersgrenze, wenn sie

- voll erwerbsgemindert sind,
- in den letzten fünf Jahren vor dem Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge gezahlt und
- vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

Rentenarten

**Renten wegen
verminderter
Erwerbsfähigkeit**

Altersrenten

**Renten
wegen Todes**



Der Zeitraum von fünf Jahren für den Nachweis der drei Jahre Pflichtbeiträge verlängert sich um bestimmte Zeiten: Die wichtigste hiervon ist die Berücksichtigungszeit für Kindererziehung. In bestimmten Fällen ist dieser Nachweis auch nicht erforderlich, zum Beispiel bei einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit.

Diese Regelung betrifft insbesondere Beschäftigte in einer Werkstatt für behinderte Menschen.

Wer schon vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit wegen einer Behinderung nicht (mehr) erwerbsfähig ist, kann einen Anspruch auf volle Erwerbsminderungsrente haben, wenn er bis zur Erfüllung der Wartezeit von 20 Jahren ununterbrochen voll erwerbsgemindert geblieben ist.

Renten wegen Erwerbsminderung enden mit dem Erreichen der Regelaltersgrenze (siehe Abschnitt „Regelaltersrente“ auf Seite 61).

Renten auf Zeit

Die Renten wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung werden auf Zeit geleistet, längstens bis zum Ablauf von drei Jahren nach dem Rentenbeginn. Eine erneute Befristung ist möglich. Ist es auf Dauer unwahrscheinlich, dass die Erwerbsminderung behoben werden kann, kann die Rente auch unbefristet gezahlt werden.

Beim Restleistungsvermögen handelt es sich um die verbliebene Arbeitskraft, die trotz der vorhandenen Krankheit oder Behinderung noch vorhanden ist.

Hinzuverdienst

Neben einer Erwerbsminderungsrente darf ein Hinzuverdienst nur im Rahmen des noch verbliebenen Restleistungsvermögens erzielt werden, weil ansonsten nicht mehr von einer Minderung der Erwerbsfähigkeit ausgegangen werden kann und der Rentenanspruch damit gefährdet ist. Bei Renten wegen voller Erwerbsminderung wird von einem Restleistungsvermögen von unter drei Stunden und bei Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung von unter sechs Stunden am Tag ausgegangen.

Als Hinzuverdienst zählt Arbeitentgelt, Arbeitseinkommen und vergleichbares Einkommen sowie einige Sozialleistungen.

Die Höhe einer Rente wegen Erwerbsminderung ist abhängig von der Höhe des Hinzuverdienstes. Sie kann nur in voller Höhe gezahlt werden, wenn die Hinzuverdienstgrenze nicht überschritten wird. Der Rentenanspruch wird dadurch nicht berührt, sondern lediglich der Umfang der Rentenzahlung bestimmt.

Für Renten wegen Erwerbsminderung, die bereits am 30. 6. 2017 gezahlt wurden, besteht Bestandsschutz.

Seit dem 1. 7. 2017 wird der Hinzuverdienst stufenlos auf die Rente angerechnet. Die bisher geltende monatliche Grenze von 450 Euro wird durch eine kalenderjährliche Hinzuverdienstgrenze ersetzt. Die neuen Hinzuverdienstgrenzen gelten einheitlich für die alten und neuen Bundesländer.

Die Hinzuverdienstgrenze für volle Erwerbsminderungsrenten beträgt 6 300 Euro im Kalenderjahr. Der Hinzuverdienst, der

Dabei ist unerheblich, wann im Kalenderjahr der Hinzuverdienst erzielt wurde und wie lange die Beschäftigung andauerte.

die Hinzuverdienstgrenze übersteigt wird in Höhe von 40 % zu einem Zwölftel auf die monatliche Rente angerechnet.

Die gekürzte Rente darf zusammen mit dem Hinzuverdienst nicht über dem bisherigen Einkommen liegen. Daher wird die Summe der beiden Beträge auf einen Höchstbetrag – den Hinzuverdienstdeckel – begrenzt. Der Betrag, der den Hinzuverdienstdeckel übersteigt, wird in vollem Umfang auf die bereits gekürzte Rente angerechnet.

Der Hinzuverdienstdeckel entspricht dem höchsten beitragspflichtigen Verdienst der letzten 15 Kalenderjahre (auf das aktuelle Verdienstniveau angehoben).



Beispiel:

Monatliche Rente wegen voller Erwerbsminderung:	1 150 Euro
Hinzuverdienst aus einer Beschäftigung:	18 000 Euro im Kalenderjahr
Ermittelter Hinzuverdienstdeckel:	3 000 Euro

Der kalenderjährliche Hinzuverdienst übersteigt die Hinzuverdienstgrenze um 11 700 Euro (18 000 Euro – 6 300 Euro).

Zunächst wird ein Zwölftel des übersteigenden Betrags ermittelt:
 11 700 Euro : 12 = 975 Euro

Dieser Betrag wird zu 40 % von der vollen Rente abgezogen.
 975 Euro x 40 % = 390 Euro (Anrechnungsbetrag)

1 150 Euro	monatliche Rente in voller Höhe
- 390 Euro	Anrechnungsbetrag
760 Euro	

Anschließend wird geprüft, ob die Summe aus diesem Rentenbetrag (760 Euro) und einem Zwölftel des kalenderjährlichen Hinzuverdienstes (18 000 Euro : 12 = 1 500 Euro) den Hinzuverdienstdeckel überschreitet. Dies ist nicht der Fall (760 Euro + 1 500 Euro = 2 260 Euro ≤ 3 000 Euro). Die teilweise zu leistende Rente wegen voller Erwerbsminderung beträgt daher 760 Euro.

Für Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung wird die jährliche Hinzuverdienstgrenze individuell berechnet. Sie orientiert sich an dem höchsten beitragspflichtigen Jahreseinkommen der letzten 15 Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung – angehoben auf das aktuelle Verdienstniveau – und

Die jährliche Hinzuverdienstgrenze beträgt mindestens 81 % des halben Jahreseinkommens eines Durchschnittsverdieners. Das sind im Jahr 2019 mindestens 15 138,90 Euro.

Um Rentenüberzahlungen oder -nachzahlungen zu vermeiden, werden auf Antrag Änderungen des prognostizierten Hinzuverdienstes berücksichtigt, wenn sie mindestens 10 % betragen.

Für die Jahrgänge 1947 bis 1954 gilt die Regelaltersgrenze von 65 Jahren, wenn vor dem 1. 1. 2007 Alterszeit vereinbart wurde.

Der Jahrgang 1956 kann die Altersrente für besonders langjährig Versicherte zum Beispiel mit 63 Jahren und 8 Monaten erhalten.

beträgt 81 % von diesem Betrag. Der Verdienst, der über der Hinzuverdienstgrenze liegt, wird zu 40 % auf die Rente angerechnet.

Der Hinzuverdienstdeckel bei einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung ergibt sich aus der Summe aus einem Zwölftel der Hinzuverdienstgrenze und dem Monatsbetrag der Rente in voller Höhe.

Die Prüfung der Hinzuverdienstgrenze erfolgt zu Beginn einer Rente und anschließend jeweils zum 1.7. des Folgejahres. Dabei wird die Höhe der Rente zunächst auf Grundlage einer Prognose des Hinzuverdienstes festgestellt. Am 1.7. des Folgejahres wird die bisherige Berechnung für das vorherige Kalenderjahr überprüft und eine neue Prognose erstellt. Weicht der tatsächliche Hinzuverdienst ab, wird die Rente für das vorherige Kalenderjahr neu berechnet.

Renten wegen Alters

Regelaltersrente

erhält, wer die Regelaltersgrenze erreicht und die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt hat.

Die Regelaltersgrenze wird mit Vollendung des 67. Lebensjahres erreicht. Dies gilt allerdings nur für die Jahrgänge 1964 und jünger. Bis 1946 geborene Versicherte erreichten die Regelaltersgrenze bereits mit 65 Jahren. Für die Jahrgänge 1947 bis 1963 wird sie stufenweise angehoben.

Die Regelaltersrente wird generell ohne Rentenabschläge gezahlt.

Altersrente für besonders langjährig Versicherte

können Versicherte nach Vollendung des 65. Lebensjahres und Erfüllung der Wartezeit von 45 Jahren beanspruchen. Sie wird ohne Rentenabschläge gezahlt.

Versicherte, die vor dem 1. 1. 1953 geboren sind, hatten bereits nach Vollendung des 63. Lebensjahres Anspruch auf die abschlagsfreie Altersrente für besonders langjährig Versicherte.

Für Versicherte der Jahrgänge 1953 bis 1963 wird die Altersgrenze von 63 Jahren allerdings für jeden Jahrgang jeweils um zwei Monate angehoben. Für die Jahrgänge 1964 und jünger gilt dann die Vollendung des 65. Lebensjahres als maßgebliches Alter für diese Altersrente.

Altersrente für langjährig Versicherte

erhalten Versicherte nach Vollendung des 67. Lebensjahres, wenn sie die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben.

Die Altersgrenze von 65 Jahren gilt auch bis Jahrgang 1954, wenn vor dem 1. 1. 2007 Altersteilzeitarbeit vereinbart wurde.

Für Versicherte der Jahrgänge 1949 bis 1963 wird die bisherige Altersgrenze von 65 Jahren stufenweise angehoben. Ab dem Jahrgang 1964 beträgt sie 67 Jahre.

Wird die Altersrente mit dem für den entsprechenden Jahrgang maßgeblichen Alter in Anspruch genommen, wird sie ohne Rentenabschläge gezahlt.

Wurde Altersteilzeitarbeit vor dem 1. 1. 2007 vereinbart, gilt für die Jahrgänge 1948 bis 1954 ein schrittweise auf das 62. Lebensjahr gesenktes Mindestalter für die vorzeitige Inanspruchnahme.

Die vorzeitige Inanspruchnahme der Altersrente ist jedoch bereits nach Vollendung des 63. Lebensjahres möglich. Die Versicherten müssen dann aber Abschläge für die Zeit hinnehmen, in der die Rente vor Vollendung des maßgeblichen Lebensalters vorzeitig in Anspruch genommen wurde. Die Höhe des Rentenabschlags steigt mit der Dauer der Zeit, für die die Rente vorfristig gezahlt wird.

Die Abschläge bleiben für den weiteren Rentenbezug – auch nach Vollendung des maßgeblichen Lebensjahres – erhalten.

Altersrente für schwerbehinderte Menschen

erhalten Versicherte, wenn sie

- das 65. Lebensjahr vollendet haben,
- bei Rentenbeginn als schwerbehinderte Menschen anerkannt sind und
- die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben.

Schwerbehinderung liegt bei einem Grad der Behinderung von mindestens 50 vor.

Die ursprüngliche Altersgrenze für die Altersrente für schwerbehinderte Menschen von 63 Jahren wird für Versicherte der Jahrgänge 1952 bis 1963 stufenweise angehoben. Ab dem Jahrgang 1964 beträgt sie 65 Jahre. Wird die Altersrente mit 65 Jahren beziehungsweise mit dem für den entsprechenden Jahrgang maßgeblichen Alter in Anspruch genommen, erfolgt die Zahlung ohne Rentenabschläge.

Die Jahrgänge 1952 bis 1954 konnten diese Rente weiter mit 63 Jahren oder vorzeitig mit dem 60. Lebensjahr erhalten, wenn sie am 1. 1. 2007 als schwerbehinderte Menschen anerkannt waren und vor dem 1. 1. 2007 Altersteilzeitarbeit vereinbart wurde.

Die vorzeitige Beanspruchung der Altersrente für schwerbehinderte Menschen ist nur mit Abschlägen möglich. Die Jahrgänge ab 1964 können diese Altersrente nach dem Erreichen des 62. Lebensjahres vorzeitig erhalten. Für die Geburtsjahrgänge 1952 bis 1963 wird die ursprüngliche Altersgrenze für die vorzeitige Inanspruchnahme von 60 Jahren stufenweise angehoben.

Rentenminderungen wegen einer vorzeitigen Inanspruchnahme der Altersrenten können durch eine besondere Beitragszahlung ausgeglichen werden.

Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit und Altersrente für Frauen konnten nur Versicherte der Jahrgänge bis 1951 erhalten. Da inzwischen die Regelaltersgrenze von allen Berechtigten überschritten wurde, haben diese Renten keine Bedeutung mehr.

Hinzuverdienstgrenze

Vor dem Erreichen der Regelaltersgrenze kann eine Altersrente in voller Höhe nur gezahlt werden, wenn der Hinzuverdienst die Hinzuverdienstgrenze nicht überschreitet. Die Höhe der Altersrente ist in diesen Fällen von der Höhe des Hinzuverdienstes abhängig. Als Hinzuverdienst werden Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen und vergleichbares Einkommen berücksichtigt und unter Umständen auch zusammengerechnet. Nach dem Erreichen der Regelaltersgrenze kann neben der Altersrente unbegrenzt hinzuverdient werden.

Nicht als Hinzuverdienst gilt das Entgelt, das eine Pflegeperson für die Pflege sowie ein behinderter Mensch von dem Träger einer entsprechenden Einrichtung erhält.

Seit dem 1. 7. 2017 beträgt die Hinzuverdienstgrenze für Altersrenten kalenderjährlich 6 300 Euro. Der Hinzuverdienst, der die Hinzuverdienstgrenze übersteigt wird durch zwölf geteilt und dann zu 40 % auf die monatliche Altersrente angerechnet. Dabei ist unerheblich, wann im Kalenderjahr der Hinzuverdienst erzielt wurde und auf welche Anzahl von Monaten er entfällt.

Für Altersrenten, die am 30. 6. 2017 als Teilrenten geleistet wurden, besteht ein Bestandsschutz.

Auch hier ist der Hinzuverdienstdeckel zu beachten. Maßgebend ist der Zeitraum der letzten 15 Kalenderjahre vor dem Rentenbeginn. Der Betrag, der den Hinzuverdienstdeckel übersteigt, wird in vollem Umfang auf die bereits gekürzte Rente angerechnet.

Vergleiche hierzu die Erläuterungen zur Erwerbsminderungsrente auf Seite 59/60.

Renten wegen Todes

Witwen- und Witwerrente

Witwen und Witwer haben nach dem Tod des versicherten Ehepartners Anspruch auf Witwenrente oder Witwerrente, wenn der Ehepartner die allgemeine Wartezeit erfüllt hat. Ein Anspruch auf die Witwen- oder Witwerrente besteht jedoch nur, wenn die Ehe mindestens ein Jahr gedauert hat. Ausnahmen sind hier vorgesehen.

Eingetragene Lebenspartner haben ebenfalls Anspruch auf diese Leistungen, wenn sie die Voraussetzungen erfüllen.

Ist ein Rentensplitting unter Ehepartnern durchgeführt worden, kann eine Witwen- oder Witwerrente nicht gezahlt werden. Ein Rentensplitting unter Ehepartnern kann statt einer Witwen-/Witwerrente gewählt werden, wenn die Ehe ab 1. 1. 2002 geschlossen wurde oder beide Ehepartner nach dem 1. 1. 1962 geboren worden sind und das Versicherungsleben abgeschlossen ist.

Bis 2011 galt das 45. Lebensjahr. Bei Todesfällen in den Jahren 2012 bis 2028 wird es stufenweise auf 47 angehoben.

Anspruch auf eine große Witwen- oder Witwerrente besteht, wenn die Witwe oder der Witwer

- ein Kind erzieht, das noch nicht 18 Jahre alt ist,
- das 47. Lebensjahr vollendet hat oder
- teilweise oder voll erwerbsgemindert ist.

Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht ein Anspruch auf die kleine Witwen- oder Witwerrente. Die kleine Witwen- oder Witwerrente wird nur für 24 Monate nach Ablauf des Todesmonats gezahlt. Sie wird aber auf Dauer geleistet, wenn der Ehepartner vor dem 1. 1. 2002 gestorben ist oder ein Partner vor dem 2. 1. 1962 geboren und die Ehe vor dem 1. 1. 2002 geschlossen wurde.

Sie beträgt das 24fache des durchschnittlichen Monatsbetrags der zuletzt gezahlten Rente.

Die Witwen- oder Witwerrente fällt weg, wenn der Berechtigte, das ist der überlebende Ehepartner, wieder heiratet. Auf Antrag wird dann eine Rentenabfindung gezahlt. Wird die neue, letzte Ehe wieder aufgelöst oder für nichtig erklärt, besteht ein Anspruch auf Witwen- oder Witwerrente aus der vorletzten Ehe. Diese Rente heißt Witwen-/Witwerrente nach dem vorletzten Ehegatten.

Witwen- oder Witwerrente erhalten geschiedene Ehepartner,

- deren Ehe vor dem 1. 7. 1977 geschieden wurde,
- die nicht wieder geheiratet haben,
- die im letzten Jahr vor dem Tod des geschiedenen Ehepartners von ihm in den alten Bundesländern Unterhalt erhalten haben oder Anspruch darauf hatten und
- wenn der Verstorbene die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt hat.

Waisenrente

Kinder haben nach dem Tod eines Elternteils einen Anspruch auf Halbwaisenrente, wenn der Vater oder die Mutter die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt hat. Sind beide Eltern gestorben, wird eine Vollwaisenrente gezahlt.

Ein Anspruch auf Waisenrente besteht bis zum 18. Lebensjahr. Er verlängert sich bis zum 27. Lebensjahr durch eine Schul-

Die Waisenrente kann über das 27. Lebensjahr hinaus gezahlt werden, wenn die Schul- oder Berufsausbildung durch Wehr- oder Zivildienst unterbrochen oder verzögert wurde.

oder Berufsausbildung, ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr, den Bundesfreiwilligendienst sowie weitere nationale und internationale Freiwilligendienste. Dies gilt auch, wenn die Waise wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu versorgen.

Erziehungsrente

Versicherte haben bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Erziehungsrente, wenn

- ihre Ehe nach dem 30.6.1977 geschieden wurde und ihr geschiedener Ehepartner gestorben ist,
- sie ein eigenes Kind oder ein Kind des geschiedenen Ehepartners erziehen,
- sie nicht wieder geheiratet haben und
- sie bis zum Tod des geschiedenen Ehepartners die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Anspruch auf Erziehungsrente besteht bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze auch für verwitwete Ehepartner, für die ein Rentensplitting durchgeführt wurde, wenn

- sie ein eigenes Kind oder ein Kind des verstorbenen Ehepartners erziehen,
- sie nicht wieder geheiratet haben und
- sie bis zum Tod des Ehepartners die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Die Erziehungsrente wird aus dem Versicherungskonto des (der) lebenden Versicherten berechnet. Für einen Anspruch auf Erziehungsrente gelten als Scheidung einer Ehe auch die Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, als geschiedener Ehepartner der frühere Lebenspartner, als Heirat die Begründung einer Lebenspartnerschaft, als verwitweter Ehepartner ein überlebender Lebenspartner und als Ehepartner der Lebenspartner.

In der Sterbeübergangszeit („Sterbevier-teljahr“) wird kein Einkommen angerechnet.

Einkommensanrechnung auf Renten wegen Todes

Einkommen, das mit einer Witwen-, Witwerrente oder Erziehungsrente zusammentrifft, wird hierauf angerechnet.

Wurde die Ehe vor dem 1.1.2002 geschlossen und ist mindestens ein Ehepartner vor dem 2.1.1962 geboren gelten Übergangs- und Vertrauensschutzregelungen. Dies gilt auch für Todesfälle vor dem 1.1.2002.

Das gilt insbesondere für die folgenden Einkommensarten:

- Erwerbseinkommen (Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder vergleichbares Einkommen),
- Erwerb ersatzeinkommen (zum Beispiel Kranken- und Arbeitslosengeld, Renten),
- Vermögenseinkommen (zum Beispiel Zinsen und Dividenden),
- Elterngeld sowie

→ Aufstockungsbeträge und Zuschläge (zum Beispiel bei Altersteilzeit).

Es werden nur die Einkommen angerechnet, die von den rentenberechtigten Personen selbst erwirtschaftet (erworben) wurden.

Nicht angerechnet werden insbesondere die Arbeitsentgelte von Pflegepersonen, die sie von den Pflegebedürftigen erhalten sowie Arbeitsentgelte von behinderten Menschen in anerkannten Werkstätten oder in Blindenwerkstätten und die Einnahmen aus Altersvorsorgeverträgen („Riesterrenten“).

Vom Lohn oder Gehalt werden zum Beispiel 40 % abgezogen.

Für die Einkommensanrechnung werden zunächst die Bruttobeträge berücksichtigt. Davon werden Pauschalwerte abgezogen, um ein Nettoeinkommen zu erhalten. Die Pauschalwerte sollen den tatsächlichen Abzügen relativ nahekommen.

Für jedes waisenrentenberechtigten Kind erhöht sich der Freibetrag um 185,08 EUR in den alten und 178,58 EUR in den neuen Bundesländern.

Das Nettoeinkommen wird um einen Freibetrag vermindert, der ab 1. 7. 2019 in den alten Bundesländern monatlich 872,52 Euro und in den neuen Bundesländern monatlich 841,90 Euro beträgt.

Verbleibt nach Abzug des Freibetrages ein Rest, werden 40 % des übersteigenden Betrages auf die Witwen-, Witwerrente oder Erziehungsrente angerechnet.

Waisenrenten werden stets unabhängig vom eigenen Einkommen gezahlt.

Der Antrag kann mündlich, schriftlich oder elektronisch gestellt werden.

Rentenbeginn und Rentenantrag

Renten werden nur auf Antrag der Versicherten oder ihrer Hinterbliebenen gezahlt. Die Initiative zur Rentenzahlung muss also vom Rentenberechtigten ausgehen.

Der Rentenantrag kann bei allen Dienststellen der Träger der Sozialversicherung gestellt werden. Für die Rentenversicherung sind das die Hauptverwaltungen, die regionalen Geschäfts-, Beratungs- oder Auskunftsstellen sowie die Versichertenberater. Versicherungsämter der Stadt- und Landkreise, Gemeindeverwaltungen sowie amtliche Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland im Ausland nehmen ebenfalls Anträge entgegen.

Anträge können auch elektronisch – also online – gestellt werden. Die notwendigen Formulare werden am PC ausgefüllt und online versandt. Für Besitzer eines Personalausweises mit elektro-

Eine vollelektronische Kommunikation mit den Rentenversicherungsträgern kann auch über das Verfahren De-Mail erfolgen.

nischem Identitätsnachweis (eID), eines elektronischen Aufenthaltstitels (eAT) oder einer qualifizierten elektronischen Signaturkarte mit Unterschriftenfunktion kann die Antragstellung komplett über das Internet erfolgen. Für alle anderen wird am PC ein Unterschriftenblatt erstellt, das unterschrieben auf dem Postweg an den Rentenversicherungsträger zu übersenden ist.

Der Tag der Antragstellung ist für den Rentenbeginn wichtig. Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und Altersrenten können längstens für drei Monate vor dem Monat der Antragstellung gezahlt werden. Frühester Rentenbeginn ist jedoch der Monat, zu dessen Beginn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

Witwen-/Witwerrenten und Waisenrenten werden vom Todestag an geleistet. Hat der Verstorbene bereits eine Rente erhalten, beginnt die Hinterbliebenenrente mit dem Monat, der dem Todesmonat folgt. Wird die Rente jedoch später als zwölf Monate nach dem Tod beantragt, kann sie längstens für zwölf Monate vor dem Monat der Antragstellung (rückwirkend) gezahlt werden.



Merke:

Die Rentenversicherung zahlt Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Altersrenten und Renten wegen Todes. Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sind Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung und Renten wegen voller Erwerbsminderung. Ihre Höhe ist vom Hinzuverdienst abhängig.

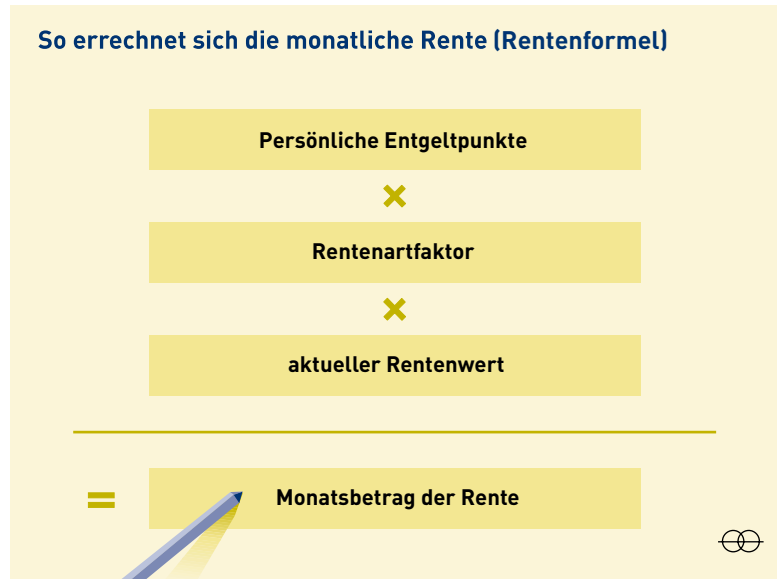
Altersrenten werden gezahlt als Regelaltersrente, Altersrente für besonders langjährig Versicherte, Altersrente für langjährig Versicherte und Altersrente für schwerbehinderte Menschen. Renten werden erst dann gezahlt, wenn eine Mindestversicherungszeit (Wartezeit) zurückgelegt ist. Es gibt die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren sowie die Wartezeiten von 15, 20, 35 und 45 Jahren.

Bei den Altersrenten vor dem Erreichen der Regelaltersgrenze ist eine Hinzuverdienstgrenze zu beachten. Sie beträgt seit dem 1. 7. 2017 kalenderjährlich 6 300 Euro. Ein Hinzuverdienst, der diesen Betrag übersteigt, wird zu 40 % angerechnet.

Renten können nur auf Antrag gezahlt werden. Es ist möglich, sie schriftlich, elektronisch und mündlich zu beantragen. Der Tag der Antragstellung ist wichtig für den Rentenbeginn.

Rentenhöhe

Die Rentenberechnung ist kompliziert, weil sie den persönlichen Lebenslauf eines Versicherten berücksichtigt. Die individuelle Leistung des Einzelnen in einem solidarischen System steht dabei im Mittelpunkt.



Die persönlichen Entgeltpunkte

setzen sich zusammen aus Entgeltpunkten für

- Beitragszeiten,
- beitragsfreie Zeiten,
- Zuschläge für beitragsgeminderte Zeiten,
- Zuschläge oder Abschläge aus einem durchgeführten Versorgungsausgleich oder Rentensplitting,
- Zuschläge aus Zahlung von Beiträgen bei vorzeitiger Inanspruchnahme einer Altersrente oder bei Abfindung von Anwartschaften auf betriebliche Altersversorgung oder von Anrechten bei der Versorgungsausgleichskasse,
- Zuschläge an Entgeltpunkten für Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung,
- Arbeitsentgelt aus aufgelösten Wertguthaben,
- Zuschläge an Entgeltpunkten aus Beiträgen nach Beginn einer Altersrente,
- Zuschläge an Entgeltpunkten für Zeiten einer besonderen Auslandsverwendung und
- Zuschläge an Entgeltpunkten für nachversicherte Soldaten auf Zeit.

Zum Zugangsfaktor
lesen Sie bitte
Seite 70.

Die persönlichen Entgeltpunkte ergeben sich, indem die Summe an Entgeltpunkten mit einem sogenannten Zugangsfaktor vervielfältigt wird.

Der Durchschnittsverdienst im Jahr 2019 beträgt 38 901 Euro.

Die Entgeltpunkte für Beitragszeiten spiegeln das Arbeitsleben des Versicherten wider. Sie sind der Verhältniswert, in dem seine Arbeitsverdienste zu den durchschnittlichen Arbeitsverdiensten aller Arbeitnehmer stehen. Wer in einem Jahr genau den Arbeitsverdienst hat, der dem durchschnittlichen Arbeitsverdienst entspricht, bekommt einen Entgeltpunkt. War das 40 Jahre lang so, erhält er 40 Entgeltpunkte.

Die Hochwertung der Verdienste wird noch bis 2024 fortgeführt. Für die Jahre bis 2024 bleibt sie auch weiterhin erhalten.

Für die Jahre bis 2024 werden für die Ermittlung des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes nur die Verdienste der Arbeitnehmer in den alten Bundesländern berücksichtigt. Diesem Durchschnittsverdienst sind auch die Arbeitsverdienste gegenüberzustellen, die Versicherte in der ehemaligen DDR und in den neuen Bundesländern erzielt haben. Um das geringere Lohnniveau der neuen Bundesländer in den Jahren bis 2024 auszugleichen, werden diese Arbeitsverdienste an das Einkommensniveau der alten Bundesländer angeglichen, indem sie mit gesetzlich festgelegten Hochwertungs Faktoren erhöht werden.

Nach der vollständigen Angleichung des Rentenniveaus werden für die Ermittlung des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes ab 2025 die Verdienste der Arbeitnehmer in den alten und neuen Bundesländern berücksichtigt.

So errechnen sich Entgeltpunkte für Beitragszeiten

**Arbeitsverdienst des Versicherten
in einem Jahr**

:

**durchschnittlicher Arbeitsverdienst aller
Arbeitnehmer im gleichen Jahr**

=

Entgeltpunkte des Versicherten für ein Jahr

Entgeltpunkte für alle Jahre zusammenzählen

**Summe ergibt ...
Entgeltpunkte für Beitragszeiten**



Beitragsgemindert sind Monate, in denen gleichzeitig Beitragszeiten und beitragsfreie Zeiten vorliegen.

Die Entgeltpunkte für beitragsfreie Zeiten und die Zuschläge für beitragsgeminderte Zeiten sind nach der sogenannten Gesamtleistungsbewertung zu berechnen. Maßgebend dafür ist der Durchschnittswert an Entgeltpunkten aus der Gesamtleistung an Beiträgen im belegungsfähigen Zeitraum. Dabei werden auch fiktive Entgeltpunkte für Berücksichtigungszeiten mitgezählt.

Ein Versorgungsausgleich ist bei einer Ehescheidung in den alten Bundesländern seit 1. 7. 1977 und in den neuen Bundesländern seit 1. 1. 1992 durchzuführen. Damit werden die in der Ehe erworbenen Rentenanwartschaften zwischen den Ehepartnern wertmäßig ausgeglichen. Auch nach Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft findet ein Versorgungsausgleich statt.

Unter Lebenspartnern ist ebenfalls ein Rentensplitting möglich.

Ein Rentensplitting unter Ehepartnern kann durchgeführt werden, wenn die Ehe in der Zeit vom 1. 1. 2002 an geschlossen wurde oder beide Ehepartner ab 2. 1. 1962 geboren worden sind und das Versicherungsleben abgeschlossen ist. Der Versicherungsträger stellt fest, welchem Ehepartner und in welcher Höhe ein Splittingzuwachs zusteht. Der andere Ehepartner muss in gleicher Höhe einen Abschlag hinnehmen.

Der **Zugangsfaktor** richtet sich nach dem Alter bei Rentenbeginn und bestimmt, in welchem Umfang Entgeltpunkte bei der Ermittlung des Monatsbetrags der Rente zu berücksichtigen sind. Er beträgt im Normalfall 1,0. Wird eine Altersrente vorzeitig in Anspruch genommen, ist der Zugangsfaktor für jeden Monat der vorzeitigen Inanspruchnahme um 0,003 niedriger.



Beispiel:

Paul R. ist im August 1956 geboren. Er will die Altersrente für langjährig Versicherte ab dem 63. Lebensjahr beziehen und diese 34 Monate vorzeitig in Anspruch nehmen. Der Zugangsfaktor ist dann um $34 \times 0,003 = 0,102$ niedriger und beträgt nur noch 0,898. Das bedeutet für Paul R. einen Abschlag von 10,2 % auf den Monatsbetrag der Rente.

Bei Waisenrenten erhöhen sich die Entgeltpunkte um einen Zuschlag. Für die Vollwaisenrente sind mindestens die Entgeltpunkte für beide verstorbenen Versicherten zu berücksichtigen.

Bei Witwen- und Witwerrenten erhöhen sich die Entgeltpunkte um einen Zuschlag für die Erziehung von Kindern. Maßgebend

hierfür ist die Dauer der Erziehung der Kinder in den ersten drei Lebensjahren durch die Witwe oder den Witwer. Diesen Zuschlag gibt es jedoch nicht, wenn der Ehepartner vor dem 1. 1. 2002 gestorben ist oder die Ehe vor diesem Zeitpunkt geschlossen wurde und mindestens ein Ehepartner vor dem 2. 1. 1962 geboren ist.

Der Rentenartfaktor

berücksichtigt die unterschiedlichen Sicherungsziele der einzelnen Rentenarten. Seine Höhe ist auf die Altersrente ausgerichtet, für sie beträgt er 1,0.

Für die Rente wegen voller Erwerbsminderung beträgt der Rentenartfaktor auch 1,0, für die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung aufgrund des geringeren Sicherungsziels dagegen nur 0,5.

Die große Witwen- und Witwerrente hat einen Rentenartfaktor von 0,55. Er erhöht sich auf 0,6, wenn der Ehepartner vor dem 1. 1. 2002 gestorben ist oder die Ehe vor diesem Zeitpunkt geschlossen wurde und mindestens ein Ehepartner vor dem 2. 1. 1962 geboren ist. Für die kleine Witwen- und Witwerrente ist der Rentenartfaktor 0,25 maßgebend. Bis zum Ende des dritten Kalendermonats nach dem Monat, in dem der Ehepartner gestorben ist, ist sowohl für die große als auch für die kleine Witwen- und Witwerrente der Rentenartfaktor 1,0 maßgebend. Damit wird erreicht, dass für diese Zeit eine Rente in Höhe der Versichertenrente gezahlt wird (Sterbeübergangszeit).

Bei Halbwaisenrenten beträgt der Rentenartfaktor 0,1 und bei der Vollwaisenrente 0,2.

Für Erziehungsrenten ist der Rentenartfaktor 1,0 maßgebend.

Der aktuelle Rentenwert

ist Teil der Rentenformel und bewirkt die jährliche Dynamisierung der Rente. Er entspricht dem monatlichen Betrag, den ein Durchschnittsverdiener für die Beitragszahlung eines Jahres zur allgemeinen Rentenversicherung als Altersrente erhält. Das Rentenniveau der neuen Bundesländer wird bis zum 30. 6. 2024 vollständig an das der alten Bundesländer angeglichen. Bis dahin gibt es noch jeweils verschiedene aktuelle Rentenwerte.

Ab 1. 7. 2019 beträgt er monatlich 33,05 Euro in den alten und 31,89 Euro in den neuen Bundesländern.

Die Angleichung des aktuellen Rentenwerts (Ost) an den aktuellen Rentenwert erfolgt bis zum 30. 6. 2024 in sieben Schritten. In einem ersten Schritt war die Erhöhung des aktuellen Renten-

werts (Ost) zum 1. 7. 2018 auf mindestens 95,8 % des Westwerts vorgesehen. In den weiteren Schritten wird der Wert jedes Jahr um mindestens 0,7 % angehoben, bis der aktuelle Rentenwert (Ost) zum 1. 7. 2024 100 % des Westwerts erreicht hat. Dabei wird die tatsächliche Lohnentwicklung Ost bei den künftigen Rentenanpassungen in den neuen Ländern berücksichtigt, wenn sie über den festgelegten Angleichungsschritten liegt.

Die letzte Rentenerhöhung war am 1. 7. 2019.

Die Höhe des aktuellen Rentenwerts wird zum 1. 7. eines jeden Jahres überprüft und gegebenenfalls angepasst. Der bisherige aktuelle Rentenwert wird dann mit den Faktoren für die Veränderung der Bruttolohn- und Bruttogehaltssumme, des Beitragssatzes zur allgemeinen Rentenversicherung und dem Nachhaltigkeitsfaktor vervielfältigt. Mit dem gegebenenfalls neuen aktuellen Rentenwert wird dann der neue Monatsbetrag der Renten errechnet.

Das nennt man Faktor für die Veränderung des Beitragssatzes in der allgemeinen Rentenversicherung.

Die Veränderung der Höhe des aktuellen Rentenwerts und damit die der Renten ist also an die Lohn- und Gehaltsentwicklung der versicherten Beschäftigten gekoppelt. Daneben bewirken Veränderungen des Beitragssatzes zur allgemeinen Rentenversicherung unter Einbeziehung der Aufwendungen der Arbeitnehmer für ihre private Altersvorsorge („Riester-Rente“) auch eine entsprechende Änderung. Steigt beispielsweise der Beitragssatz beziehungsweise der Altersvorsorgeanteil, führt dies zu einer geringeren Erhöhung des aktuellen Rentenwerts.

Der Nachhaltigkeitsfaktor soll die Relation von Rentenbeziehern zu Beitragszahlern wiedergeben. Hierbei werden die Entwicklung der Lebenserwartung, die der Geburten und die der Erwerbstätigkeit berücksichtigt. Je stärker also die Zahl von Rentenempfängern zu Beitragszahlern steigt, desto größer wird der Nachhaltigkeitsfaktor, und desto geringer werden die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung angepasst. Weniger Beitragszahler führen so zu geringeren Rentenerhöhungen. Steigt hingegen die Zahl der Beitragszahler, steigen auch die Renten.

Der in den Jahren 2005 bis 2010 entstandene Ausgleichsbedarf wurde anlässlich der Rentenanpassungen 2011 bis 2014 vollständig abgebaut.

Bei der Rentenanpassung verhindert eine Schutzklausel, dass sich der aktuelle Rentenwert (und die Bruttorente) verringert. Die unterbliebene Minderungswirkung (negative Rentenanpassung) wird als Ausgleichsbedarf bezeichnet.

Der durch die Schutzklausel entstandene Ausgleichsbedarf wird mit künftigen positiven Rentenanpassungen verrechnet. Eine sich ergebende Rentenerhöhung wird dann um die Hälfte verringert, um den Ausgleichsbedarf abzubauen. Für die

Bestimmung des Ausgleichsbedarfs wird ein Ausgleichsfaktor gebildet. Seit dem 1. 7. 2018 besteht kein Ausgleichsbedarf, sodass der Ausgleichsfaktor in den alten und neuen Bundesländern 1,0000 also 0 % beträgt.

Das Sicherungsniveau vor Steuern wird errechnet, indem jeweils die verfügbare Standardrente mit dem verfügbaren Durchschnittsentgelt ins Verhältnis gesetzt wird.

Für die im Zeitraum vom 1. 7. 2019 bis zum 1. 7. 2025 stattfindenden Rentenanpassungen wurde die Rentenanpassungsformel um eine Niveausicherungsklausel ergänzt, die die Einhaltung eines Sicherungsniveaus vor Steuern von mindestens 48 Prozent garantieren soll. Sollte die verfügbare Standardrente das Sicherungsniveau vor Steuern von mindestens 48 Prozent nicht erreichen, erfolgt eine entsprechende Anhebung.

Um das Resultat der Niveauschutzklausel – auch nachträglich – nicht durch den Aufbau eines Ausgleichsbedarfs zu gefährden, wurde der Ausgleichsfaktor für die Zeit bis zum 30. 6. 2026 mit einem Wert in Höhe von 1,0000 festgelegt. Bei den in der Zeit bis zum 1. 7. 2026 stattfindenden Rentenanpassungen verhindert dies die Verrechnung von eventuell in der Vergangenheit nicht vollzogenen Rentenkürzungen mit späteren Rentenerhöhungen.

Wegen des unterschiedlichen Rentenniveaus in den alten und den neuen Bundesländern wird es noch bis zum 30. 6. 2024 einen aktuellen Rentenwert und einen niedrigeren aktuellen Rentenwert (Ost) geben.

Versicherte, die bereits am 18. 5. 1990 in den alten Bundesländern wohnten, erhalten für die bis dahin zurückgelegten Zeiten in der DDR Entgeltpunkte.

Solange muss auch in Entgeltpunkte und in Entgeltpunkte (Ost) unterschieden werden, da die Berechnung von Renten, die auf Entgeltpunkten (Ost) beruhen, noch bis zum 30. 6. 2024 auf Grundlage des niedrigeren aktuellen Rentenwerts (Ost) erfolgt. Entgeltpunkte (Ost) erhalten Versicherte hauptsächlich für rentenrechtliche Zeiten, die in der ehemaligen DDR beziehungsweise in den neuen Bundesländern bis zum 30. 6. 2024 zurückgelegt wurden.

Sind in der Zeit bis zum 30. 6. 2024 sowohl Entgeltpunkte als auch Entgeltpunkte (Ost) vorhanden, werden jeweils getrennte Monatsteilbeträge für die persönlichen Entgeltpunkte und für die persönlichen Entgeltpunkte (Ost) errechnet. Die Summe aus den Teilbeträgen ergibt den Monatsbetrag der Rente.

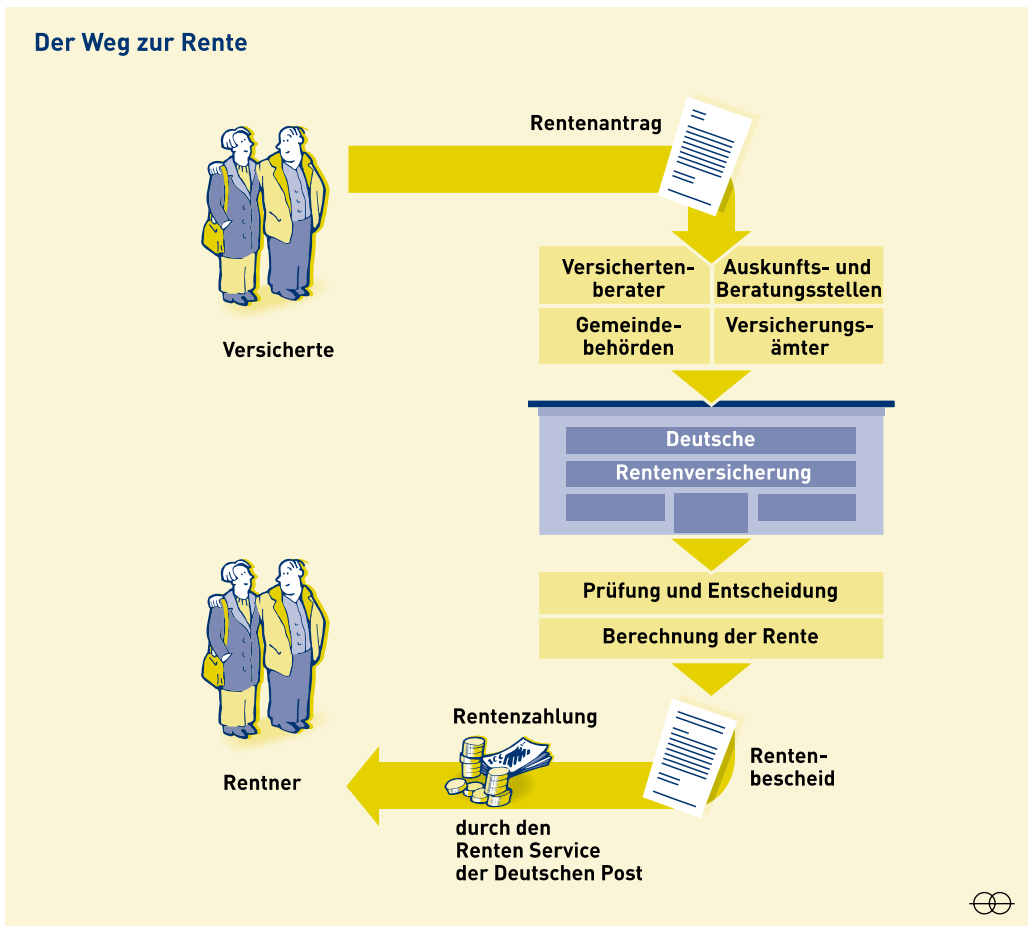
Nach der vollständigen Angleichung des Rentenniveaus werden die bisherigen Entgeltpunkte (Ost) ab 1. 7. 2024 durch Entgeltpunkte ersetzt. Ab 1. 7. 2024 können im gesamten Bundesgebiet nur noch Entgeltpunkte erworben werden. Die Rentenberechnung erfolgt dann mit dem bundeseinheitlichen aktuellen Rentenwert.

Der Monatsbetrag der Rente

wird auf den Cent genau ausgerechnet.

Die monatliche Rente erhöht sich um die Zusatzleistung für Beiträge zur Höherversicherung.

Außerdem sind Leistungen für Kindererziehung zu zahlen. Diese erhalten Mütter, die vor 1921 geboren sind und am 18. 5. 1990 in den alten Bundesländern wohnten, für ihre in Deutschland geborenen Kinder. Mütter aus den neuen Bundesländern erhalten diese Leistung, wenn sie vor 1927 geboren sind.



Schutz der Rentenansprüche des Beitrittsgebiets

Denjenigen, die bereits am 31. 12. 1991 Rentner waren, ist mindestens die Rente zu zahlen, die sie im Dezember 1991

erhielten. Die sich für den individuellen Versicherungsverlauf nach Bundesrecht ergebende Rente ist auf diesen Betrag aufzufüllen.

Bei Versicherten oder Hinterbliebenen, deren Rente in der Zeit vom 1. 1. 1992 bis zum 31. 12. 1996 begonnen hat, war zu prüfen, ob sich eine günstigere Rente nach dem Recht im Beitrittsgebiet am 31. 12. 1991 ergeben hätte. Wäre das der Fall gewesen, wurde die Rente, die sich nach Bundesrecht ergab, um einen Renten- oder Übergangszuschlag auf diesen Betrag erhöht.

Der Auffüllbetrag beziehungsweise der Rentenzuschlag wird seit 1996 mit den Erhöhungsbeträgen aus einer Rentenanpassung verrechnet.

Merke:

Der Monatsbetrag der Rente ergibt sich, indem die persönlichen Entgeltpunkte, der Rentenartfaktor und der aktuelle Rentenwert miteinander vervielfältigt werden.

Die Entgeltpunkte für Beitragszeiten spiegeln das Arbeitsleben des Versicherten wider. Wer in einem Jahr den Arbeitsverdienst hat, der dem durchschnittlichen Arbeitsverdienst aller Arbeitnehmer entspricht, erwirbt für dieses Jahr einen Entgeltpunkt.

Der Rentenartfaktor für die Altersrente beträgt 1,0. Gleich hoch ist er für die Rente wegen voller Erwerbsminderung. Für die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung beträgt er 0,5. Für die große Witwenrente ist er auf 0,55 beziehungsweise 0,6 und für die kleine Witwenrente auf 0,25 festgesetzt. Bis zum Ende der ersten drei Kalendermonate nach dem Todesmonat beträgt er 1,0 (Sterbeübergangszeit).

Der aktuelle Rentenwert ist der Monatsbetrag der Rente für einen Entgeltpunkt. Er dient der Dynamisierung der Rente. Für die neuen Bundesländer gibt es einen aktuellen Rentenwert Ost.

Zum 1. 7. eines jeden Jahres wird ein neuer aktueller Rentenwert bestimmt. Mit dem neuen aktuellen Rentenwert wird ein neuer Monatsbetrag der Rente errechnet. Die letzte Rentenerhöhung war am 1. 7. 2019.

Krankenversicherung der Rentner

Rentner, die mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte ihres Arbeitslebens Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse waren, sind während des Rentenbezugs in der Krankenversicherung pflichtversichert. Ihre Angehörigen, die kein eigenes Einkommen haben, besitzen ebenfalls einen Krankenversicherungsschutz.

Die Rentner und ihre Angehörigen erhalten die gleichen Leistungen wie alle übrigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Krankengeld bekommen sie nicht.

Lesen Sie dazu bitte auch Seite 140.

Für Rentner, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, gilt der für alle Krankenkassen gültige allgemeine Beitragssatz in Höhe von 14,6 %. Außerdem muss ein kassenindividueller Zusatzbeitrag gezahlt werden, wenn die Krankenkasse des Rentners diesen erhebt.

Bis zum 31.12.2018 mussten die Rentner den kassenindividuellen Zusatzbeitrag allein zahlen.

Die Rentner selbst zahlen von ihrer Rente die Hälfte der Krankenkassenbeiträge, die auf der Grundlage der beiden Beitragssätze berechnet wurden. Die Rentenversicherung zahlt die andere Hälfte.

Beitragszuschuss

Rentner, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder privat krankenversichert sind, erhalten zu ihrer Rente einen monatlichen Zuschuss zu den Aufwendungen für ihre Krankenversicherung.

Der Beitragszuschuss für freiwillig sowie privat krankenversicherte Rentner wurde bis zum 31.12.2018 in Höhe des halben allgemeinen Beitragssatzes (7,3 %) geleistet.

Der Zuschuss für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte entspricht dem Beitragsanteil, den die Rentenversicherung für einen pflichtversicherten Rentner aufbringen müsste. Der monatliche Beitragszuschuss beträgt die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung (7,3 %) zuzüglich des halben kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes.

Im Jahr 2019 beträgt der Beitragszuschuss für privat krankenversicherte Rentner 7,75 % (7,3 + 0,45) der Rente.

Der Beitragszuschuss für privat krankenversicherte Rentner wird in Höhe des halben allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich des halben durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes geleistet. Der monatliche Zuschuss wird auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung begrenzt.



Merke:

Für Renten von versicherungspflichtigen Rentnern sind der allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse maßgebend.

Der Rentner und die Rentenversicherung tragen jeweils die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes sowie die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes als Krankenversicherungsbeitrag.

Rentner, die freiwillig oder privat krankenversichert sind, erhalten einen Beitragszuschuss. Für Privatversicherte darf der Zuschuss nicht höher als die Hälfte des Beitrages sein.

Pflegeversicherung der Rentner

Rentner, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert oder freiwillige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse sind, sind in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert.

Sie erhalten die gleichen Leistungen der Pflegeversicherung wie andere Pflegeversicherte, müssen aber auch die gleichen Beiträge zahlen.

Die Beiträge der Rentner, die auch in der Krankenversicherung pflichtversichert sind, werden vom Rentenversicherungsträger bei der Rentenzahlung einbehalten. Der Rentner trägt den Beitrag zur Pflegeversicherung allein.

Merke:

Rentner sind in der Pflegeversicherung pflichtversichert. Sie zahlen die gleichen Beiträge wie andere Versicherte der Pflegeversicherung.

Der Rentner trägt den Beitrag zur Pflegeversicherung allein.

Besteuerung von Renten und Beiträgen

Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung werden grundsätzlich zur Hälfte vom Arbeitgeber und zur Hälfte vom Arbeitnehmer gezahlt. Da der Arbeitgeberbeitrag zusätzlich steuerfrei zum Arbeitsentgelt gewährt wird, stellt dieser für den Arbeitnehmer eine steuerfreie Einnahme dar, für die keine Steuer zu zahlen ist.

Seit 2005 unterliegen Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, der landwirtschaftlichen Alterskassen, der berufsständischen Versorgungswerke und bestimmte private Leibrenten – ebenso wie bisher schon die Beamtenpensionen – der sogenannten nachgelagerten Besteuerung. Das bedeutet, dass während des Arbeitslebens die Altersvorsorgeaufwendungen (zum Beispiel die Rentenversicherungsbeiträge) steuerfrei bleiben und später die Rente voll besteuert wird.

Da die Beiträge für die Altersvorsorge nur schrittweise von der Steuer freigestellt werden können, wird auch die nachgelagerte Besteuerung der Renten Schritt für Schritt umgesetzt.

Der Höchstbetrag 2019 beträgt für Alleinstehende 24 305 Euro, für Ehepaare 48 610 Euro. Zum knappschaftlichen Höchstbeitrag siehe Seite 84 und 85.

Der Gesamtbeitrag (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil) für die Altersvorsorge ist bis zu einem Höchstbeitrag steuerlich absetzbar. Bei steuerlich zusammenveranlagten Ehepartnern verdoppelt er sich. Seit 2015 entspricht der Höchstbetrag dem maximalen Rentenversicherungsbeitrag der knappschaftlichen Rentenversicherung.

Die Steuerfreistellung begann 2005 mit 60 % der Beiträge. Seitdem steigt der Anteil jedes Jahr um 2 %. Im Jahr 2025 sind die Beiträge zur Altersvorsorge zu 100 % abziehbar.

Für Bestandsrentner und Neuzugänge des Jahres 2005 betrug der steuerpflichtige Anteil der Renten 50 %. Bei Rentenzugängen seit 2006 steigt dieser Anteil bis 2020 jährlich um zwei Prozentpunkte auf 80 % und danach um einen Prozentpunkt jährlich auf 100 % im Jahr 2040.

Der steuerfreie Anteil der Rente wird als persönlicher Rentenfreibetrag festgeschrieben und ändert sich für die Dauer des Rentenbezugs grundsätzlich nicht mehr.



Merke:

Renten der gesetzlichen Rentenversicherung werden seit dem Jahr 2005 nachgelagert besteuert, also erst dann, wenn sie bezogen werden. Dafür werden die Beiträge für die Altersvorsorge bis zu einer Höchstgrenze steuerfrei gestellt.

Sowohl die Besteuerung der Renten als auch die Freistellung der Beiträge erfolgt schrittweise. Die volle Besteuerung der Renten erfolgt erst ab 2040, die volle Freistellung der Beiträge von der Steuer bereits im Jahr 2025.

Versicherungsträger und Zuständigkeit

Die Rentenversicherung wird von besonderen öffentlich-rechtlichen Körperschaften durchgeführt, also nicht von privaten Unternehmen. Sie verwalten sich selbst durch eigene Organe (Vertreterversammlung, Vorstand). Diese Organe setzen sich je zur Hälfte aus ehrenamtlichen Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen. Für die Deutsche Rentenversicherung Bund gelten Besonderheiten.

Schon Geschichte: BfA und LVAen

Bis zum 30.9.2005 wurde die gesetzliche Rentenversicherung für die Angestellten bundesweit von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und die Arbeiterrentenversicherung regional von 22 Landesversicherungsanstalten (LVAen) durchgeführt. Für die Beschäftigten in den Branchen der Knappschaft, Bahn oder See war jeweils ein eigenständiger Rentenversicherungsträger (Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt oder Seekasse) bundesweit zuständig. Die Spitzenverbandsfunktion nahm der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger e.V. (VDR) wahr.

Seit 1. 10. 2005: Deutsche Rentenversicherung

Die BfA wurde unter dem Namen „Deutsche Rentenversicherung Bund“ fortgeführt. Sitz der Deutschen Rentenversicherung Bund ist Berlin mit Verwaltungsstellen in Gera, Stralsund, Brandenburg/Havel und Würzburg. Der VDR wurde am

1. 10. 2005 in die Deutsche Rentenversicherung Bund eingegliedert. Die Deutsche Rentenversicherung Bund ist der zentrale Bundesträger, der auch die Grundsatz- und Querschnittsaufgaben der Deutschen Rentenversicherung wahrnimmt.

Die Regionalebene wurde aus den bisherigen Landesversicherungsanstalten gebildet. Aus der LVA Westfalen wurde beispielsweise der Regionalträger Deutsche Rentenversicherung Westfalen. Durch Fusionen hat sich außerdem auf der Regionalebene die Anzahl der Rentenversicherungsträger von 20 auf 14 verringert.

Die Bundesknappschaft wird unter dem Namen „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ mit Sitz in Bochum fortgeführt. Die Bahnversicherungsanstalt und die Seekasse wurden aufgelöst und gingen in der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See auf.

Neue Zuständigkeiten

Neue Versicherte werden im Verhältnis von 45 % zu 55 % über ein spezielles Vergabeverfahren anhand ihrer Versicherungsnummer der Bundes- oder Regionalebene zugeordnet – die Art der ausgeübten Tätigkeit spielt keine Rolle mehr. Das erfolgt ganz überwiegend elektronisch über die Datenstelle der Rentenversicherung.

Die zentrale Datenstelle befindet sich in Würzburg.

Innerhalb der Bundesebene werden die Versicherten im Verhältnis von 40 % zu 5 % zwischen der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See verteilt. Für die Beschäftigten in den Branchen der Knappschaft, Bahn oder See ist vorrangig die Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zuständig. Diese Versicherten werden auf die Quote von 5 % angerechnet.

Innerhalb der Regionalebene bestimmt sich die Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger nach dem Wohnsitz des Versicherten. Bei der einmal festgelegten Zuständigkeitszuweisung zwischen der Bundes- und der Regionalebene verbleibt es unabhängig davon, welche Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit der Versicherte später ausübt. Eine Ausnahme bilden nur Beschäftigte, die in den Branchen der Knappschaft, Bahn oder See tätig sind oder waren. Wird erstmals eine Beschäftigung in diesen Branchen aufgenommen, wechselt die Zuständigkeit vom bisherigen Träger zur Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

Zuständigkeitswechsel können auch innerhalb der Regional-ebene auftreten, wenn der Versicherte seinen Wohnort wechselt.

Versicherte, die bis 31. 12. 2004 bereits eine Versicherungsnummer erhalten haben, werden grundsätzlich von dem Rentenversicherungsträger weiterbetreut, der ihr Konto am 31. 12. 2004 geführt hat.

Die Versicherten der Jahrgänge 1945 und jünger werden in einem Zeitraum von 15 Jahren in einem Ausgleichsverfahren im Verhältnis von 45 % zu 55 % zwischen den Bundes- und Regionalträgern verteilt.

Auskunfts- und Beratungsstellen

Zu den gemeinsamen Aufgaben der Rentenversicherungsträger zählt auch die Gewährleistung der flächendeckenden Auskunft und Beratung der Versicherten, Rentner und Arbeitgeber zu allen Fragen der gesetzlichen Rentenversicherung. Im Bereich der Auskunft und Beratung werden an allen Standorten die gleichen Aufgaben wahrgenommen, damit in der Regel bundesweit ein einheitliches Serviceangebot für alle Kunden der Deutschen Rentenversicherung besteht.

Die Regionalträger unterhalten für den Bereich der Auskunft und Beratung in der allgemeinen Rentenversicherung ein Dienststellennetz für die Deutsche Rentenversicherung.

Die Bundesträger können an ihren jeweiligen Standorten die ihnen obliegenden Auskunfts- und Beratungspflichten selbst erfüllen. Dies geschieht in den Auskunfts- und Beratungsstellen an den Standorten der Deutschen Rentenversicherung Bund in Berlin, Gera, Stralsund und Brandenburg/Havel.

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt an ihren Standorten die Auskunft und Beratung ebenfalls selbst durch. Das sind die Standorte in Bochum, Berlin, Bergheim, Chemnitz, Cottbus, Frankfurt/Main, Hamburg, Hannover, Karlsruhe, Kassel, Moers, München, Münster, Rosenheim, Saarbrücken und Wuppertal. Die an weiteren Standorten bestehenden knappschaftlichen Auskunfts- und Beratungseinrichtungen nehmen neben ihren Aufgaben im Bereich der knappschaftlichen Krankenversicherung auch Auskunfts- und Beratungsaufgaben im Bereich der knappschaftlichen Rentenversicherung wahr.

Jugendkommunikation: Den richtigen Ton treffen

Rente und Reha gehen auch junge Menschen an, die lernen, auf eigenen Beinen zu stehen. Wer dazu Fragen hat, bekommt von der Jugendinitiative Rentenblicker der Deutschen Rentenversicherung verlässliche und verständliche Antworten.

Unter www.rentenblicker.de wird Grundwissen zum Rentensystem und zum Nutzen der gesetzlichen Rentenversicherung vermittelt. Jugendnahe Aspekte wie die Absicherung während eines Ferien- oder Minijobs, Kinder- und Jugendrehabilitation oder die Hinterbliebenenrente stehen dabei im Vordergrund. Über ein Onlineformular kann man direkt Kontakt zum Rentenblicker aufnehmen – die Fachleute der Deutschen Rentenversicherung helfen gern weiter.

Die Website spricht Jugendliche in ihren Lebenswelten an und bündelt Informationen für Schüler, Auszubildende, Studierende und Berufsstarter. Ergänzend erscheinen eine Infobroschüre und praxisnahe Unterrichtsmaterialien für Lehrer und Schüler. Außerdem können hier Referenten der Deutschen Rentenversicherung für den Schulunterricht angefordert werden. Tipps für Schülerzeitungsmacher runden das Angebot ab.



Rente und junge Leute – das muss kein Widerspruch sein. Besuchen Sie uns doch auf unserer Website www.rentenblicker.de! Hier finden Sie alles Wissenswerte rund um die Rente – leicht verständlich, informativ und jugendgemäß.

Knappschaftliche Rentenversicherung

Die knappschaftliche Versicherung schützt eine besondere Berufsgruppe: die in bergmännischen Betrieben beschäftigten Arbeitnehmer, die Bergleute, die Knappen. Sie ist der älteste Zweig der Sozialversicherung. Ursprünglich war sie wegen der besonderen Gefährdung in diesem Beruf gegründet worden. Heute ist sie ein Teil des gesetzlichen Schutzes der Sozialversicherung.

Die knappschaftliche Versicherung umfasst sowohl die Kranken- und Pflegeversicherung als auch die Rentenversicherung.

Die knappschaftliche Krankenversicherung richtet sich ausschließlich nach den Vorschriften der allgemeinen Krankenversicherung. Maßgebend sind damit allein die im Abschnitt Krankenversicherung erläuterten Regeln.

Für die knappschaftliche Rentenversicherung ist vom 1. 1. 1992 an die gesetzliche Grundlage das Sechste Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB VI). Das SGB VI gilt gleichermaßen für die allgemeine Rentenversicherung. Es enthält jedoch für die knappschaftliche Rentenversicherung so viele Besonderheiten, dass es sinnvoll ist, diese separat zu erläutern.

Die Aufgaben der knappschaftlichen Rentenversicherung sind die gleichen wie in der allgemeinen Rentenversicherung.

Versicherte Personen

Die knappschaftliche Rentenversicherung ist hauptsächlich für Versicherte zuständig, die in einem knappschaftlichen Betrieb beschäftigt sind.

Knappschaftliche Betriebe sind alle Betriebe, in denen Mineralien oder ähnliche Stoffe bergmännisch gewonnen werden oder in denen üblicherweise unter Tage gearbeitet wird. Die Versicherungspflicht in der knappschaftlichen Rentenversicherung richtet sich nach den Regeln, die auch für die allgemeine Rentenversicherung gelten. Freiwillig kann man ihr nicht beitreten.

Merke:

Die knappschaftliche Rentenversicherung bietet einen besonderen Schutz für die in knappschaftlichen Betrieben beschäftigten Arbeitnehmer und deren Hinterbliebene. Er geht über den Schutz der allgemeinen Rentenversicherung hinaus, weil die Beschäftigung als Bergmann als besonders gefährlich galt.

Finanzierung

Die Finanzierung der knappschaftlichen Rentenversicherung hat zwei Grundlagen: den Beitrag des Versicherten und den Beitrag des Arbeitgebers. Der Bund zahlt einen Zuschuss.

Die Zuschusshöhe richtet sich nach dem Unterschiedsbetrag zwischen den Einnahmen aus den Beiträgen und den Ausgaben. Weil die Beiträge nur zu einem geringen Teil die Ausgaben decken, ist er wesentlich höher als in der allgemeinen Rentenversicherung.

Beitragslast und Beitragshöhe

Wer pflichtversichert ist, braucht seinen Beitrag nicht allein zu tragen. Der Arbeitgeber zahlt mehr als die Hälfte der Beiträge. Die Beitragshöhe richtet sich nach dem Arbeitsverdienst, soweit dieser die Beitragsbemessungsgrenze nicht überschreitet. Sie beträgt 2019 in den alten Bundesländern monatlich 8 200 Euro und in den neuen Bundesländern 7 600 Euro.

Der Beitrag beträgt vom 1. 1. 2018 an 24,7 % des Arbeitsverdienstes. Hiervon zahlt der Arbeitnehmer so viel wie in der allgemeinen Rentenversicherung, das sind 9,3 %. Der Arbeitgeber trägt den übrigen Beitragsanteil.

Nachweis der Beiträge

Knappschaftliche Betriebe übermitteln die Meldungen und Beitragsnachweise für ihre Beschäftigten durch elektronische Datenübertragung an die Einzugsstellen.

Das knappschaftliche Meldeverfahren weicht teilweise vom allgemeinen Verfahren ab, da die knappschaftlichen Besonderheiten berücksichtigt werden müssen (zum Beispiel ständige Arbeiten unter Tage). Die Einzugsstellen leiten die Meldungen an die entsprechenden Sozialversicherungsträger weiter. Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See nimmt diese Meldung in das für jeden Versicherten geführte maschinelle Konto auf.

Das allgemeine Meldeverfahren wird ab Seite 138 beschrieben.



Merke:

Die Finanzierung der knappschaftlichen Rentenversicherung hat zwei Grundlagen: den Beitrag des Versicherten und den Beitrag des Arbeitgebers; der Bund zahlt einen erheblichen Zuschuss.

Der monatliche Beitrag des Pflichtversicherten ist so hoch wie in der allgemeinen Rentenversicherung. Das sind vom 1. 1. 2018 an 9,3 % des Arbeitsverdienstes bis zur Beitragsbemessungsgrenze.

Rehabilitation

Die knappschaftlichen Leistungen zur Rehabilitation sind die gleichen wie in der allgemeinen Rentenversicherung.

Sie werden hauptsächlich in den eigenen Rehabilitationskliniken der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See durchgeführt.

Rentenarten

Die knappschaftliche Rentenversicherung zahlt unter den gleichen Voraussetzungen wie die allgemeine Rentenversicherung Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Altersrenten und Renten wegen Todes. Wegen der besonderen Gefährdung des Bergmannes gibt es zusätzlich die Rente für Bergleute, die Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute und die Knappschaftsausgleichsleistung.

Zur Regelaltersgrenze siehe Seite 61.

Rente für Bergleute

erhält der Versicherte bis zur Regelaltersgrenze, der

- im Bergbau vermindert berufsfähig ist,
- in den letzten fünf Jahren vor der verminderten Berufsfähigkeit drei Jahre knappschaftliche Pflichtbeiträge gezahlt hat und
- die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren in der knappschaftlichen Rentenversicherung vor der verminderten Berufsfähigkeit erfüllt hat.

Vermindert berufsfähig im Bergbau ist der Versicherte, der wegen Krankheit oder Behinderung nicht imstande ist, die bisher ausgeübte knappschaftliche Beschäftigung oder eine andere gleichwertige Beschäftigung auszuüben.

Die Rente für Bergleute erhält außerdem der Versicherte, der

- das 50. Lebensjahr vollendet hat,
- eine der knappschaftlichen Beschäftigung gleichwertige Beschäftigung nicht mehr ausüben kann und
- die Wartezeit von 25 Jahren mit Beitragszeiten aufgrund einer Beschäftigung mit ständigen Arbeiten unter Tage erfüllt hat.

Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute

erhält der Versicherte, der

- das 62. Lebensjahr vollendet hat und
- die Wartezeit von 25 Jahren mit Beitragszeiten aufgrund einer Beschäftigung mit ständigen Arbeiten unter Tage erfüllt hat.

Für Versicherte, die Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus oder Knappschaftsausgleichsleistung bezogen haben, wird die Altersgrenze von 60 Jahren nicht angehoben.

Geburtsjahrgänge bis 1951 erhielten diese Altersrente frühestens mit 60 Jahren. Für die Jahrgänge 1952 bis 1963 erfolgt eine stufenweise Anhebung.

Knappschaftsausgleichsleistung

können insbesondere Versicherte beanspruchen, die

- nach Vollendung des 55. Lebensjahres aus einem knappschaftlichen Betrieb ausscheiden und

- die Wartezeit von 25 Jahren mit Beitragszeiten aufgrund einer Beschäftigung mit ständigen Arbeiten unter Tage erfüllen.

Die Wartezeit von 25 Jahren kann auch mit anderen knappschaftlichen Beitragszeiten erfüllt werden, wenn die zuletzt unter Tage ausgeübte Beschäftigung aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben werden musste.

Merke:

Renten aus der knappschaftlichen Rentenversicherung sind unter den gleichen Voraussetzungen zu zahlen wie aus der allgemeinen Rentenversicherung.

Zusätzlich gibt es Rente für Bergleute, Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute und Knappschaftsausgleichsleistung. Hierfür gelten besondere Wartezeiten. Sie können nur mit Beitragszeiten in der knappschaftlichen Rentenversicherung erfüllt werden, die Wartezeit von 25 Jahren sogar nur mit Beitragszeiten für eine Beschäftigung mit ständigen Arbeiten unter Tage.



Rentenhöhe

Der monatliche Rentenbetrag ist nach der gleichen Formel zu berechnen wie in der allgemeinen Rentenversicherung. Die knappschaftliche Rentenversicherung kennt aber andere Rentenartfaktoren als die allgemeine Rentenversicherung. Mit diesen besonderen Faktoren wird der größeren Gefährdung der Bergleute Rechnung getragen.

Der Rentenartfaktor für die knappschaftlichen Entgeltpunkte beträgt für die Altersrente 1,3333. Für die Rente wegen voller Erwerbsminderung ist er gleich hoch. Für die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung beträgt er 0,6, jedoch 0,9, solange eine knappschaftliche Beschäftigung nicht ausgeübt wird. Bei der Rente für Bergleute ist der Rentenartfaktor 0,5333.

Der Rentenartfaktor für die große Witwen- und Witwerrente beträgt 0,7333. Er beträgt jedoch 0,8, wenn der Ehepartner vor dem 1. 1. 2002 gestorben ist oder die Ehe vor diesem Zeitpunkt geschlossen wurde und mindestens ein Ehepartner vor dem 2. 1. 1962 geboren ist. Für die kleine Witwen- und Witwerrente ist der Rentenartfaktor 0,3333. Für die Sterbeübergangszeit ist bei beiden Renten 1,3333 maßgebend.

Die Sterbeübergangszeit („Sterbevierteljahr“) endet drei Kalendermonate nach dem Tod des Versicherten.

Bei Halbwaisenrenten beträgt der Rentenartfaktor 0,1333 und bei Vollwaisenrenten 0,2667.

Lesen Sie hierzu auch ab Seite 71.

Der aktuelle Rentenwert

ist in der knappschaftlichen Rentenversicherung und in der allgemeinen Rentenversicherung gleich hoch.

Mehr Informationen gibt es ab Seite 74.

Der Monatsbetrag der Rente

ist ebenso zu berechnen wie in der allgemeinen Rentenversicherung. Hat der Versicherte sowohl persönliche Entgeltpunkte zur knappschaftlichen als auch zur allgemeinen Rentenversicherung erworben, werden aus den persönlichen Entgeltpunkten der knappschaftlichen und der allgemeinen Rentenversicherung unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Rentenartfaktoren Monatsteilbeträge ermittelt. Die Summe aus diesen Monatsteilbeträgen ist der Monatsbetrag der Rente.

Hinzu kommen zusätzliche Entgeltpunkte für ständige Arbeiten unter Tage (Leistungszuschlag).

Die Knappschaftsausgleichsleistung wird wie eine Rente wegen voller Erwerbsminderung berechnet. Allerdings wird keine Zurechnungszeit berücksichtigt. Es werden nur die persönlichen Entgeltpunkte aus der knappschaftlichen Rentenversicherung ohne die zusätzlichen Entgeltpunkte für ständige Arbeiten unter Tage (Leistungszuschlag) herangezogen.



Merke:

Die Rentenformel für die knappschaftliche Rentenversicherung entspricht der für die allgemeine Rentenversicherung. Für sie gelten jedoch besondere Rentenartfaktoren. Außerdem gibt es noch Vergünstigungen für ständige Arbeiten unter Tage.

Sind auch Entgeltpunkte in der allgemeinen Rentenversicherung vorhanden, sind für die jeweiligen Entgeltpunkte Monatsteilbeträge zu errechnen. Die Summe daraus ist die zu zahlende Rente.

Versicherungsträger

Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See mit Sitz in Bochum. Sie führt seit 1. 10. 2005 die Aufgaben der Bundesknappschaft sowie die der aufgelösten Bahnversicherungsanstalt und Seekasse fort.

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist – wie alle Träger der Sozialversicherung – eine Körperschaft des

öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Das bedeutet, dass Versicherte und Arbeitgeber durch ihre gewählten Vertreter in den Organen die Aufgaben der Sozialversicherung in eigener Verantwortung wahrnehmen und erfüllen.

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See betreut insgesamt 5 % aller Rentenversicherten. Sie ist vorrangig für die Beschäftigten in den Branchen der Knappschaft, Bahn oder See zuständig. Diese Versicherten werden auf die Quote von 5 % angerechnet. Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist also sowohl Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung als auch der allgemeinen Rentenversicherung.

Außerdem ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ein umfassender Sozialversicherungsträger, zu dessen Verbund die Kranken- und Pflegeversicherung, das eigene Medizinische Netz, die Renten-Zusatzversicherung, die Seemannskasse sowie die Minijob-Zentrale gehören.

Für die Bereiche der Kranken- und Pflegeversicherung gelten für sie die allgemeinen Regelungen. Sie ist auch in Bezug auf die Wählbarkeit den anderen Krankenkassen gleichgestellt und nimmt dadurch umfassend am Kassenwettbewerb teil.

Das eigene Medizinische Netz besteht aus niedergelassenen Ärzten, modernen Krankenhäusern und Reha-Kliniken sowie einem Sozialmedizinischen Dienst.

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See betreibt eine eigenständige, betriebliche Altersvorsorge des öffentlichen Dienstes und ergänzt die gesetzliche Rentenversicherung für Eisenbahner.

Die Seemannskasse ist eine Vorruhestands- und Zusatzversorgungskasse für Seeleute. Die Selbstverwaltungsorgane und die Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See vertreten und verwalten die Seemannskasse nach dem für die Rentenversicherungsträger geltenden Recht sowie nach Maßgabe der Satzung der Seemannskasse.

Die Minijob-Zentrale ist bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als zentrale Einzugs- und Meldestelle für geringfügige versicherungsfreie Beschäftigungen eingerichtet. Sie berät Arbeitgeber und Beschäftigte, erhält Meldungen sowie Beitragsnachweise und zieht die Pauschalabgaben ein.

Alterssicherung der Landwirte

Die Alterssicherung schützt die Landwirte bei Gefährdung und Minderung der Erwerbsfähigkeit, im Alter sowie bei Tod die Hinterbliebenen.

Gesetzliche Grundlage ist das Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte. Es ist Teil des Agrarsozialreform-Gesetzes vom 29. 7. 1994 und am 1. 1. 1995 in Kraft getreten.

Folgende Leistungen können in der Alterssicherung der Landwirte in Anspruch genommen werden:

- Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation, zur Nachsorge sowie ergänzende und sonstige Leistungen zur Teilhabe einschließlich Betriebs- oder Haushaltshilfe,
- Renten wegen Erwerbsminderung und Alters,
- Renten wegen Todes,
- Beitragszuschüsse sowie
- Betriebs- und Haushaltshilfe oder sonstige Leistungen zur Aufrechterhaltung des Unternehmens der Landwirtschaft.

Die Landabgaberente und die Produktionsaufgaberente einschließlich des Flächenzuschlags und des Ausgleichsgeldes sind Leistungen, die als strukturpolitische Maßnahme im Bereich der Landwirtschaft vorgesehen waren. Personen, die in der Vergangenheit einen Anspruch auf diese Leistungen erworben haben, erhalten diese auch weiterhin. Verstirbt der Empfänger einer Landabgaberente nach dem 31. 12. 1994, erhält die Witwe oder der Witwer Landabgaberente, wenn sie nicht wieder geheiratet haben und nicht Landwirt sind.

Versicherte Personen

In der Alterssicherung der Landwirte kann man versicherungspflichtig oder freiwillig versichert sein. Bestimmte Personen gehören diesem Sicherungssystem nicht an oder können sich von der Versicherungspflicht befreien lassen.

Ehe- und Lebenspartner gelten als Landwirte.

Pflichtversicherte

Versicherungspflichtig sind Landwirte und mitarbeitende Familienangehörige. Landwirt ist, wer ein Unternehmen der Landwirtschaft betreibt, das eine bestimmte Mindestgröße erreicht.

Das Unternehmen muss auf Bodenbewirtschaftung beruhen; das sind Unternehmen der Land- und Forstwirtschaft einschließlich des Garten- und Weinbaus, der Fischzucht und der Teichwirtschaft. Die Imkerei, Binnenfischerei und Wanderschäferei gelten ebenfalls als solche Unternehmen. Die Mindestgröße richtet sich nach den örtlichen oder regionalen Gegebenheiten. Sie wird von der landwirtschaftlichen Alterskasse bestimmt. Maßstab für die Mindestgröße ist der Wirtschaftswert des Unternehmens, den die Finanzbehörde im Einheitswertbescheid festgesetzt hat.

Mitarbeitende Familienangehörige des Landwirts oder seines Ehe- oder Lebenspartners sind versicherungspflichtig, wenn sie hauptberuflich in seinem Unternehmen tätig sind. Familienangehörige sind Verwandte bis zum dritten Grad, Verschwägte bis zum zweiten Grad und Pflegekinder.

Ausnahme von der Versicherungspflicht

Versicherungsfrei sind Landwirte und mitarbeitende Familienangehörige, die jünger als 18 Jahre sind oder die die Regelaltersgrenze bereits erreicht haben und die bei Beginn der Versicherung die Wartezeit für eine Rente wegen Erwerbsminderung nicht mehr erfüllen können oder bereits eine vorzeitige Rente wegen Alters oder eine Rente wegen Erwerbsminderung beziehen. Familienangehörige sind außerdem versicherungsfrei, solange sie selbst als Landwirt versichert sind.

Zur Regelaltersgrenze siehe Seite 61.

Landwirte und mitarbeitende Familienangehörige werden auf Antrag von der Versicherungspflicht in der Alterssicherung befreit, solange sie anderes Einkommen beziehen, das jährlich 4800 Euro überschreitet. Sie werden auch befreit, wenn sie wegen der Erziehung eines Kindes oder der Pflege eines Pflegebedürftigen in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig sind.

Freiwillig Versicherte

Die Versicherung in der Alterssicherung können die Personen freiwillig fortsetzen (freiwillige Weiterversicherung), die als Landwirt nicht mehr versicherungspflichtig sind und die Wartezeit von fünf Jahren erfüllt, aber die Wartezeit von 15 Jahren noch nicht erfüllt haben. Die Weiterversicherung muss allerdings innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende der Versicherungspflicht beantragt werden.

In der Alterssicherung können sich außerdem Ehe- und Lebenspartner von ehemaligen Landwirten freiwillig versichern, wenn sie selbst nicht versicherungspflichtig sind und der ehemalige Landwirt bereits eine Rente bezieht.



Merke:

Versicherungspflichtig sind Landwirte, die ein Unternehmen der Landwirtschaft betreiben, das auf Bodenbewirtschaftung basiert und eine bestimmte Mindestgröße erreicht.

Ehe- und Lebenspartner gelten als Landwirte.

Mitarbeitende Familienangehörige sind versicherungspflichtig, wenn sie hauptberuflich in dem Unternehmen des Landwirts tätig sind.

Finanzierung

Die Ausgaben der Alterssicherung werden durch Beiträge der Versicherten und Mittel des Bundes finanziert. Der Bund trägt den Unterschiedsbetrag zwischen den Einnahmen und den Ausgaben eines Kalenderjahres.

Im Jahr 2019 beträgt er monatlich 253 Euro in den alten und 234 Euro in den neuen Bundesländern.

Beitragshöhe und Beitragslast

Für die Alterssicherung der Landwirte und deren Ehe- oder Lebenspartner ist ein fester, vom Einkommen unabhängiger Beitrag zu zahlen. Er wird von der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung festgestellt. Für mitarbeitende Familienangehörige ist die Hälfte zu zahlen.

Der Landwirt trägt seine Beiträge allein. Ist der Ehe- oder der Lebenspartner ebenfalls als Landwirt versicherungspflichtig,

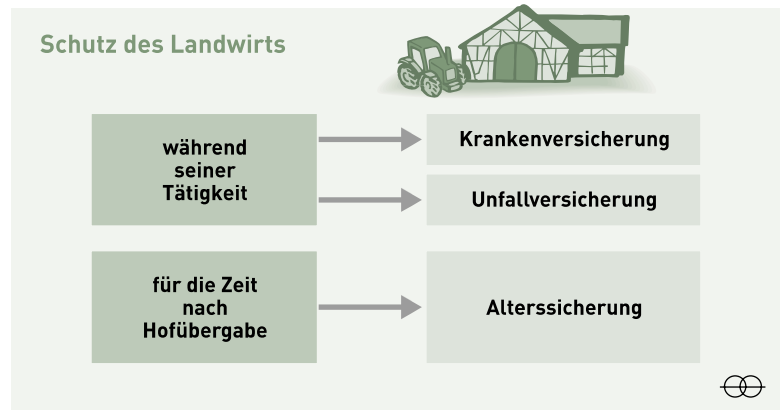
tragen beide die Beiträge gemeinsam. Die Beiträge für mitarbeitende Familienangehörige sind in voller Höhe vom Landwirt zu tragen. Freiwillig Versicherte zahlen ihre Beiträge selbst.

Beitragszuschüsse

Landwirte und Ehe- beziehungsweise Lebenspartner eines Landwirts erhalten auf Antrag einen Zuschuss zu ihrem Beitrag und dem Beitrag für ihre mitarbeitenden Familienangehörigen, wenn das jährliche Einkommen 15 500 Euro für Unverheiratete und 31 000 Euro für Verheiratete nicht übersteigt.

Der Zuschuss beträgt im Jahr 2019 zwischen 152 und 10 Euro in den alten und zwischen 140 und 9 Euro in den neuen Bundesländern.

Die Höhe des Beitragszuschusses ist an die Höhe des zu zahlenden Beitrages gekoppelt. Bis zu einem Jahreseinkommen von 8 220 Euro für Unverheiratete und 16 440 Euro für Verheiratete beträgt der Zuschuss 60 % des Beitrages. Bei höherem Einkommen sinkt der Beitragszuschuss stufenweise.



Rehabilitation

Ziel der Rehabilitation in der Alterssicherung der Landwirte ist, den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten vorzubeugen, entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.

Die Alterssicherung der Landwirte erbringt hierzu Leistungen zur Teilhabe; das sind
→ Leistungen zur Prävention,

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Nachsorge sowie
- ergänzende Leistungen.

Lesen Sie hierzu ab
Seite 54.

Medizinische Leistungen umfassen alle Leistungen, die auch die allgemeine Rentenversicherung als medizinische Leistungen zur Rehabilitation zu erbringen hat. Besonders hervorzuheben ist dabei die stationäre Heilbehandlung in Rehabilitationskliniken oder Spezialeinrichtungen.

Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sind

- Betriebs- und Haushaltshilfe,
- Fahr- und Reisekosten,
- Rehabilitationssport und Funktionstraining sowie
- Rehabilitationsnachsorge.

Lesen Sie hierzu
Seite 57.

Die Alterssicherung der Landwirte kann auch sonstige Leistungen zur Teilhabe erbringen, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Auch hier gelten die Regelungen der allgemeinen Rentenversicherung.

Rentenarten

Die Alterssicherung der Landwirte zahlt Renten wegen Erwerbsminderung, Altersrenten und Renten wegen Todes.

Renten wegen Erwerbsminderung

Landwirte (Unternehmer und Ehe- beziehungsweise Lebenspartner) erhalten eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung, wenn sie

- erwerbsgemindert im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung sind,
- vor Eintritt der Erwerbsminderung die Wartezeit von fünf Jahren erfüllt,
- in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung mindestens drei Jahre Pflichtbeiträge zurückgelegt haben.

Mitarbeitende Familienangehörige erhalten eine Erwerbsminderungsrente unter den gleichen Bedingungen.

Hinzuverdienst

Die Höhe einer Rente wegen Erwerbsminderung ist bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze von der Höhe des Hinzuverdienstes abhängig. Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung werden in voller Höhe oder in Höhe der Hälfte gezahlt. Renten wegen voller Erwerbsminderung können in voller Höhe, in Höhe von drei Vierteln, in Höhe der Hälfte oder in Höhe eines Viertels geleistet werden.

Ein zweimaliges Überschreiten um jeweils einen Betrag bis zur Hinzuverdienstgrenze ist im Laufe eines jeden Kalenderjahres unschädlich.

Die Hinzuverdienstgrenze beträgt im Jahr 2019 bei einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung in voller Höhe monatlich 2 149,35 Euro, in Höhe der Hälfte monatlich 2 616,60 Euro. Bei einer Rente wegen voller Erwerbsminderung in voller Höhe beträgt sie monatlich 450 Euro, in Höhe von drei Vierteln monatlich 1 588,65 Euro, in Höhe der Hälfte monatlich 2 149,35 Euro, in Höhe eines Viertels monatlich 2 616,60 Euro.

Für die neuen Bundesländer gelten bis zum 31. 12. 2024 – bis auf die Hinzuverdienstgrenze von monatlich 450 Euro – abweichende Hinzuverdienstgrenzen, die immer dann anzusetzen sind, wenn das anzurechnende Einkommen ausschließlich dort erzielt wird.

Wird eine Hinzuverdienstgrenze überschritten, aber die nächsthöhere Hinzuverdienstgrenze eingehalten, ist die Rente in der dann möglichen niedrigeren Höhe zu zahlen. Werden alle Hinzuverdienstgrenzen überschritten, kann keine Rente gezahlt werden. Der Rentenanspruch wird dadurch nicht berührt, sondern lediglich der Umfang der Rentenzahlung bestimmt. Als Hinzuverdienst zählen Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen und vergleichbares Einkommen sowie einige Sozialleistungen.

Arbeitseinkommen aus Land- und Forstwirtschaft wird nur berücksichtigt, wenn die rentenberechtigte Person Landwirt ist.

Altersrenten

Nach Erreichen der Regelaltersgrenze können Landwirte und deren mitversicherte Ehe- und Lebenspartner sowie mitarbeitende Familienangehörige eine Altersrente von der landwirtschaftlichen Alterskasse (LAK) beziehen. Außerdem besteht die Möglichkeit, vor Erreichen der Regelaltersgrenze eine vorzeitige Altersrente – grundsätzlich mit Abschlag – in Anspruch zu nehmen.

Zur Regelaltersgrenze siehe Seite 61.

Landwirte (Unternehmer und Ehe- beziehungsweise Lebenspartner) erhalten eine Regelaltersrente, wenn sie

- die Regelaltersgrenze erreicht und
- die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben.

Mitarbeitende Familienangehörige haben Anspruch auf Regelaltersrente, wenn sie

- die Regelaltersgrenze erreicht und
- die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben.

Vorzeitige Altersrenten

Landwirte können schon zehn Jahre vor Erreichen der Regelaltersgrenze eine vorzeitige Altersrente beziehen, wenn sie

- die Wartezeit von 15 Jahren erfüllen und
- der Ehepartner bereits Anspruch auf eine Regelaltersrente oder eine vorzeitige Altersrente nach Vollendung des 65. Lebensjahres aus der Alterssicherung der Landwirte hat oder gehabt hat.

Geburtsjahrgänge bis 1956 konnten diese Altersrente frühestens mit 55 Jahren erhalten. Bei den Jahrgängen 1957 bis 1963 wird die Altersgrenze stufenweise angehoben.

Das gilt auch für
mitarbeitende
Familienangehörige.

Landwirte können eine Altersrente für langjährig Versicherte frühestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres vorzeitig in Anspruch nehmen, wenn die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt ist.

Die vorzeitige Altersrente für langjährig Versicherte wird abschlagsfrei gezahlt, wenn für insgesamt 45 Jahre diese Zeiten zurückgelegt wurden:

- Pflichtbeiträge als Landwirt oder mitarbeitender Familienangehöriger,
- freiwillige Beiträge zur landwirtschaftlichen Alterskasse, sofern für mindestens 18 Jahre Pflichtbeiträge als Landwirt oder für mitarbeitende Familienangehörige vorhanden sind,
- Zeiten, die in der gesetzlichen Rentenversicherung auf die Wartezeit von 45 Jahren anrechenbar sind,
- Zeiten einer Beschäftigung oder Tätigkeit, in denen für besondere Personenkreise Versicherungsfreiheit vorgelegen hat beziehungsweise eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgte.

Vergleiche hierzu
Seite 50.

Dies trifft zum Beispiel
für Zeiten zu, in denen
der Landwirt Beamter
war.

Landwirte und mitarbeitende Familienangehörige der Jahrgänge bis 1952, die insgesamt 45 Jahre an entsprechenden Zeiten zurückgelegt haben, konnten die vorzeitige Altersrente für langjährig Versicherte frühestens mit 63 Jahren in Anspruch nehmen. Für die Jahrgänge 1953 bis 1963 wird die Altersgrenze von 63 Jahren für jeden Jahrgang jeweils um zwei Monate angehoben, bis sie das 65. Lebensjahr erreichen. Für die Jahrgänge ab 1964 gilt dann das vollendete 65. Lebensjahr als maßgebliches Alter für diese vorzeitige Altersrente.

Hinzuverdienst

Bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze sind bei den vorzeitigen Altersrenten Hinzuverdienstgrenzen zu beachten. Danach kann unbegrenzt hinzuverdient werden. Die Altersrente kann in voller Höhe oder als Teilrente in Anspruch genommen werden. Mit der Teilrente soll der Übergang in den Ruhestand erleichtert werden. Der Versicherte kann über die Teilrente steuern, in welchem Maße er einerseits noch arbeiten und andererseits den Ruhestand genießen will. Bei einem Überschreiten der Hinzuverdienstgrenze für eine Voll- beziehungsweise Teilrente wird eine niedrigere Teilrente gezahlt. Werden alle Hinzuverdienstgrenzen überschritten ruht die Altersrente.

Bestand am 31.12.2018 bereits ein Anspruch auf eine vorzeitige Altersrente, erfolgt keine Anrechnung der Hinzuverdienste.

Die Hinzuverdienstgrenze beträgt bei einer vorzeitigen Altersrente in voller Höhe im Jahr 2019 monatlich 450 Euro, bei einer vorzeitigen Altersrente in Höhe von zwei Dritteln monatlich 1 214,85 Euro, in Höhe der Hälfte monatlich 1 775,55 Euro und in Höhe von einem Drittel 2 336,25 Euro. Ein zweimaliges Überschreiten um jeweils einen Betrag bis zur Hinzuverdienstgrenze ist im Laufe eines jeden Kalenderjahres möglich.

Für die neuen Bundesländer gelten bis zum 31.12.2024 – mit Ausnahme der Hinzuverdienstgrenze von monatlich 450 Euro – abweichende Werte.

Als Hinzuverdienst werden Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen sowie vergleichbares Einkommen angerechnet. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft werden aber nur berücksichtigt, wenn die rentenberechtigte Person Landwirt ist.

Renten wegen Todes

Renten wegen Todes sind Witwen- und Witwerrente und Waisenrente. Die Regelungen für Witwen und Witwer gelten entsprechend für hinterbliebene Lebenspartner.

Witwen- und Witwerrente

Witwen oder Witwer haben nach dem Tod des Versicherten Anspruch auf Witwen- oder Witwerrente, wenn

- der verstorbene Ehepartner die Wartezeit von fünf Jahren erfüllt hat und
- ein Kind erzogen wird, das jünger als 18 Jahre ist oder wenn sie das 47. Lebensjahr vollendet haben oder erwerbsgemindert sind.

Zur stufenweisen Anhebung des Lebensalters vergleiche Seite 64.

Ist die Ehe in der Zeit ab 1.1.2002 geschlossen worden, besteht ein Anspruch auf die Witwen- oder Witwerrente jedoch nur, wenn die Ehe mindestens ein Jahr gedauert hat.

Ausnahmen sind vorgesehen.

Die Witwen- und Witwerrente fällt weg, wenn die Witwe oder der Witwer wieder heiratet. Wird diese Ehe wieder aufgelöst,

lebt der Anspruch auf die Witwen- oder Witwerrente wieder auf. Sie heißt dann Witwen- oder Witwerrente nach dem vorletzten Ehegatten.

Nach dem Tod eines mitarbeitenden Familienangehörigen erhalten die Witwe oder der Witwer unter den gleichen Bedingungen eine Witwen- oder Witwerrente.

Witwen- oder Witwerrente ist auch an frühere Ehepartner zu zahlen, wenn

- deren Ehe vor dem 1. 7. 1977 geschieden wurde,
- während der Dauer der Ehe Beiträge gezahlt wurden,
- sie nicht wieder geheiratet haben und
- sie erwerbsgemindert sind und der Verstorbene die Wartezeit von fünf Jahren erfüllt hat oder andere Voraussetzungen erfüllt sind.

Waisenrente

Kinder erhalten nach dem Tod eines Elternteils Waisenrente, wenn der verstorbene Elternteil die Wartezeit von fünf Jahren erfüllt hat.

Ein Anspruch auf Waisenrente besteht bis zum 18. Lebensjahr. Er verlängert sich bis zum 27. Lebensjahr durch eine Schul- oder Berufsausbildung, ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr, den Bundesfreiwilligendienst sowie um weitere nationale und internationale Freiwilligendienste. Dies gilt ebenfalls, wenn die Waise wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten.

Die Waisenrente kann über das 27. Lebensalter hinaus gezahlt werden, wenn die Schul- oder Berufsausbildung durch den gesetzlichen Wehr- oder Zivildienst unterbrochen oder verzögert wurde.

Einkommensanrechnung auf Renten wegen Todes

Trifft eine Witwen- oder Witwerrente mit Einkommen des hinterbliebenen Ehepartners zusammen, gelten die Regelungen der gesetzlichen Rentenversicherung entsprechend. Allerdings ist ein höherer Freibetrag als in der gesetzlichen Rentenversicherung zu berücksichtigen.

Lesen Sie hierzu
bitte Seite 65/66.

Ist der versicherte Ehepartner vor dem 1. 1. 2002 verstorben oder die Ehe vor diesem Tag geschlossen und mindestens ein Ehepartner vor dem 2. 1. 1962 geboren, gelten Übergangs- und Vertrauensschutzregelungen. Der Freibetrag entspricht dann

aber dem Freibetrag, der auch in der gesetzlichen Rentenversicherung gilt.

Bei Waisenrenten entfällt die Anrechnung des eigenen Einkommens.

Wartezeit

Auf die Wartezeit von fünf und 15 Jahren werden Beitragszeiten angerechnet. Das sind Zeiten, für die Pflichtbeiträge oder freiwillige Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse gezahlt sind.

Sind für den Landwirt Beitragszeiten vorhanden, gelten für den Ehepartner ebenfalls Beiträge als gezahlt.

Beitragszeiten vor dem 1. 1. 1995 werden für Landwirte nur dann angerechnet, wenn der Versicherte bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres oder bis zum Eintritt der Erwerbsunfähigkeit beziehungsweise bis zum Tod, längstens jedoch bis zum 31. 12. 1994 Beitragszeiten zurückgelegt hat.

Auf die Wartezeit werden auch Zeiten angerechnet, in denen Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt wurden. Außerdem zählen Monate, in denen für besondere Personenkreise Versicherungsfreiheit vorgelegen hat oder eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgte. Dies trifft zum Beispiel für Zeiten zu, in denen der Landwirt Beamter war.

Wurde ein Versorgungsausgleich zugunsten des Versicherten durchgeführt und Anrechte übertragen oder begründet, so kann sich das auch positiv auf die Wartezeit auswirken, da gegebenenfalls Lücken in der Ehe- oder Lebenspartnerschaftszeit durch zusätzliche Wartezeitmonate geschlossen werden können.

Die Wartezeit von fünf Jahren ist vorzeitig erfüllt, wenn Versicherte wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit erwerbsgemindert geworden oder gestorben sind.

Rentenbeginn und Rentenantrag

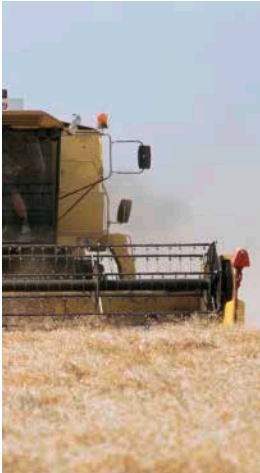
Renten der Alterssicherung der Landwirte werden nur auf Antrag der Versicherten oder ihrer Hinterbliebenen gezahlt. Hierfür gelten die gleichen Regeln wie in der allgemeinen Rentenversicherung.

Vergleiche dazu Seite 66/67.

Der Tag der Antragstellung ist für den Beginn der Rente wichtig. Erwerbsminderungs- und Altersrenten können längstens für drei Monate vor dem Monat der Antragstellung gezahlt werden.

Frühester Rentenbeginn ist der Monat, zu dessen Beginn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

Renten wegen Todes werden vom Todestag an geleistet. Hat der Verstorbene bereits eine Rente erhalten, beginnt die Rente mit dem Monat, der dem Todesmonat folgt. Wird die Rente jedoch später als zwölf Monate nach dem Tod beantragt, kann sie längstens für zwölf Monate vor dem Monat der Antragstellung gezahlt werden.



Merke:

Die Alterssicherung der Landwirte zahlt ehemaligen Landwirten, Ehe- und Lebenspartnern von Landwirten sowie mitarbeitenden Familienangehörigen Renten wegen Erwerbsminderung und Altersrenten. Bei Tod des Versicherten werden den Hinterbliebenen Witwen-, Witwer- und Waisenrenten gezahlt.

Renten können nur dann gezahlt werden, wenn die Wartezeit erfüllt ist.

Renten können nur auf Antrag gezahlt werden. Der Tag der Antragstellung ist für den Beginn der Rente wichtig.

Rentenhöhe

Die Renten der Alterssicherung der Landwirte sind beitragsgerechte Leistungen. Sie sollen aber nicht den vollen Lebensbedarf im Rentenfall sichern.

Berechnung der Renten

Der Monatsbetrag der Rente richtet sich nach der Steigerungszahl, dem Rentenartfaktor und dem allgemeinen Rentenwert.

Steigerungszahl

Die Steigerungszahl ergibt sich, indem die Anzahl der Kalendermonate mit zurückgelegten Zeiten mit dem maßgebenden Faktor vervielfältigt wird.

Zurückgelegte Zeiten sind Kalendermonate, die mit Beitragszeiten, einer Zurechnungszeit und Zeiten eines Rentenbezugs, die mit einer Zurechnungszeit zusammentreffen, belegt sind.

Beginnt eine Rente wegen Erwerbsminderung im Jahr 2019 oder verstirbt der Versicherte bei einer Rente wegen Todes im Jahr 2019, endet die Zurechnungszeit mit Vollendung des 65. Lebensjahres und acht Monaten. Von 2020 bis 2030 wird sie schrittweise bis zum 67. Lebensjahr verlängert.

Beitragszeiten liegen vor, wenn Pflichtbeiträge oder freiwillige Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse gezahlt worden sind.

Die Zurechnungszeit wird bei der Berechnung einer Rente wegen Erwerbsminderung oder einer Rente wegen Todes rentensteigernd hinzugerechnet. Die Zurechnungszeit beginnt bei einer Rente wegen Erwerbsminderung mit dem Eintritt der hierfür maßgebenden Erwerbsminderung, bei einer Witwen-, Witwer- und einer Waisenrente mit dem Tod des Versicherten. Die Zeit bis zum 67. Lebensjahr zählt dann in vollem Umfang als Zurechnungszeit.

Der Faktor beträgt 0,0833 für die Beiträge eines versicherten Landwirts und die für ihn zu berücksichtigenden Zurechnungs- und Rentenbezugszeiten. Der Faktor 0,0833 gilt auch für die Beiträge eines mitarbeitenden Familienangehörigen, wenn eine Waisenrente zu zahlen ist. Für alle anderen Fälle beträgt der Faktor 0,0417.

Das Ergebnis aus der Vervielfältigung der Anzahl der Kalendermonate mit dem Faktor ist die Steigerungszahl. Sie ist auf vier Dezimalstellen auszurechnen.

Allgemeiner Rentenwert

Der allgemeine Rentenwert dient der Dynamisierung der Rente. Mit ihm wird die Rente jeweils zum 1. 7. eines Jahres an die wirtschaftliche Entwicklung angepasst. Er richtet sich nach der Veränderung der Rentenwerte in der allgemeinen Rentenversicherung. Solange noch unterschiedliche Einkommensverhältnisse in den alten und neuen Bundesländern bestehen, sind unterschiedliche Rentenwerte maßgebend.

Ab 1. 7. 2019 beträgt er 15,26 Euro in den alten und 14,70 Euro in den neuen Bundesländern.

Das Rentenniveau der neuen Bundesländer wird bis zum 30. 6. 2024 vollständig an das der alten Bundesländer angeglichen. Bis dahin gibt es verschiedene allgemeine Rentenwerte in Ost und West.

Siehe hierzu Seite 71/72.

Bis 2011 galt für die Feststellung des Abschlags das 63. Lebensjahr. Von 2012 bis 2023 erfolgt eine stufenweise Anhebung.

Für jeden Kalendermonat, für den eine Erwerbsminderungsrente vor dem 65. Lebensjahr in Anspruch genommen wird, mindert sich der allgemeine Rentenwert um 0,3 %, höchstens jedoch um 10,8 % (Abschlag). Dies gilt auch für Renten wegen Todes, wenn der Versicherte vor Vollendung des 65. Lebensjahres stirbt.

Für jeden Kalendermonat, für den eine Altersrente vorzeitig in Anspruch genommen wird, vermindert sich der allgemeine

Rentenwert ebenfalls um 0,3 % (Abschlag). Bei vorzeitigen Altersrenten gibt es keine Abschlagsbegrenzung.

Vergleichen Sie bitte dazu Seite 96.

Altersrenten, die mit dem 65. Lebensjahr vorzeitig in Anspruch genommen werden können, erhalten jedoch keinen Abschlag, wenn für 45 Jahre entsprechende Zeiten vorhanden sind. Für Landwirte und mitarbeitende Familienangehörige der Jahrgänge bis 1963 gelten hiervon abweichende Altersgrenzen.

Rentenartfaktor

Lesen Sie hierzu bitte Seite 71.

Die Höhe des Rentenartfaktors entspricht dem in der allgemeinen Rentenversicherung; bei Waisenrenten gilt abweichend ein einheitlicher Rentenartfaktor von 0,2.



Merke:

Der Monatsbetrag der Rente ergibt sich, indem die Steigerungszahl mit dem Rentenartfaktor und dem allgemeinen Rentenwert vervielfältigt wird. Die Steigerungszahl setzt sich aus den zurückgelegten Zeiten und einem Faktor zusammen. Der allgemeine Rentenwert dient der Dynamisierung.

Hilfen zur Aufrechterhaltung des Unternehmens

Damit der Landwirt sein Unternehmen aufrechterhalten kann, leistet die Alterssicherung der Landwirte unter bestimmten Voraussetzungen Betriebs- und Haushaltshilfen bei Arbeitsunfähigkeit, Schwangerschaft und Vorsorge- oder Rehabilitationskuren oder bei Tod des Landwirts sowie Überbrückungsgeld.

Betriebs- und Haushaltshilfe

Das Gleiche gilt bei Schwangerschaft (bis acht Wochen nach der Geburt) und Kuren.

Bei Arbeitsunfähigkeit des Versicherten kann Betriebs- und Haushaltshilfe gestellt werden, wenn dies zur Aufrechterhaltung des Unternehmens erforderlich ist und diese Leistung von der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft oder einem anderen Träger der Sozialversicherung nicht erbracht werden könnte.

Sind landwirtschaftliche Unternehmer an der Führung des Unternehmens gehindert, weil sie für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation

Wer als naher Angehöriger gilt, kann der Seite 192 entnommen werden.

eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen müssen, erhalten sie anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes für bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe.

Die Kosten für die Betriebshilfe werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse von der Pflegeversicherung des pflegebedürftigen nahen Angehörigen erstattet.

Bei Tod eines Landwirts kann für den überlebenden Ehe- beziehungsweise Lebenspartner Betriebs- und Haushaltshilfe erbracht werden, wenn der das Unternehmen als versicherungspflichtiger Landwirt weiterführt und die Hilfe zur Aufrechterhaltung des Unternehmens erforderlich ist. Sie wird innerhalb von zwei Jahren nach dem Tod des Landwirts für insgesamt zwölf Monate gewährt.

Nach Ablauf von sechs Monaten ist gesetzlich vorgesehen, dass sich der überlebende Ehe- oder Lebenspartner in angemessenem Umfang an den Aufwendungen beteiligt. Als Betriebs- und Haushaltshilfe wird eine Ersatzkraft gestellt. Ist dies nicht möglich, werden die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe vom zuständigen Träger erstattet.

Überbrückungsgeld

Witwen, Witwer und hinterbliebene Lebenspartner eines versicherten Landwirts erhalten Überbrückungsgeld, wenn

- sie das Unternehmen als versicherungspflichtiger Landwirt weiterführen,
- sie die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht haben und
- in ihrem Haushalt mindestens ein waisenrentenberechtigtes Kind lebt, das jünger als 18 Jahre oder wegen einer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten.

Überbrückungsgeld kann außerdem nur gezahlt werden, wenn der verstorbene Landwirt zum Zeitpunkt des Todes

- einen Beitragszuschuss zu seinen Beiträgen erhalten hat,
- in den letzten fünf Jahren für drei Jahre Pflichtbeiträge gezahlt hat und
- die Wartezeit von fünf Jahren erfüllt ist.

Das Überbrückungsgeld wird längstens für drei Jahre nach dem Todesmonat des Landwirts gezahlt. Es wird wie eine Regelaltersrente berechnet.



Merke:

Betriebs- und Haushaltshilfe ist zu erbringen, wenn sie zur Aufrechterhaltung des Unternehmens der Landwirtschaft erforderlich ist.

Sie ist bei Arbeitsunfähigkeit, Schwangerschaft und Kuren des Landwirts möglich.

Nach dem Tod des Landwirts kann sie geleistet werden, wenn die Witwe, der Witwer oder der hinterbliebene Lebenspartner das Unternehmen weiterführt.

Überbrückungsgeld können Witwen, Witwer oder hinterbliebene Lebenspartner eines versicherten Landwirts erhalten, wenn bestimmte persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sind. Es ist für längstens drei Jahre zu zahlen und so hoch wie eine Regelaltersrente.

Träger der Alterssicherung

Träger der Alterssicherung der Landwirte ist die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG). In Angelegenheiten der Alterssicherung der Landwirte und bei der Durchführung dieser gesetzlichen Aufgaben führt sie die Bezeichnung landwirtschaftliche Alterskasse.

Die SVLFG ist eine bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Organe der Selbstverwaltung sind die Vertreterversammlung und der Vorstand der SVLFG. Die Vertreter der Arbeitnehmer und der Selbständigen, die in der betreffenden Versicherung nicht versichert sind, wirken in Angelegenheiten der Alterssicherung der Landwirte jedoch nicht mit.

Die SVLFG ist als Bundesträger zweistufig gegliedert: mit einem Hauptsitz und regionalen Geschäftsstellen. Durch die Satzung wurde Kassel als Hauptsitz bestimmt.

Die SVLFG hat folgende Geschäftsstellen:

- Schleswig-Holstein und Hamburg: Standorte in Hamburg und Kiel
- Niedersachsen und Bremen: Standorte in Aurich, Braunschweig, Hannover, Lingen, Oldenburg und Stade
- Nordrhein-Westfalen: Standorte in Detmold, Dortmund, Düsseldorf, Köln, Lübbecke, Münster und Soest
- Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland: Standorte in Darmstadt, Koblenz, Saarbrücken, Speyer und Trier
- Bayern (Franken und Oberbayern): Standorte in Bayreuth, Feuchtwangen, Fürth, Mühldorf, München und Würzburg
- Bayern (Niederbayern/Oberpfalz und Schwaben): Standorte in Augsburg und Landshut
- Baden-Württemberg: Standorte in Karlsruhe und Stuttgart
- Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen: Standorte in Hoppegarten und Neukieritzsch

Merke:

Träger der Alterssicherung der Landwirte ist die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) mit Hauptsitz in Kassel und regionalen Geschäftsstellen.

In Angelegenheiten der Alterssicherung der Landwirte und bei der Durchführung dieser gesetzlichen Aufgaben führt sie die Bezeichnung landwirtschaftliche Alterskasse.

Arbeitsförderung

Die Arbeitsförderung soll dazu beitragen, dass ein hoher Beschäftigungsstand erreicht und die Beschäftigungsstruktur ständig verbessert wird. Die Leistungen der Arbeitsförderung sind insbesondere darauf auszurichten, das Entstehen von Arbeitslosigkeit zu vermeiden oder die Dauer der Arbeitslosigkeit zu verkürzen. Dabei wird die Gleichstellung von Frauen und Männern groß geschrieben. Die Leistungen sind so einzusetzen, dass sie der beschäftigungspolitischen Zielsetzung der Sozial-, Wirtschafts- und Finanzpolitik der Bundesregierung entsprechen.

Die gesetzliche Grundlage der Arbeitsförderung ist das Dritte Buch des Sozialgesetzbuches, das SGB III. Dieses Gesetz ist in der Vergangenheit durch zahlreiche gesetzliche Neuregelungen ständig verändert worden. Nach dem zurzeit geltenden Stand können folgende Leistungen der Arbeitsförderung in Anspruch genommen werden:

- Berufsberatung und Arbeitsmarktberatung,
- Ausbildungsvermittlung und Arbeitsvermittlung,
- Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung, zur Berufswahl und Berufsausbildung, zur beruflichen Weiterbildung, zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, zum Verbleib in Beschäftigung, der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben sowie
- Arbeitslosengeld, Teilarbeitslosengeld, Arbeitslosengeld bei Weiterbildung und Insolvenzgeld.

Versicherte Personen

Versichert sind Personen, die per Gesetz als Beschäftigte oder aus sonstigen Gründen versicherungspflichtig sind. Außerdem besteht die Möglichkeit, die Versicherungspflicht zu beantragen. Bestimmte Personen sind versicherungsfrei.

Versicherungspflichtige Beschäftigte

Alle gegen Arbeitsentgelt oder zu ihrer Berufsausbildung beschäftigten Personen sind versicherungspflichtig. Auszubildende, die in einer außerbetrieblichen Einrichtung ausgebildet werden, und Teilnehmer an dualen Studiengängen, sind den Beschäftigten zur Berufsausbildung gleichgestellt. Mit wenigen Ausnahmen unterliegen damit alle Arbeitnehmer der Versicherungspflicht.

Sonstige Versicherungspflichtige

Versicherungspflichtig sind

- Jugendliche, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, sowie Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
- Gefangene, die Arbeitsentgelt, Ausbildungsbeihilfe oder Ausfallentschädigung erhalten,
- Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

Versicherungspflichtig sind auch Personen in der Zeit, in der sie

- Mutterschaftsgeld, Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld erhalten,
- Krankentagegeld von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen erhalten,
- Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer Spende von Organen oder Geweben, Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen erhalten,
- Pflegeunterstützungsgeld von einer Pflegekasse, einem privaten Versicherungsunternehmen, der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn erhalten,

- Rente wegen voller Erwerbsminderung von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten,
 - ein Kind erziehen, das das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat und sich mit dem Kind gewöhnlich im Inland aufhalten oder bei Aufenthalt im Ausland Anspruch auf Kindergeld haben,
- wenn sie unmittelbar davor versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung der Arbeitsförderung hatten.

Versicherungspflichtig sind Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 nicht erwerbsmäßig wenigstens zehn Stunden wöchentlich (verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche) in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Der Pflegebedürftige muss dabei Leistungen aus der Pflegeversicherung oder gleichartige Leistungen erhalten. Die Pflegeperson muss unmittelbar vor Beginn der Pflege Tätigkeit versicherungspflichtig gewesen sein oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung der Arbeitsförderung gehabt haben.

Versicherungspflicht besteht auch, wenn die Voraussetzungen durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erfüllt werden.

Versicherungspflicht auf Antrag

Selbständige können versicherungspflichtig werden, wenn eine entsprechende Vorversicherung zur Arbeitsförderung bestand. Dies gilt auch während einer Elternzeit und für Personen, die sich beruflich weiterbilden, wenn dadurch ein beruflicher Aufstieg ermöglicht, ein beruflicher Abschluss vermittelt oder zu einer anderen beruflichen Tätigkeit befähigt wird.

Versicherungsfreiheit

Versicherungsfreiheit besteht insbesondere für solche Personen, für die es nicht als notwendig angesehen wird, dass sie von der Arbeitsförderung geschützt werden.

Das sind unter anderem

- Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr, Geistliche,
- nur geringfügig Beschäftigte und
- Schüler einer allgemeinbildenden Schule oder ordentlich Studierende einer Hoch- oder Fachschule.

Versicherungsfrei sind außerdem

- Personen, die das Lebensalter für die Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erreicht haben, und

Zur stufenweisen Anhebung der Altersgrenze siehe Seite 61.

- Bezieher einer Rente wegen voller Erwerbsminderung, die wegen einer Minderung ihrer Leistungsfähigkeit dauernd nicht mehr verfügbar sind.

Finanzierung

Die Finanzierung der Leistungen der Arbeitsförderung hat verschiedene Grundlagen: die Beiträge der Versicherungspflichtigen, der Arbeitgeber und Dritter (Beitrag zur Arbeitsförderung), Umlagen, Bundesmittel und sonstige Einnahmen.

Beitrag zur Arbeitsförderung

Die Beiträge werden nach einem Prozentsatz, dem Beitragssatz, von der Beitragsbemessungsgrundlage erhoben. Der Beitragssatz beträgt vom 1. 1. 2019 bis 31. 12. 2022 2,5 %. Beitragsbemessungsgrundlage ist das Arbeitsentgelt. Es ist bis zur Beitragsbemessungsgrenze der allgemeinen Rentenversicherung zu berücksichtigen.

Zur Beitragsbemessungsgrenze siehe Seite 46.

Die Beiträge zur Arbeitsförderung werden von den Versicherungspflichtigen und den Arbeitgebern grundsätzlich je zur Hälfte getragen. Für Auszubildende zahlt der Arbeitgeber den Beitrag allein, wenn das monatliche Arbeitsentgelt 325 Euro nicht übersteigt.

Umlagen

In den Zweigen des Baugewerbes und in weiteren Wirtschaftszweigen, die von saisonbedingtem Arbeitsausfall betroffen sind, wird eine Umlage zur Finanzierung des Wintergeldes sowie der damit entstehenden Kosten erhoben. Die Umlage wird von Arbeitgebern oder gemeinsam von Arbeitgebern und Arbeitnehmern der betroffenen Branchen finanziert.

Zum Wintergeld zählen Zuschuss-Wintergeld und Mehraufwands-Wintergeld.

Die Mittel für die Zahlung des Insolvenzgeldes werden durch eine monatliche Umlage von den Arbeitgebern aufgebracht. Die Umlage wird zusammen mit dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag an die Einzugsstelle gezahlt.

Bundesmittel

Der Bund beteiligt sich seit 2013 nicht mehr an den Kosten der Arbeitsförderung. Sollten die Mittel der Bundesagentur für Arbeit nicht ausreichen, leistet der Bund als vorübergehende Unterstützung entsprechende Darlehen.

Leistungen der Arbeitsförderung

Die Leistungen der Arbeitsförderung werden im Zusammenwirken von Arbeitgebern und Arbeitnehmern mit den Agenturen für Arbeit erbracht. Hierzu zählen insbesondere die aktive Arbeitsförderung sowie Arbeitslosengeld und Insolvenzgeld.

Leistungen der aktiven Arbeitsförderung

Diese Leistungen werden als Beratung und Vermittlung, Aktivierung und berufliche Eingliederung, Berufswahl und Berufsausbildung, berufliche Weiterbildung, Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, Verbleib in Beschäftigung, Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben und befristete Leistungen erbracht.

Zu den Leistungen der aktiven Arbeitsförderung gehören im Einzelnen:

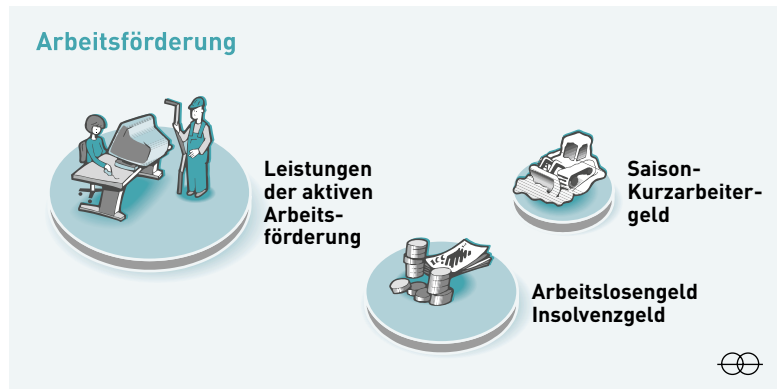
- Aktivierungs- und Vermittlungsgutscheine,
- Berufsausbildungsbeihilfe während der ersten Berufsausbildung oder einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme,
- Leistung zur Vorbereitung auf den nachträglichen Erwerb des Hauptschulabschlusses oder eines gleichwertigen Schulabschlusses im Rahmen einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme,
- Weiterbildungskosten zum nachträglichen Erwerb des Hauptschulabschlusses oder eines gleichwertigen Schulabschlusses,
- Kurzarbeitergeld bei Arbeitsausfall,
- Wintergeld,
- Leistungen zur Förderung der Teilnahme an Transfermaßnahmen,
- besondere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und
- Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung.

Alle weiteren Leistungen der aktiven Arbeitsförderung werden von den Agenturen für Arbeit als Ermessensleistungen erbracht.

Entgeltersatzleistungen

Zu den Entgeltersatzleistungen gehören

- Arbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit und bei beruflicher Weiterbildung,
- Teilarbeitslosengeld bei Teilarbeitslosigkeit,
- Übergangsgeld bei Teilnahme an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Kurzarbeitergeld bei Arbeitsausfall und
- Insolvenzgeld bei Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers.



Die Vermittlung in Ausbildung und Arbeit hat Vorrang vor einer Entgeltersatzleistung sowie den sonstigen Leistungen der aktiven Arbeitsförderung.

Die Leistungen der aktiven Arbeitsförderung sind entsprechend ihrer jeweiligen Zielbestimmung und den Ergebnissen der Beratungs- und Vermittlungsgespräche so einzusetzen, dass Entgeltersatzleistungen nicht nur vorübergehend vermieden und Langzeitarbeitslosigkeit vorgebeugt wird.

Beratung und Vermittlung

Die Agentur für Arbeit bietet jungen Erwachsenen, die am Arbeitsleben teilnehmen oder teilnehmen wollen, eine Berufsberatung einschließlich einer Weiterbildungsberatung an. Arbeitgeber erhalten eine Arbeitsmarktberatung einschließlich einer Qualifizierungsberatung. Diese Leistungen sind – ebenso wie die Vermittlung von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen – kostenlos.

Die Berufsberatung umfasst Auskunft und Rat

- zur Berufswahl, beruflichen Entwicklung und zum Berufswechsel,
- zur Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes und der Berufe,
- zu den Möglichkeiten der beruflichen Bildung sowie zur Verbesserung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit und zur Entwicklung individueller beruflicher Perspektiven,
- zur Ausbildungs- und Arbeitsplatzsuche und
- zu Leistungen der Arbeitsförderung und
- zu Fragen der Ausbildungsförderung und der schulischen Bildung, soweit sie für die Berufswahl und die berufliche Bildung von Bedeutung sind.

Bei der Berufsberatung sind Neigung, Eignung, berufliche Fähigkeiten und Leistungsfähigkeit der Ratsuchenden sowie aktuelle und zu erwartende Beschäftigungsmöglichkeiten zu berücksichtigen. Die Durchführung einer Potenzialanalyse kann angeboten werden.

Berufliche Orientierung

Junge Erwachsene, Ausbildungsuchende, Arbeitsuchende, Arbeitnehmer und Arbeitgeber erhalten im Rahmen der Beratung zur Berufswahl und -orientierung von den Arbeitsagenturen Auskunft und Rat über

- Fragen der Berufswahl,
- die Berufe und ihre Anforderungen und Aussichten,
- Wege und Förderung der beruflichen Bildung sowie
- beruflich bedeutsame Entwicklungen in den Betrieben, Verwaltungen und auf dem Arbeitsmarkt.

Arbeitsmarktberatung

Die Arbeitsmarktberatung soll Arbeitgeber bei der Besetzung von Ausbildungs- und Arbeitsstellen sowie bei Qualifizierungsbedarf ihrer Beschäftigten unterstützen. Gleichzeitig soll die Agentur für Arbeit die Beratung zur Gewinnung von Ausbildungs- und Arbeitsstellen für die Vermittlung nutzen. Sie soll auch von sich aus Kontakt zu den Arbeitgebern aufnehmen und unterhalten.

Die Arbeitsmarktberatung umfasst die Erteilung von Auskunft und Rat

- zur Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes und der Berufe,
- zur Besetzung von Ausbildungs- und Arbeitsstellen,
- zur Gestaltung von Arbeitsplätzen, Arbeitsbedingungen und der Arbeitszeit von Auszubildenden sowie von Arbeitnehmern,
- zur betrieblichen Aus- und Weiterbildung,
- zur Eingliederung von förderungsbedürftigen Auszubildenden und Arbeitnehmern,
- zu Leistungen der Arbeitsförderung.

Eingliederungsvereinbarung

Nachdem sich der Ausbildung- oder Arbeitsuchende gemeldet hat, muss die Agentur für Arbeit mit ihm zusammen unverzüglich seine für die Vermittlung erforderlichen beruflichen und persönlichen Merkmale, seine beruflichen Fähigkeiten und Eignung feststellen. Die Feststellung erstreckt sich auch darauf, ob und durch welche Umstände die berufliche Eingliederung erschwert ist.

Diese Feststellung wird Potenzialanalyse genannt.

In einer Eingliederungsvereinbarung werden das Eingliederungsziel, die Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit, die Art, die Häufigkeit und der Nachweis der Eigenbemühungen des Ausbildungs- oder Arbeitsuchenden sowie die vorgesehenen Leistungen der aktiven Arbeitsförderung festgelegt.

Die Vereinbarung ist spätestens nach sechsmonatiger Arbeitslosigkeit zu überprüfen; arbeitslose und ausbildungssuchende Jugendliche werden bereits nach drei Monaten überprüft.

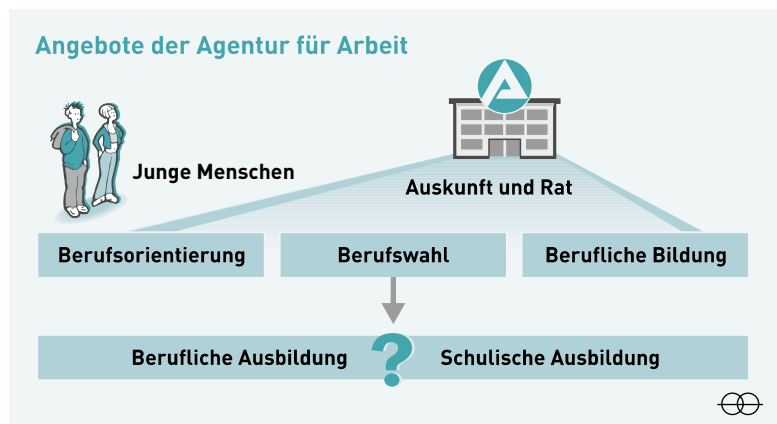
Aktivierung und berufliche Eingliederung

Ausbildungssuchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitssuchende und Arbeitslose können aus dem Vermittlungsbudget der Agentur für Arbeit bei der Anbahnung oder Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gefördert werden, wenn dies für die berufliche Eingliederung notwendig ist. Es sollen insbesondere die in der Eingliederungsvereinbarung festgelegten Eingliederungsziele erreicht werden.

Die Förderung umfasst die Übernahme der angemessenen Kosten, soweit der Arbeitgeber gleichartige Leistungen nicht oder voraussichtlich nicht erbringen wird.

Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung können gefördert werden, wenn die berufliche Eingliederung unterstützt wird durch

- Heranführung an den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt,
- Feststellung, Verringerung oder Beseitigung von Vermittlungshemmnissen,
- Vermittlung in eine versicherungspflichtige Beschäftigung,
- Heranführung an eine selbständige Tätigkeit oder
- Stabilisierung einer Beschäftigungsaufnahme.



Maßnahmen, die ganz oder teilweise von einem Arbeitgeber durchgeführt werden, dürfen jeweils die Dauer von sechs Wochen nicht überschreiten. Die Vermittlung von beruflichen Kenntnissen in Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung darf maximal acht Wochen dauern. Bei Langzeitarbeitslosen oder Arbeitslosen, deren berufliche Eingliederung aufgrund von Vermittlungshemmnissen besonders erschwert ist, dürfen die Maßnahmen jeweils die Dauer von zwölf Wochen nicht überschreiten.

Die Agentur für Arbeit kann bescheinigen, dass die Voraussetzungen für eine Förderung vorliegen und Maßnahmeziel sowie -inhalt festlegen. Die Entscheidung über die Ausgabe eines Aktivierungs- und Vermittlungsgutscheins soll von der Eignung und den persönlichen Verhältnissen der Förderberechtigten oder der örtlichen Verfügbarkeit von Arbeitsmarktdienstleistungen abhängig gemacht werden.

Der Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein berechtigt zur Auswahl

- eines Trägers, der eine dem Maßnahmeziel und -inhalt entsprechende zugelassene Maßnahme anbietet,
- eines Trägers, der eine ausschließlich erfolgsbezogen vergütete Arbeitsvermittlung in versicherungspflichtige Beschäftigung anbietet, oder
- eines Arbeitgebers, der eine dem Maßnahmeziel und -inhalt entsprechende betriebliche Maßnahme von einer Dauer bis zu sechs Wochen anbietet.

Der Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein kann zeitlich befristet sowie regional beschränkt werden.

Arbeitslose, die Anspruch auf Arbeitslosengeld haben und nach einer Arbeitslosigkeit von sechs Wochen innerhalb einer Frist von drei Monaten noch nicht vermittelt sind, haben ebenfalls Anspruch auf einen Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein.

Förderung der Berufswahl und der Berufsausbildung

Schüler der allgemeinbildenden Schulen können von der Agentur für Arbeit durch vertiefte Berufsorientierung und Berufswahlvorbereitung gefördert werden (Berufsorientierungsmaßnahmen). Allerdings müssen sich Dritte mit mindestens 50 % an der Förderung beteiligen.

Die Maßnahmen dauern bis zu vier Wochen und sollen in der unterrichtsfreien Zeit durchgeführt werden.

Förderungsbedürftig sind junge Menschen, die voraussichtlich Schwierigkeiten haben werden, den allgemeinen Schulabschluss oder den Übergang in eine Berufsausbildung zu schaffen.

Außerdem kann die Agentur für Arbeit förderungsbedürftige junge Menschen durch Maßnahmen der Berufseinstiegsbegleitung fördern, um sie beim Übergang von der allgemeinbildenden Schule in eine Berufsausbildung zu unterstützen. Dritte müssen sich mit mindestens 50 % an der Förderung beteiligen.

Die Maßnahmen beinhalten die individuelle Begleitung und Unterstützung förderungsbedürftiger junger Menschen durch sogenannte Berufseinstiegsbegleiter, um die Eingliederung in eine Berufsausbildung zu erreichen (Berufseinstiegsbegleitung).

In der Regel beginnt die Berufseinstiegsbegleitung mit dem Besuch der Vorabgangsklasse der allgemeinbildenden Schule und endet ein halbes Jahr nach Beginn einer Berufsausbildung.

Durch berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen können junge Menschen gefördert werden, um sie auf die Aufnahme einer Berufsausbildung vorzubereiten. Dies ist auch möglich, wenn die Aufnahme einer Berufsausbildung wegen in ihrer Person liegender Gründe nicht möglich ist und ihnen die berufliche Eingliederung dadurch erleichtert wird.

Gefördert wird unter anderem die Vorbereitung auf den nachträglichen Erwerb des Hauptschulabschlusses oder eines gleichwertigen Schulabschlusses im Rahmen einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme.

Auszubildende haben Anspruch auf Berufsausbildungsbeihilfe während einer Berufsausbildung, wenn

- die Berufsausbildung förderungsfähig ist,
- sie zum förderungsfähigen Personenkreis gehören und die sonstigen persönlichen Voraussetzungen für eine Förderung erfüllt sind
und
- ihnen die erforderlichen Mittel zur Deckung des Bedarfs für den Lebensunterhalt, die Fahrkosten und die sonstigen Aufwendungen (Gesamtbedarf) nicht anderweitig zur Verfügung stehen.



Förderungsfähig ist die erste Berufsausbildung.

Eine Berufsausbildung ist förderungsfähig, wenn sie in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf betrieblich oder außerbetrieblich durchgeführt wird und der dafür vorgeschriebene Berufsausbildungsvertrag abgeschlossen worden ist.

Zu den persönlichen Voraussetzungen gehört unter anderem, dass der Auszubildende außerhalb des Haushalts der Eltern oder eines Elternteils wohnt und eine Ausbildungsstätte von der Wohnung der Eltern oder eines Elternteils aus nicht in angemessener Zeit erreichen kann. Für Auszubildende, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, verheiratet, geschieden oder verwitwet sind und mit mindestens einem Kind zusammenleben, gelten erleichterte Bedingungen.

Zur Berufsausbildungsbeihilfe zählen Beihilfe zum Lebensunterhalt, Fahrkosten, sonstige Aufwendungen wie beispielsweise Gebühren für Fernunterricht und für Lehrgangskosten.

Arbeitgeber können für die betriebliche Aus- oder Weiterbildung von behinderten und schwerbehinderten Menschen durch Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung gefördert werden. Träger von Maßnahmen der beruflichen Ausbildung können durch Zuschüsse gefördert werden, wenn sie durch zusätzliche Maßnahmen für förderungsbedürftige Auszubildende diesen eine berufliche Ausbildung ermöglichen und ihre Eingliederungsaussichten verbessern.

Förderung der beruflichen Weiterbildung

Bei Teilnahme an Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung können Arbeitnehmer durch Übernahme der Weiterbildungskosten gefördert werden. Wesentliche Voraussetzung dafür ist, dass die Weiterbildung notwendig ist, um die Arbeitnehmer

bei Arbeitslosigkeit beruflich einzugliedern oder eine ihnen drohende Arbeitslosigkeit abzuwenden.

Ferner kann die Teilnahme an der Maßnahme nur gefördert werden, wenn eine Beratung durch die Agentur für Arbeit erfolgt ist und die Maßnahme und deren Träger für die Förderung zugelassen sind.

Weiterbildungskosten

Als Weiterbildungskosten können übernommen werden:

- Lehrgangskosten und Kosten für die Eignungsfeststellung,
- Fahrkosten,
- Kosten für eine auswärtige Unterbringung und Verpflegung,
- Kosten für die Betreuung von Kindern.

Kosten, die dem Träger der Maßnahme entstehen, werden direkt an diesen gezahlt.

Förderung der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit

Eingliederungszuschuss

Arbeitgeber können zur Eingliederung von Arbeitnehmern, deren Vermittlung wegen in ihrer Person liegender Gründe erschwert ist, einen Zuschuss zum Arbeitsentgelt erhalten (Eingliederungszuschuss). Die Förderhöhe und die Förderdauer richten sich nach der Einschränkung der Arbeitsleistung und nach den Anforderungen des jeweiligen Arbeitsplatzes.

Bei Arbeitnehmern, die das 50. Lebensjahr vollendet haben, kann die Förderdauer bis zu 36 Monate betragen, wenn die Förderung bis zum 31. 12. 2019 begonnen hat.

Der Eingliederungszuschuss kann höchstens 50 % des Arbeitsentgelts betragen und bis zu zwölf Monate gewährt werden. Für behinderte und schwerbehinderte Menschen sind bis zu 70 % des Arbeitsentgelts und bis zu 24 Monate förderfähig, für besonders betroffene schwerbehinderte Menschen verlängert sich die Förderdauer auf bis zu 60 Monate (bei über 55-Jährigen bis zu 96 Monate).

Nach zwölf Monaten (beziehungsweise für besonders betroffene schwerbehinderte Menschen nach 24 Monaten) ist die Höhe des Eingliederungszuschusses um 10 % jährlich zu mindern.

Gründungszuschuss

Arbeitnehmer, die durch Aufnahme einer selbständigen, hauptberuflichen Tätigkeit die Arbeitslosigkeit beenden, können zur Sicherung des Lebensunterhalts und zur sozialen Sicherung in der Zeit nach der Existenzgründung einen Gründungszuschuss erhalten, wenn der Arbeitnehmer

- bis zur Aufnahme der selbständigen Tätigkeit einen Anspruch auf Arbeitslosengeld hat, dessen Dauer noch mindestens 150 Tage beträgt,

Ein Gründungszuschuss kann an behinderte Menschen auch gezahlt werden, wenn sie einen Anspruch von weniger als 150 Tagen oder keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld haben.

- der Agentur für Arbeit die Tragfähigkeit der Existenzgründung nachweist und
- seine Kenntnisse und Fähigkeiten zur Ausübung der selbständigen Tätigkeit darlegt.

Als Gründungszuschuss wird für sechs Monate der Betrag geleistet, den der Arbeitnehmer als Arbeitslosengeld zuletzt bezogen hat, zuzüglich monatlich 300 Euro. Für weitere neun Monate kann der Gründungszuschuss in Höhe von monatlich 300 Euro geleistet werden, wenn die geförderte Person ihre Geschäftstätigkeit anhand geeigneter Unterlagen darlegt.

Förderung der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben
Für behinderte Menschen können allgemeine Leistungen sowie besondere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und diese ergänzende Leistungen erbracht werden.

Zu den allgemeinen Leistungen zählen Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung, zur Förderung der Berufsvorbereitung und Berufsausbildung einschließlich der Berufsausbildungsbeihilfe, zur beruflichen Weiterbildung und zur Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit.

Die besonderen Leistungen sind das Übergangsgeld, das Ausbildungsgeld – wenn Übergangsgeld nicht gezahlt werden kann – und die Übernahme der Teilnahmekosten für eine Maßnahme. Diese werden jedoch nur erbracht, wenn wegen der Art oder Schwere der Behinderung nicht bereits durch die allgemeinen Leistungen eine Teilhabe am Arbeitsleben erreicht werden kann.

Entgeltersatzleistungen

Unter bestimmten Voraussetzungen zahlt die Agentur für Arbeit Entgeltersatzleistungen. Hierzu zählen Arbeitslosengeld, Teilarbeitslosengeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld sowie Insolvenzgeld.

Arbeitslosengeld

Arbeitnehmer haben Anspruch auf Arbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit oder bei beruflicher Weiterbildung. Anspruch auf Arbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit besteht, wenn der Arbeitnehmer arbeitslos ist, sich bei Agentur für Arbeit arbeitslos meldet und die Anwartschaftszeit erfüllt hat.

Arbeitslos ist ein Arbeitnehmer, der nicht in einem Beschäftigungsverhältnis steht (Beschäftigungslosigkeit), sich bemüht, seine Beschäftigungslosigkeit zu beenden (Eigenbemühungen) und den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit zur Verfügung steht (Verfügbarkeit).

Das Ausüben einer Beschäftigung, selbständigen Tätigkeit oder Tätigkeit als mithelfender Familienangehöriger (Erwerbstätigkeit) schließt die Beschäftigungslosigkeit nicht aus, wenn die Arbeits- oder Tätigkeitszeit (Arbeitszeit) weniger als 15 Stunden wöchentlich umfasst.

Der Arbeitslose hat im Rahmen seiner Eigenbemühungen alle Möglichkeiten zur beruflichen Eingliederung zu nutzen. Wer eine versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende zumutbare Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des für ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarktes ausüben kann und darf, steht den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit zur Verfügung.



Eine Meldung ist auch zulässig, wenn die Arbeitslosigkeit noch nicht eingetreten ist.

Der Arbeitslose hat sich unverzüglich persönlich bei der zuständigen Agentur für Arbeit arbeitslos zu melden. Geschieht dies nicht, mindert sich das Arbeitslosengeld für jeden Tag der verspäteten Meldung.

Anwartschaftszeit

Ab 1. 1. 2020 beträgt die Rahmenfrist 30 Monate.

Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn in der Rahmenfrist von zwei Jahren mindestens zwölf Monate ein Versicherungsverhältnis bestanden hat.

Ab 1. 1. 2020 zählen die letzten 60 Monate.

Die Dauer des Anspruchs auf Arbeitslosengeld ist abhängig von der Zahl der in den letzten fünf Jahren zurückgelegten Versicherungsverhältnisse und dem Lebensalter des Arbeitslosen.

Anspruch auf Arbeitslosengeld

Alter des Arbeitslosen	Versicherungspflichtverhältnis von ... Monaten	Anspruch auf Arbeitslosengeld von ... Monaten
-	12	6
-	16	8
-	20	10
-	24	12
50	30	15
55	36	18
58	48	24

Auf kurze Zeit befristet gelten Beschäftigungen, die auf nicht mehr als zehn Wochen durch Arbeitsvertrag zeit- oder zweckbefristet sind. Ab 1. 1. 2020 sind es 14 Wochen.

Für Arbeitslose, die überwiegend nur auf kurze Zeit befristete Beschäftigungen ausüben und deshalb die Anwartschaftszeit für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld von mindestens zwölf Monaten innerhalb der Rahmenfrist nicht erfüllen können, gilt bis zum 31. 12. 2022 eine verkürzte Anwartschaftszeit von sechs Monaten. Das in den letzten zwölf Monaten vor der Beschäftigungslosigkeit erzielte Arbeitsentgelt darf die Bezugsgröße (2019 monatlich 3 115 Euro) nicht übersteigen. Ab 1. 1. 2020 gilt das 1,5fache der maßgeblichen Bezugsgröße.

Höhe des Arbeitslosengeldes

Die Höhe des Arbeitslosengeldes richtet sich nach dem Leistungsentgelt und dem Leistungssatz. Das Leistungsentgelt wird aus dem Bemessungsentgelt ermittelt. Das Bemessungsentgelt ist grundsätzlich das durchschnittlich auf den Tag entfallende beitragspflichtige Bruttoarbeitsentgelt, das der Arbeitslose im letzten Jahr erzielt hat.

Das letzte Jahr ist der „Bemessungszeitraum im Bemessungsrahmen“.

Das Bruttoarbeitsentgelt wird durch pauschalierte Abzüge für Beiträge zur Sozialversicherung, Lohnsteuer und Solidaritätszuschlag in ein pauschaliertes Nettoentgelt (Leistungsentgelt) umgerechnet. Grundlage für die Berechnung des Arbeitslosengeldes ist also nicht das tatsächlich erzielte Nettoarbeitsentgelt, sondern das pauschaliert verminderte Leistungsentgelt.

Das Arbeitslosengeld beträgt 60 % (allgemeiner Leistungssatz); für Arbeitslose, die mindestens ein Kind haben, aber 67 % (erhöhter Leistungssatz) des Leistungsentgelts.

Zahlungsdauer

Das Arbeitslosengeld wird für Kalendertage berechnet und geleistet. Ist es für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen zugrunde zu legen.

Der Anspruch auf Arbeitslosengeld ruht während der Zeit, für die der Arbeitslose einen Anspruch auf Sozialleistungen wie zum Beispiel Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletzten-geld, Mutterschaftsgeld oder Übergangsgeld, Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung hat.

Hat der Arbeitslose wegen der Beendigung des Arbeitsverhältnisses eine Abfindung, Entschädigung oder ähnliche Leistung erhalten oder einen Anspruch darauf und ist das Arbeitsverhältnis ohne Einhaltung einer der ordentlichen Kündigungsfrist des Arbeitgebers entsprechenden Frist beendet worden, so ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld vom Ende des Arbeitsverhältnisses an bis zu dem Tag, an dem das Arbeitsverhältnis bei Einhaltung dieser Frist geendet hätte.

Zu den ähnlichen Leistungen zählt die Entlassungs-entschädigung.

Der Anspruch auf Arbeitslosengeld ruht auch während der Zeit, für die der Arbeitslose Arbeitsentgelt erhält oder zu beanspruchen hat (zum Beispiel Urlaubsabgeltung).

Sperrzeit

Hat sich der Arbeitnehmer versicherungswidrig verhalten, ohne dafür einen wichtigen Grund zu haben, ruht der Anspruch für die Dauer einer Sperrzeit. Sperrzeiten gibt es bei

- Arbeitsaufgabe,
- Arbeitsablehnung,
- unzureichenden Eigenbemühungen,
- Ablehnung einer beruflichen Eingliederungsmaßnahme,
- Abbruch einer beruflichen Eingliederungsmaßnahme,
- Meldeversäumnis oder
- verspäteter Arbeitsuchendmeldung.

Die Dauer der Sperrzeit beträgt grundsätzlich zwölf Wochen. Eine Verkürzung auf drei oder auf sechs Wochen ist möglich. Bei unzureichenden Eigenbemühungen beträgt die Sperrzeit zwei Wochen und bei einer Meldeversäumnis eine Woche.

Teilarbeitslosengeld

Anspruch auf das Teilarbeitslosengeld hat ein Arbeitnehmer, wenn er

- teilarbeitslos ist,
- sich arbeitslos gemeldet
und
- die Anwartschaftszeit für das Teilarbeitslosengeld erfüllt hat.

Teilarbeitslos ist, wer eine versicherungspflichtige Beschäftigung verloren hat, die er neben einer weiteren versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeübt hat (Mehrfachbeschäftigter), und eine versicherungspflichtige Beschäftigung sucht.

Die Anwartschaftszeit für das Teilarbeitslosengeld hat erfüllt, wer in der Rahmenfrist von zwei Jahren als Mehrfachbeschäftigter mindestens zwölf Monate eine weitere versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt hat.

Das Teilarbeitslosengeld kann für sechs Monate gezahlt werden. Im Übrigen gelten für das Teilarbeitslosengeld die gleichen Regeln wie für das Arbeitslosengeld.

Übergangsgeld

Das Übergangsgeld ist eine Entgeltersatzleistung. Anspruch auf Übergangsgeld besteht nur, wenn die Vorbeschäftigungszeit erfüllt ist. Sie ist erfüllt, wenn der behinderte Mensch innerhalb der letzten drei Jahre mindestens zwölf Monate in einem Versicherungspflichtverhältnis stand oder die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld erfüllt und Leistungen beantragt hat.

Ausnahmen von der Vorbeschäftigungszeit sind möglich.

Die Höhe des Übergangsgeldes richtet sich nach der Berechnungsgrundlage. Das sind 80 % des zuletzt regelmäßig erzielten Arbeitsentgelts und des Arbeitseinkommens (Regelentgelt), für das zuletzt Beiträge gezahlt worden sind – höchstens jedoch das Nettoarbeitsentgelt. Berechnungsgrundlage ist aber mindestens ein Betrag von 65 % des fiktiven Arbeitsentgelts einer altersmäßig und beruflich vergleichbaren nicht behinderten Person.

Das Übergangsgeld beträgt 68 % der Berechnungsgrundlage; für Versicherte, die mindestens ein Kind erziehen, sind es 75 %. Auf das Übergangsgeld ist eigenes Einkommen anzurechnen.

Nach Ablauf eines Jahres wird das Übergangsgeld angepasst. Maßgebend dafür ist die Veränderung der Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer.

Kurzarbeitergeld

Arbeitnehmer haben Anspruch auf Kurzarbeitergeld, wenn

- ein erheblicher Arbeitsausfall mit Entgeltausfall vorliegt,
- die betrieblichen Voraussetzungen erfüllt sind,
- die persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind und
- der Arbeitsausfall der Agentur für Arbeit angezeigt wurde.

Der Arbeitsausfall ist vom Arbeitgeber oder der Betriebsvertretung bei der Agentur für Arbeit schriftlich oder elektronisch anzuzeigen.

Ein Arbeitsausfall ist erheblich, wenn

- er auf wirtschaftlichen Gründen oder einem unabwendbaren Ereignis beruht,
- er vorübergehend und nicht vermeidbar ist und
- im jeweiligen Kalendermonat mindestens ein Drittel der Arbeitnehmer von einem Entgeltausfall von mehr als 10 % ihres monatlichen Bruttoentgelts betroffen ist.

Die betrieblichen Voraussetzungen sind erfüllt, wenn in dem Betrieb regelmäßig mindestens ein Arbeitnehmer beschäftigt ist.

Zu den persönlichen Voraussetzungen gehört unter anderem, dass das Arbeitsverhältnis nicht gekündigt oder durch Auflösungsvertrag aufgelöst ist.

Anspruchszeitraum und Höhe

Das Kurzarbeitergeld wird frühestens von dem Kalendermonat an geleistet, in dem die Anzeige über den Arbeitsausfall bei der Agentur für Arbeit eingegangen ist. Die Leistung beginnt mit dem ersten Kalendermonat, für den in dem Betrieb Kurzarbeitergeld gezahlt wird. Kurzarbeitergeld wird für den Arbeitsausfall für längstens zwölf Monate von der Agentur für Arbeit geleistet. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann durch Rechtsverordnung die Bezugsdauer auf insgesamt 24 Monate verlängern, wenn außergewöhnliche Verhältnisse auf dem gesamten Arbeitsmarkt vorliegen.

Die Höhe des Kurzarbeitergeldes richtet sich nach der Differenz zwischen dem Nettoarbeitsentgelt, das ohne den Arbeitsausfall gezahlt worden wäre, und dem tatsächlich gezahlten Nettoentgelt. Es beträgt 60 % dieses Betrages; für Arbeitnehmer, die mindestens ein Kind erziehen, aber 67 %.

Saison-Kurzarbeitergeld

Arbeitnehmer im Baugewerbe oder einem Wirtschaftszweig der von saisonbedingtem Arbeitsausfall betroffen ist, haben in der Schlechtwetterzeit Anspruch auf Saison-Kurzarbeitergeld, wenn es sich um einen erheblichen saisonbedingten Arbeitsausfall handelt. Als ergänzende Leistung besteht Anspruch auf Wintergeld als Zuschuss-Wintergeld und Mehraufwands-Wintergeld.

Als Schlechtwetterzeit gelten die Monate Dezember bis März.

Die Arbeitgeber haben einen Anspruch auf Erstattung ihrer Beiträge zur Sozialversicherung, soweit sie für diese Zwecke Mittel durch eine Umlage aufgebracht haben.

Transferkurzarbeiter-
geld wird für längstens
zwölf Monate gezahlt.

Transferkurzarbeitergeld

Arbeitnehmer haben Anspruch auf Kurzarbeitergeld zur Förderung der Eingliederung bei betrieblichen Restrukturierungen (Transferkurzarbeitergeld), wenn und solange sie von einem dauerhaften unvermeidbaren Arbeitsausfall mit Entgeltausfall betroffen sind und die betrieblichen und persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Dadurch sollen Entlassungen vermieden und Vermittlungsaussichten verbessert werden.

Bevor über die Inanspruchnahme von Transferkurzarbeitergeld entschieden wird, müssen sich die Betriebsparteien im Rahmen ihrer Verhandlungen über einen die Integration fördernden Interessenausgleich oder Sozialplan von der Agentur für Arbeit beraten lassen sowie den dauerhaften Arbeitsausfall anzeigen.

Arbeitnehmer, die einen Anspruch auf Transferkurzarbeitergeld haben, können bei Teilnahme an Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung durch die Übernahme der Weiterbildungskosten gefördert werden, wenn

- ihnen ein Berufsabschluss fehlt oder sie bei Beginn der Teilnahme das 45. Lebensjahr vollendet haben,
- die Agentur für Arbeit sie vor Beginn der Teilnahme berät,
- der Träger der Maßnahme und die Maßnahme für die Förderung zugelassen sind,
- die Maßnahme während des Bezugs von Transferkurzarbeitergeld endet und
- der Arbeitgeber mindestens 50 % der Lehrgangskosten trägt.

Insolvenzgeld

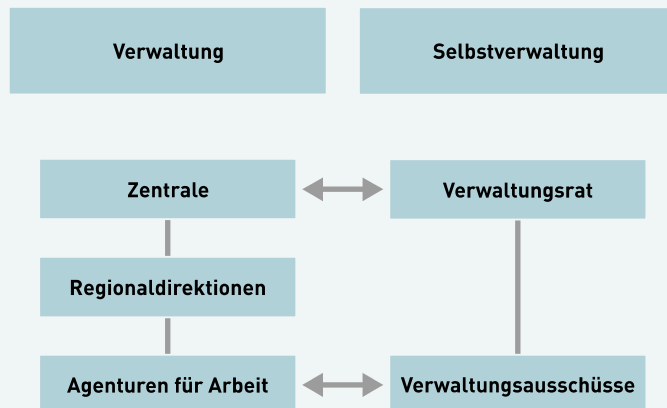
Arbeitnehmer haben Anspruch auf Insolvenzgeld, wenn sie bei Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen ihres Arbeitgebers für die vorausgehenden drei Monate des Arbeitsverhältnisses noch Ansprüche auf Arbeitsentgelt haben. Insolvenzgeld ist auch zu zahlen, wenn der Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse abgewiesen wurde.

Insolvenzgeld wird in Höhe des Nettoarbeitsentgelts geleistet. Daneben übernimmt die Agentur für Arbeit auch die noch nicht gezahlten Gesamtsozialversicherungsbeiträge.

Träger der Arbeitsförderung

Die Bundesagentur für Arbeit ist Träger der Arbeitsförderung. Sie ist eine rechtsfähige bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Sie gliedert sich in die Zentrale mit Sitz in Nürnberg, die Regionaldirektionen und die Agenturen für Arbeit. Die Agenturen für Arbeit und die sonstigen Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit sind zuständig für die Leistungen der Arbeitsförderung.

Gliederung der Bundesagentur für Arbeit



Grundsicherung für Arbeitsuchende

Durch die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende soll den Leistungsberechtigten ein Leben ermöglicht werden, das der Würde des Menschen entspricht.

Die Grundsicherung für Arbeitsuchende soll die Eigenverantwortung von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten und Personen, die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft leben, stärken und dazu beitragen, dass sie ihren Lebensunterhalt unabhängig von der Grundsicherung aus eigenen Mitteln und Kräften bestreiten können. Sie soll erwerbsfähige Leistungsberechtigte bei der Aufnahme oder Beibehaltung einer Erwerbstätigkeit unterstützen und den Lebensunterhalt sichern, soweit sie ihn nicht auf andere Weise bestreiten können. Die Gleichstellung von Männern und Frauen wird als durchgängiges Prinzip verfolgt.

Die Grundsicherung für Arbeitsuchende umfasst die Beratung der Arbeitsuchenden sowie Leistungen zur Beendigung oder Verringerung der Hilfebedürftigkeit insbesondere durch Eingliederung in Arbeit und Sicherung des Lebensunterhalts.

Grundlage der Grundsicherung für Arbeitsuchende ist das Zweite Buch des Sozialgesetzbuches, das SGB II.

Berechtigte

Anspruch auf Grundsicherung für Arbeitsuchende haben zwei Personengruppen: erwerbsfähige Leistungsberechtigte und Personen, die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft leben. Sie müssen dafür bestimmte Voraussetzungen erfüllen.

Zur Altersgrenze für die Regelaltersrente siehe Seite 61.

Erwerbsfähige Leistungsberechtigte

Leistungen erhalten Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet und die Altersgrenze noch nicht vollendet haben, erwerbsfähig und hilfebedürftig sind und ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Bedarfsgemeinschaft

Leistungen erhalten auch Personen, die mit erwerbsfähigen Leistungsberechtigten in einer Bedarfsgemeinschaft leben. Dienst- und Sachleistungen bekommen sie nur, wenn dadurch die Hemmnisse bei der Eingliederung der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten beseitigt oder vermindert werden.

Zur Bedarfsgemeinschaft gehören insbesondere die erwerbsfähigen Leistungsberechtigten und ihre Partner, die im Haushalt lebenden Eltern und die dem Haushalt angehörenden unverheirateten Kinder bis zu ihrem 25. Lebensjahr. Partner sind Ehe- oder Lebenspartner sowie Personen, die im wechselseitigen Willen Verantwortung füreinander tragen und füreinander eintreten. Hierzu zählen beispielsweise Verwandte oder Freunde.

Leistungen

Die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende werden in Form von Dienst-, Geld- und Sachleistungen erbracht.

Die Dienstleistungen – insbesondere Information, Beratung und umfassende Unterstützung durch einen persönlichen Ansprechpartner – haben das Ziel, den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen wieder in die Arbeitswelt einzugliedern.

Geldleistungen dienen darüber hinaus auch der Sicherung des Lebensunterhalts der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten und der mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen.

Bis zur Vollendung des 63. Lebensjahres besteht keine Verpflichtung, eine Rente wegen Alters vorzeitig in Anspruch zu nehmen.

Leistungsberechtigte sind verpflichtet, Sozialleistungen anderer Träger in Anspruch zu nehmen und die dafür erforderlichen Anträge zu stellen, sofern dadurch die Hilfebedürftigkeit vermieden, beseitigt, verkürzt oder verhindert werden kann.

Ab dem 63. Lebensjahr ist der Leistungsberechtigte verpflichtet, eine Altersrente vorzeitig, also mit Abschlägen, in Anspruch zu nehmen. Das Jobcenter kann ihn auffordern, einen Rentenantrag zu stellen. Kommt er dieser Aufforderung nicht nach, kann das Jobcenter den Antrag selbst stellen.

Um Härten zu vermeiden, entfällt diese Verpflichtung, wenn die vorzeitige Inanspruchnahme unzumutbar wäre. Das ist zum Beispiel bei Verlust eines Anspruchs auf Arbeitslosengeld, bei einer bevorstehenden abschlagsfreien Altersrente, einer Erwerbstätigkeit oder einer bevorstehenden Erwerbstätigkeit der Fall. Es ist außerdem unzumutbar, wenn der Leistungsberechtigte dadurch hilfebedürftig werden würde.

Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts

Die Leistungen umfassen den Regelbedarf, Mehrbedarfe und den Bedarf für Unterkunft und Heizung sowie für Bildung und Teilhabe.

Regelbedarf

Als Regelbedarf erhalten erwerbsfähige Leistungsberechtigte Arbeitslosengeld II und nichterwerbsfähige Leistungsberechtigte, die mit erwerbsfähigen Leistungsberechtigten in einer Bedarfsgemeinschaft leben, Sozialgeld.

Der Regelbedarf dient der Sicherung des Lebensunterhalts und umfasst vor allem Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie sowie persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens. Hierzu gehört in vertretbarem Umfang eine Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben in der Gemeinschaft. Er wird als monatlicher Pauschalbetrag gezahlt.

Die Kosten für Heizung und Warmwasser werden zusätzlich gezahlt.

Jeweils zum 1. 1. eines Jahres werden die Regelbedarfsstufen neu festgelegt. Dabei werden die durchschnittliche Entwicklung der Preise für regelbedarfsrelevante Güter und Dienstleistungen sowie die durchschnittliche Entwicklung der Nettolöhne und -gehälter je beschäftigten Arbeitnehmer zugrunde gelegt. Dann vergleicht man die Veränderungen in einem zurückliegenden Zwölfmonatszeitraum gegenüber dem davor liegenden Zwölfmonatszeitraum. Für die Fortschreibung der Regelbedarfsstufen zum 1. 1. 2019 wurden die regelbedarfsrelevanten Preise und die Nettolöhne

Die Regelbedarfe wurden ab 1. 1. 2019 um 2,02 % erhöht.

und -gehälter je Arbeitnehmer im Zeitraum Juli 2016 bis Juni 2017 mit denen im Zeitraum von Juli 2017 bis Juni 2018 verglichen. Die entsprechende Veränderungsrate beträgt 2,02 %.

Regelbedarf bei Arbeitslosengeld II/Sozialgeld ab 1. 1. 2019	
Berechtigte	Regelbedarf
→ Volljährige, die allein in einer Wohnung leben (Alleinstehende),	424 Euro
→ Volljährige, die mit einem Kind oder Jugendlichen in einer Wohnung leben (Alleinerziehende),	
→ Volljährige mit minderjährigem Partner	
→ Volljährige, die in einer Bedarfsgemeinschaft mit einem Ehe- oder Lebenspartner oder in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft mit einem Partner zusammenleben – pro Person	382 Euro
→ Volljährige bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres (18 bis 24 Jahre), die in einer Bedarfsgemeinschaft leben,	339 Euro
→ Personen unter 25 Jahre, die ohne Zusicherung des kommunalen Trägers umziehen (18 bis 24 Jahre)	
→ Kinder beziehungsweise Jugendliche im 15. Lebensjahr (14 Jahre) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (14 bis 17 Jahre), die in einer Bedarfsgemeinschaft leben,	322 Euro
→ Minderjährige Partner (14 bis 17 Jahre), die in einer Bedarfsgemeinschaft leben	
→ Kinder ab Beginn des 7. Lebensjahres bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres (6 bis 13 Jahre)	302 Euro
→ Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (0 bis 5 Jahre)	245 Euro

Mehrbedarfe

Für werdende Mütter, die erwerbsfähig und hilfebedürftig sind sowie für Personen, die mit einem oder mehreren minderjährigen Kindern zusammen leben und allein für deren Pflege und Erziehung sorgen, wird ein Mehrbedarf anerkannt.

Bedarfe für Heizung und Unterkunft

Soweit dies angemessen ist, wird darüber hinausgehender Bedarf, wie Kosten für Heizung und Unterkunft, gezahlt. Mietschulden können als Darlehen übernommen werden, wenn Wohnungslosigkeit droht oder dadurch die Aufnahme einer in Aussicht stehenden Beschäftigung verhindert wird.

Bedarfe für Bildung und Teilhabe

Bedarfe für Bildung und Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben in der Gemeinschaft werden bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen neben dem Regelbedarf gesondert berücksichtigt. Bedarfe für Bildung werden nur bei Personen

Entsprechendes gilt auch für Kinder, die eine Kindertageseinrichtung besuchen.

berücksichtigt, die noch nicht 25 Jahre alt sind, eine allgemein- oder berufsbildende Schule besuchen und keine Ausbildungsvergütung erhalten.

Sind Schüler auf Schülerbeförderung angewiesen, werden dafür die erforderlichen Kosten für den Besuch der nächstgelegenen Schule des gewählten Bildungsgangs anerkannt. Bei Teilnahme an einer gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung, Schulausflügen und mehrtägigen Klassenfahrten werden die tatsächlichen Aufwendungen übernommen. Die Ausstattung mit persönlichem Schulbedarf wird in jedem Jahr jeweils zum 1. 8. mit 100 Euro und zum 1. 2. mit 50 Euro gefördert.

Dies gilt nur für Leistungsberechtigte die noch nicht 18 Jahre alt sind.

Die tatsächlichen Aufwendungen für Aktivitäten in den Bereichen Sport, Spiel, Kultur und Geselligkeit, Unterricht in künstlerischen Fächern (zum Beispiel Musikunterricht) und vergleichbare angeleitete Aktivitäten der kulturellen Bildung sowie Freizeiten werden pauschal mit einem Betrag von 15 Euro monatlich gefördert.

Das Einstiegsgeld kann auch erbracht werden, wenn die Hilfebedürftigkeit durch oder nach Aufnahme der Erwerbstätigkeit entfällt.

Einstiegsgeld

Zur Überwindung von Hilfebedürftigkeit kann erwerbsfähigen Leistungsberechtigten bei Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen oder selbständigen Erwerbstätigkeit ein Einstiegsgeld gezahlt werden, wenn dies zur Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt erforderlich ist.

Bis zum 31. 12. 2010 wurden Pflichtbeiträge zur Rentenversicherung erworben.

Bezieher von Arbeitslosengeld II (nicht von Sozialgeld) werden in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflichtversichert. Die Zeit des Bezugs von Arbeitslosengeld II kann ab 1. 1. 2011 als Anrechnungszeit in der Rentenversicherung berücksichtigt werden.

Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende

Die Grundsicherung für Arbeitsuchende wird von der Bundesagentur für Arbeit (den örtlichen Agenturen für Arbeit) und den kreisfreien Städten und Kreisen (kommunale Träger) durchgeführt. Zu ihrer Unterstützung können sie Dritte mit der Wahrnehmung von Aufgaben beauftragen. Zudem sollen sie einen Außendienst zur Bekämpfung von Leistungsmissbrauch einrichten.

Die kommunalen Träger erbringen
→ Leistungen für Unterkunft und Heizung,

- Kinderbetreuungsleistungen,
- Schuldner- und Suchtberatung,
- psychosoziale Betreuung,
- besonderen, einmaligen Bedarf (etwa die Erstausrüstung für Bekleidung und Wohnung) und
- Leistungen für Bildung und Teilhabe.

Für alle übrigen Leistungen der Grundsicherung für Arbeit-suchende sind die Agenturen für Arbeit zuständig.

Zur einheitlichen Durchführung der Grundsicherung für Arbeit-suchende bilden die Agenturen für Arbeit und der jeweilige kommunale Träger eine gemeinsame Einrichtung, die sämtliche Aufgaben der Grundsicherung für Arbeitsuchende wahrnimmt.

Die gemeinsamen Einrichtungen und die zugelassenen kommunalen Träger führen die Bezeichnung Jobcenter.

Anstelle der Bundesagentur für Arbeit können vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales kommunale Träger durch Rechtsverordnung zugelassen werden. Sie erbringen dann sämtliche Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende.

Finanzierung aus Bundesmitteln

Der Bund trägt die Aufwendungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende, soweit die Leistungen von der Bundesagentur für Arbeit gezahlt werden.

Werden die Leistungen zur Grundsicherung von Arbeitsgemein-schaften erbracht, trägt der Bund die Aufwendungen einschließ-lich der Verwaltungskosten. Er beteiligt sich zweckgebunden an den Leistungen für Unterkunft und Heizung.

Die Erstattung der Leistungsausgaben für das Bildungspaket wird auf Basis der tatsächlichen Kosten jährlich fortlaufend angepasst.



Merke:

Leistungsarten sind insbesondere Leistungen zur Eingliederung in Arbeit und zur Sicherung des Lebensunterhalts.

Arbeitslosengeld II, Leistungen für Unterkunft und Heizung und das Sozialgeld dienen dazu, den Lebensunterhalt zu sichern.

Krankenversicherung

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Die Krankenkassen erbringen die dafür erforderlichen Leistungen und helfen durch Aufklärung und Beratung.

Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich. Sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.

Nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung können in Anspruch genommen werden:

- Leistungen zur Förderung der Gesundheit, zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten,
- Krankenbehandlung insbesondere ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, Krankenhausbehandlung, medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, Betriebshilfe für Landwirte, Krankengeld,
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft ärztliche Betreuung, Hebammenhilfe, stationäre Entbindung, häusliche Pflege, Haushaltshilfe, Betriebshilfe für Landwirte, Mutterschaftsgeld,
- Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei durch Krankheit erforderlicher Sterilisation und bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch.

Alle Einwohner der Bundesrepublik Deutschland sind verpflichtet, sich zur Absicherung im Krankheitsfall in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung zu versichern.

Grundlage für die gesetzliche Krankenversicherung ist das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches, das SGB V. Für besondere Personengruppen regeln auch andere Gesetze den Krankenversicherungsschutz (zum Beispiel das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte oder das Künstlersozialversicherungsgesetz).

Versicherte Personen

Alle Einwohner der Bundesrepublik Deutschland sind verpflichtet, bei einem Krankenversicherungsunternehmen mit Geschäftssitz in Deutschland eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen und aufrechtzuerhalten, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst. Diese gilt nicht für Personen, die bereits über einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz verfügen (wie zum Beispiel Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung).

Der gesetzlichen Krankenversicherung kann man als Pflichtversicherter, freiwillig Versicherter und durch beitragsfreie Mitversicherung (Familienversicherung) angehören.

Pflichtversicherte

Die Pflichtversicherung tritt ohne Rücksicht auf den eigenen Willen oder den des Arbeitgebers ein. Sie ist eine Zwangsversicherung; sie kann weder schriftlich noch durch mündliche Absprache zwischen den Beteiligten ausgeschlossen werden.

Versicherungspflichtig sind im Wesentlichen

Teilnehmer an dualen Studiengängen sind den Beschäftigten zur Berufsausbildung gleichgestellt.

- Arbeitnehmer, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, sowie zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte,
- Personen, die Arbeitslosengeld beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit oder Urlaubsabgeltung ruht,
- Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen,
- Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler nach näherer Bestimmung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte,
- Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
- Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
- Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten oder in Blindenwerkstätten tätig sind oder die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine bestimmte Leistung erbringen,
- Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters,
- Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten (Praktikanten), sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte,

Das gilt längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres (Ausnahmen möglich).

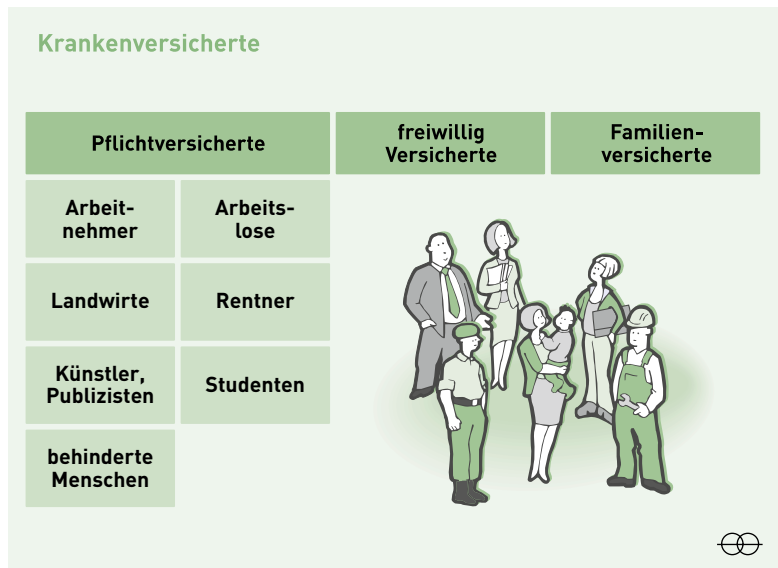
Auf die erforderliche Mitgliedszeit wird für jedes Kind, Stiefkind oder Pflegekind eine Zeit von drei Jahren angerechnet.

Dies gilt nicht für Waisen, die zuletzt vor der Rentenantragstellung privat krankenversichert waren, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung.

- Rentner der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder Familienversicherter der gesetzlichen Krankenversicherung waren,
- Personen, die die Voraussetzungen für eine Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen oder beantragt haben. Das gilt auch für entsprechende Leistungen einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, wenn der verstorbene Elternteil zuletzt als Beschäftigter von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung wegen Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung befreit war, sowie
- Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich oder noch nie krankenversichert waren.

Dafür wurde bei der Deutschen Rentenversicherung Bund die „Clearingstelle“ eingerichtet.

Selbständige Erwerbstätige sind in der Krankenversicherung nicht pflichtversichert. Bestehen Zweifel, ob eine Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit vorliegt, entscheidet der Rentenversicherungsträger in einem sogenannten Statusfeststellungsverfahren, ob eine Beschäftigung vorliegt.



Von der Pflichtversicherung ausgenommen

sind Arbeitnehmer, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt; sie sind dann nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres versicherungsfrei.

Im Jahr 2019 beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze 60 750 Euro oder monatlich 5 062,50 Euro. Für Arbeitnehmer, die am 31. 12. 2002 bereits versicherungsfrei und bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert waren, beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze 54 450 Euro oder 4 537,50 Euro monatlich für 2019.

Versicherungsfrei sind außerdem Personen, die des Schutzes der gesetzlichen Krankenversicherung nicht bedürfen. Dazu zählen Beamte, Richter, Berufssoldaten oder Beschäftigte von Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge bei Krankheit und auf Beihilfe oder Heilfürsorge.

Beginn und Ende der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft der Arbeiter und Angestellten in der Krankenversicherung beginnt mit dem Tag des Eintritts in die Beschäftigung. Der Arbeitgeber meldet die Aufnahme der Beschäftigung der Krankenkasse.

Die Mitgliedschaft endet mit Ablauf des Tages, an dem das Beschäftigungsverhältnis endet.

Kündigt der Versicherungspflichtige die Mitgliedschaft zu einer Krankenkasse, beginnt die Mitgliedschaft bei der neugewählten Krankenkasse mit dem Tag nach Eintritt der Rechtswirksamkeit der Kündigung.

Bei Künstlern und Publizisten beginnt die Mitgliedschaft mit dem Tag, an dem die Künstlersozialkasse die Versicherungspflicht feststellt. Sie endet mit dem Tag, an dem die Künstlersozialkasse das Ende der Mitgliedschaft feststellt.

Studenten sind ab Semesterbeginn versichert, frühestens mit dem Tag der Einschreibung oder der Rückmeldung an die Hochschule. Die Mitgliedschaft endet sieben Monate nach Beginn des Semesters, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben, spätestens mit der Exmatrikulation.

Die Mitgliedschaft der Rentner beginnt mit dem Tag der Rentenantragstellung.

Die Mitgliedschaft der Bezieher von Arbeitslosengeld II und Arbeitslosengeld I beginnt mit dem Tag, von dem an die Leistung bezogen wird. Sie endet mit Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung bezogen wird.

Die Mitgliedschaft konnte frühestens am 1.4.2007 beginnen.

Für Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, beginnt die Mitgliedschaft mit dem ersten Tag ohne Absicherung.

Freiwillig Versicherte

Ein freiwilliges Versicherungsverhältnis ist – im Gegensatz zur Pflichtversicherung – weitgehend vom eigenen Willen des Versicherten abhängig.

Zur freiwilligen Versicherung ist unter anderem berechtigt,

- wer aus der Versicherungspflicht ausgeschieden ist und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert war,
- wer aus der Familienversicherung ausgeschieden ist.

Der freiwillige Beitritt muss der gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von drei Monaten angezeigt werden. Ein späterer Beitritt ist nicht möglich.

Der Beitritt ist schriftlich zu erklären.

Die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter beginnt mit dem Tag ihres Beitritts zur Krankenkasse. Bei Personen, die aus der Pflichtmitgliedschaft oder einer Familienversicherung ausscheiden, beginnt die freiwillige Mitgliedschaft im Anschluss an die vorherige Versicherung.

Familienversicherte

Die Familienversicherung begründet eine eigene Mitgliedschaft in der Krankenversicherung. Versichert sind der Ehepartner, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

- ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
- nicht in der Krankenversicherung versicherungspflichtig oder freiwillig versichert sind,
- nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind,
- nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
- kein Gesamteinkommen haben, das im Jahr 2019 den Betrag von monatlich 445 Euro überschreitet.

Bei geringfügig Beschäftigten gelten 450 Euro.

Kinder werden bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in der Familienversicherung aufgenommen. Wenn sie nicht erwerbstätig sind, gilt das 23. Lebensjahr.

Für Kinder, die als behinderte Menschen anerkannt und außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, gibt es keine Altersgrenze.

Liegt eine Schul- oder Berufsausbildung vor, ist eine Familienversicherung bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres möglich. Wurde die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, verlängert sich die Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus für einen Zeitraum, der höchstens der Dauer dieses Dienstes entspricht.



Merke:

In der Krankenversicherung gibt es Pflichtversicherte, freiwillig Versicherte und Familienversicherte.

Pflichtversicherte sind hauptsächlich Arbeitnehmer und Rentner.

Arbeitnehmer sind versicherungsfrei, wenn ihr Arbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze in einem Kalenderjahr übersteigt.

Freiwillig versichern kann sich grundsätzlich nur, wer zuletzt pflicht- oder familienversichert war.

Die Familienversicherung begründet eine eigene Mitgliedschaft.

Finanzierung

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen finanziert. Als Beiträge gelten auch die kassenindividuellen Zusatzbeiträge. Bundeszuschüsse aus Steuermitteln ergänzen die Finanzierung.

Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds ist eine zentrale Stelle, von der die Mittel für die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung gesammelt und verwaltet werden, um diese dann an die Versicherungsträger (unter anderem Krankenkassen) zu verteilen. Die durchführende Stelle für den Gesundheitsfonds ist das Bundesversicherungsamt.

Landwirtschaftliche Krankenkassen sind am Gesundheitsfonds nicht beteiligt.

Das Bundesversicherungsamt verwaltet als Sondervermögen (Gesundheitsfonds) die Krankenversicherungsbeiträge

- die von den Einzugsstellen eingezogen werden,
- aus Rentenzahlungen,
- aus geringfügigen Beschäftigungen,
- nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz, von Beziehern von Arbeitslosengeld I und Arbeitslosengeld II sowie
- die vom Bund gezahlten Zuschüsse.

Die Bundeszuschüsse dienen der teilweisen Finanzierung versicherungsfremder Leistungen für gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die in keinem Zusammenhang mit dem typischen Versicherungsfall der gesetzlichen Krankenversicherung – der Krankheit – stehen. Hierzu zählen insbesondere Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch, Haushaltshilfe sowie Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes. Außerdem gehören noch die Beitragsfreiheit für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld beziehungsweise bei Bezug von Elterngeld sowie die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und anderen Familienangehörigen dazu.

Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen als Bundeszuschuss jährlich 14,5 Milliarden Euro. Der Zuschuss des Bundes wird in monatlichen Teilbeträgen jeweils zum ersten Bankarbeitstag an den Gesundheitsfonds überwiesen.

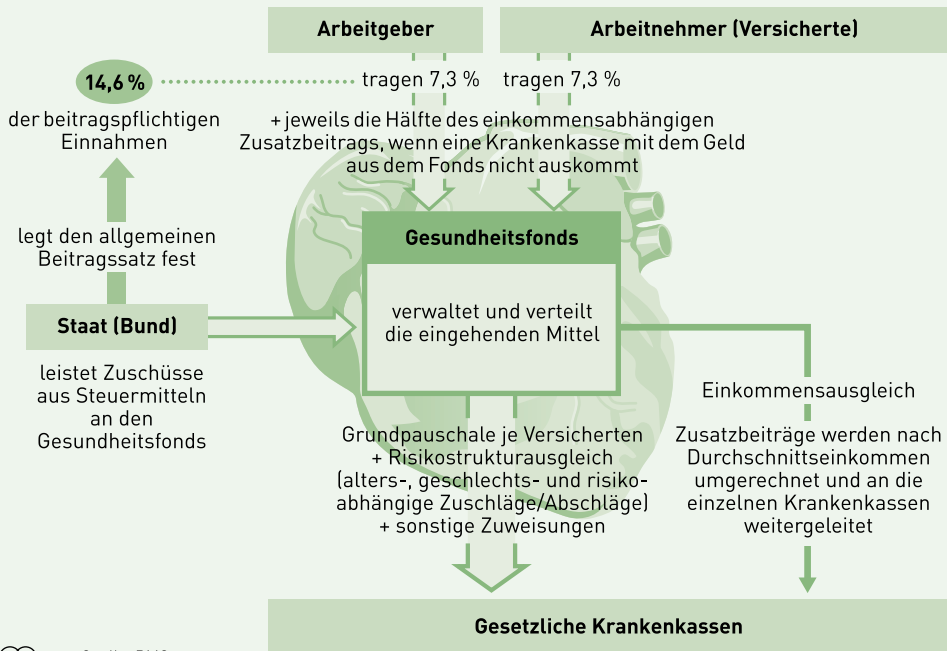
Der Gesundheitsfonds überweist dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung einen Teil der Bundeszuschüsse zur Weiterleitung an die Landwirtschaftlichen Krankenkassen.

Der Anteil ergibt sich aus dem Verhältnis der Anzahl der landwirtschaftlichen Versicherten zu der Gesamtzahl aller Versicherten.

Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen Pauschalbeträge für jeden ihrer Versicherten. Zur Grundpauschale werden Zu- und Abschläge zum Ausgleich des nach Alter, Geschlecht und Krankheit unterschiedlichen Versorgungsbedarfs der Versicherten gewährt. Kassen mit vielen kostenintensiven Behandlungsfällen (zum Beispiel chronisch Kranken oder älteren Menschen) erhalten dadurch höhere Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds als Kassen mit jungen und gesunden Versicherten.

Dieses System wird als morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich bezeichnet.

Wie funktioniert der Gesundheitsfonds?



Quelle: BMG

Nach Durchführung eines Einkommensausgleichs zwischen den Krankenkassen weist das Bundesversicherungsamt die in den Gesundheitsfond eingezahlten Zusatzbeiträge anteilig den Krankenkassen zu, die einen Zusatzbeitrag erhoben haben.

Beim Einkommensausgleich wird der Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse mit den voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen und ihrer Mitgliederzahl multipliziert.

Beitragshöhe

Die Höhe der Beiträge richtet sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder und dem Beitragssatz. Der Beitragssatz ist ein Vomhundertsatz. Angewendet auf die beitragspflichtigen Einnahmen ergibt er den Krankenversicherungsbeitrag. Für Familienversicherte muss kein zusätzlicher Beitrag gezahlt werden.

Beitragsfrei sind nur die genannten Leistungen.

Beitragsfrei krankenversichert sind Mitglieder für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld, Mutterschaftsgeld oder des Bezugs von Elterngeld.

Beitragssatz

Es gibt einen einheitlichen allgemeinen Beitragssatz und einen einheitlichen ermäßigten Beitragssatz für alle Krankenkassen. Der ermäßigte Beitragssatz ist für diejenigen Mitglieder maßgebend, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Der allgemeine Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt 14,6 %, der ermäßigte Beitragssatz 14,0 %.

Zusatzbeiträge

Ist der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt, erhebt sie von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag. Die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds werden mit dem kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz multipliziert und ergeben so den zu zahlenden Zusatzbeitrag. Der Zusatzbeitragssatz ist so zu bemessen, dass die Einnahmen daraus zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Höhe der Rücklage decken.

Die Krankenkassen dürfen ihren Zusatzbeitragssatz nicht anheben, solange deren Finanzreserven (Betriebsmittel einschließlich der Rücklage) eine Monatsausgabe überschreitet.

Für einige Personengruppen werden die Krankenversicherungsbeiträge einschließlich der Zusatzbeiträge durch den Bund, durch einen Träger, eine Einrichtung beziehungsweise durch den Arbeitgeber voll getragen. In diesen Fällen ist nur der durchschnittliche Zusatzbeitrag zu zahlen. Es handelt sich dabei insbesondere um

- Bezieher von Arbeitslosengeld II,
- Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
- Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten oder in Blindenwerkstätten tätig sind oder die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine bestimmte Leistung erbringen,
- Bezieher von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder vergleichbaren Entgeltersatzleistungen,
- Auszubildende, mit einem monatlichen Bruttoverdienst bis zu 325 Euro,
- Personen, die ein freiwilliges soziales oder freiwilliges ökologisches Jahr beziehungsweise den Bundesfreiwilligendienst leisten.

In der landwirtschaftlichen Krankenversicherung wird der Zusatzbeitrag nicht mit dem kassenindividuellen, sondern dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz berechnet.

Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ergibt sich aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, geteilt durch die voraussichtlichen jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen, multipliziert mit 100.

Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz für 2019 beträgt 0,9 %.

Das Bundesministerium für Gesundheit legt die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes für das Folgejahr fest und gibt diesen Wert jeweils bis zum 1. 11. eines Kalenderjahres im Bundesanzeiger bekannt.

Beitragspflichtige Einnahmen

Beitragspflichtige Einnahmen sind bei

Im Jahr 2019 beträgt die Beitragsbemessungsgrenze 54 450 Euro (monatlich 4 537,50 Euro).

Das sind im Jahr 2019 671,28 Euro.

- Arbeitnehmern: das Arbeitsentgelt aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung (höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze), die gesetzliche Rente und vergleichbare Versorgungsbezüge,
- Beziehern von Arbeitslosengeld I: 80 % des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts,
- Arbeitslosengeld-II-Empfängern: der 0,2155fache Teil der monatlichen Bezugsgröße,
- Kurzarbeitergeld-Empfängern: 80 % des Unterschiedsbetrags zwischen dem Sollentgelt und dem Istentgelt,
- Personen, die Pflegeunterstützungsgeld erhalten: 80 % des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts,
- Beziehern von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder vergleichbaren Entgeltersatzleistungen: 80 % des Regelentgelts, aus dem die Leistung berechnet wurde,
- behinderten Menschen, die in anerkannten Werkstätten oder in Blindenwerkstätten tätig sind oder die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine bestimmte Leistung erbringen: das tatsächlich erzielte Arbeitsentgelt, mindestens jedoch 20 % der monatlichen Bezugsgröße,
- Studenten, die nicht bei ihren Eltern leben: der Bedarfssatz nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG),
- versicherungspflichtigen Rentnern: der Bruttobetrag der gesetzlichen Rente sowie vergleichbarer Einnahmen (Versorgungsbezüge, wie zum Beispiel Betriebsrenten) und etwaiges Arbeitseinkommen. Als Rente der gesetzlichen Rentenversicherung gelten Renten der allgemeinen Rentenversicherung und der knappschaftlichen Rentenversicherung einschließlich der Steigerungsbeträge aus Höherversicherungsbeiträgen.

Im Jahr 2019 sind das 623 Euro.

Ab 1. 8. 2019 wird er voraussichtlich 744 Euro betragen.

Für betriebliche Ruster-Renten müssen Pflichtversicherte seit 1. 1. 2018 keine Krankenkassenbeiträge zahlen.

Der Beitrag für Personen, die freiwillig in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, richtet sich nach ihrem Einkommen. Die Beitragsbelastung soll die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit berücksichtigen.

Im Jahr 2019 sind als monatliche Einnahmen mindestens 1 038,33 Euro und höchstens 4 537,50 Euro zu berücksichtigen. Das gilt seit dem 1. 1. 2019 auch für Selbstständige und Freiberufler.

Zu den beitragspflichtigen Einnahmen gehören also nicht nur das Arbeitsentgelt oder das Arbeitseinkommen, sondern zum Beispiel auch Einkünfte aus Kapitalvermögen sowie aus Vermietung und Verpachtung. Bei freiwillig versicherten Rentnern werden neben der gesetzlichen Rente außerdem auch Betriebsrenten sowie private Renten herangezogen. Als beitragspflichtige Einnahmen gilt für den Kalendertag mindestens der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße und höchstens die monatliche Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung. Für versicherte Familienangehörige werden keine Beiträge erhoben.

Meldung und Einzug der Sozialversicherungsbeiträge

Einzugsstelle ist grundsätzlich die Krankenkasse, von der auch die Krankenversicherung durchgeführt wird.

Der Arbeitgeber zieht den Beitragsanteil des Beschäftigten vom Arbeitsentgelt ab und zahlt ihn zusammen mit dem Arbeitgeberanteil als Gesamtsozialversicherungsbeitrag (also Beiträge zur Kranken-, Pflege-, Rentenversicherung und zur Arbeitsförderung) an die Einzugsstelle. Zusammen mit dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag werden auch die Umlagen zur Erstattung der Aufwendungen bei krankheitsbedingter Entgeltfortzahlung oder Mutterschaft sowie für das Insolvenzgeld an die Einzugsstelle gezahlt.

Die Einzugsstelle teilt unter anderem den Gesamtsozialversicherungsbeitrag auf und leitet ihn arbeitstäglich an die einzelnen Träger beziehungsweise den Gesundheitsfonds weiter.

Sie ist auch für das Meldewesen, den Beitragseinzug und die Entscheidung über die Versicherungs- und Beitragspflicht in den Zweigen der Sozialversicherung zuständig. Für ihre Tätigkeit erhält sie von den anderen Sozialversicherungsträgern eine Vergütung.

Meldungen und Beitragsnachweise zur Sozialversicherung dürfen nur durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder maschinell erstellten Ausfüllhilfen vorgenommen werden. Alle Arbeitgeber dürfen deshalb die Sozialversicherungsmeldungen und Beitragsnachweise ihrer Beschäftigten nur noch als gesicherte und verschlüsselte elektronische Daten übermitteln. Die Regelung gilt unabhängig von der Betriebsgröße. Die Meldungen werden von der Einzugsstelle an die anderen Träger weitergeleitet.

So errechnet sich der Gesamtsozialversicherungsbeitrag 2019



Arbeitnehmer		Arbeitgeber
7,3 % + halber kassen- individueller Zusatzbeitrag	Beitrag zur Krankenversicherung (Allgemeiner Beitragssatz) 14,6 % + kassenindividueller Zusatzbeitrag	7,3 % + halber kassen- individueller Zusatzbeitrag
+		
1,525 % in Sachsen: 2,025 % +0,25 %	Beitrag zur Pflegeversicherung 3,05 % + Beitragszuschlag für Kinderlose 0,25 %	1,525 % in Sachsen: 1,025 % 0
+		
9,3 %	Beitrag zur Rentenversicherung 18,6 %	9,3 %
+		
1,25 %	Beitrag zur Arbeitsförderung 3,0 %	1,25 %
↓		
zu zahlen an die Einzugsstelle (Krankenkasse)		



Die Minijob-Zentrale hat ihren Sitz in Essen.

Für geringfügig Beschäftigte zieht die Minijob-Zentrale der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See die Sozialabgaben und die einheitliche Pauschalsteuer ein.

Beitragstragung in der Krankenversicherung

Für einen versicherungspflichtigen Beschäftigten ist der allgemeine Beitragssatz von 14,6 % zu zahlen. Arbeitgeber und Arbeitnehmer tragen jeweils 7,3 %. Erhebt die Krankenkasse einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag, zahlt der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber jeweils den halben Zusatzbeitrag.

Während einer Berufsausbildung trägt der Arbeitgeber den vollen Gesamtsozialversicherungsbeitrag allein, wenn der monatliche Bruttoverdienst 325 Euro nicht übersteigt.

Für Minijobs mit einem Verdienst bis zu monatlich 450 Euro (geringfügige Beschäftigungen) zahlt nur der Arbeitgeber einen

Beitrag in Höhe von 13 % des Arbeitsentgelts für die Krankenversicherung. Bei Beschäftigten in Privathaushalten zahlt der Arbeitgeber einen Beitrag von 5 % des Arbeitsentgelts.

Diese Beschäftigungen werden als „Midijobs“ bezeichnet.

Liegt das Arbeitsentgelt zwischen 450,01 Euro und 1 300 Euro (Übergangsbereich), wird die Beitragsverteilung zwischen den Beschäftigten und dem Arbeitgeber variabel gestaltet.

Während des freiwilligen sozialen Jahres, des freiwilligen ökologischen Jahres und des Bundesfreiwilligendienstes zahlt der Arbeitgeber die Beiträge in voller Höhe.

Selbständige Künstler und Publizisten beteiligen sich an den Beiträgen, die die Künstlersozialkasse (KSK) für sie zahlt.

Für Studenten und Praktikanten ist ein Beitragssatz von sieben Zehntel des allgemeinen Beitragssatzes maßgebend. Es gilt somit ein Beitragssatz von 10,22 %, der um den zusätzlichen kassenindividuellen Beitragssatz zu erhöhen ist. Studenten tragen ihre Beiträge in voller Höhe selbst. Sie zahlen diese für ein Semester im Voraus an die Krankenkasse.

Allgemeiner Beitragssatz von $14,6\% \times 7/10 = 10,22\%$.

Die Beiträge der versicherungspflichtigen Rentner werden von der Rentenversicherung bei der Rentenzahlung einbehalten und an die Krankenversicherung abgeführt. Für Rentner gilt der allgemeine Beitragssatz von 14,6 %. Die Rentenversicherung und der Rentner zahlen jeweils 7,3 % der Rente. Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag wird von der Rentenversicherung und dem Rentner jeweils zur Hälfte getragen. Änderungen des Zusatzbeitragssatzes wirken sich auf die Rentenhöhe erst mit einem Abstand von zwei Monaten aus. Über den veränderten Zusatzbeitrag werden die Rentner aus Kostengründen nur mit einem Hinweis auf dem Kontoauszug der Bank informiert.

Eine Veränderung des Zusatzbeitragssatzes beispielsweise ab 1. 1. 2019 gilt für Renten ab 1. 3. 2019.

Beitragsgestaltung in der Krankenversicherung

	Beitragsanteil Versicherter	Beitragsanteil Arbeitgeber/ andere
Versicherungspflichtige, Rentner	7,3 % + Zusatzbeitrag	7,3 %
Minijobber im Privathaushalt	–	5,0 %
Minijobber bis 450 Euro	–	13,0 %
Midijobber Übergangsbereich	variabel	variabel
Künstler, Publizisten	beteiligt	Hauptanteil KSK
Studenten, freiwillig Versicherte	voller Beitrag	–

Versorgungsbezüge sind zum Beispiel Betriebs- und Zusatzrenten, Pensionen oder Kapitalleistungen aus einer Direktversicherung.

Ebenfalls allein zahlen versicherungspflichtige Rentner auch Krankenversicherungsbeiträge von ihren Versorgungsbezügen nach dem allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % zuzüglich des kassenindividuellen Beitrags.

In der Krankenversicherung versicherungspflichtige Personen müssen für Waisenrenten und entsprechende Leistungen einer berufständischen Versorgungseinrichtung keine Beiträge mehr zahlen. Sie sind beitragsfrei. Dies gilt insbesondere

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder einen entsprechenden Freiwilligendienst leisten,
- über das 25. Lebensjahr hinaus für einen Zeitraum, der der Erfüllung der gesetzlichen Dienstpflicht entspricht, wenn eine Schul- oder Berufsausbildung durch diesen unterbrochen oder verzögert wurde,
- wenn sie als behinderte Menschen außerstande sind, sich selbst zu unterhalten.

Der Rentenversicherungsträger muss aber die Hälfte der Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner zahlen, die er ohne die Beitragsfreiheit sonst zu tragen hätte. Das gilt entsprechend auch für Waisenrenten der Alterssicherung der Landwirte.

Lesen Sie dazu bitte auch Seite 76.

Die Bundesagentur für Arbeit trägt die Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld I einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags in voller Höhe. Für Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, gilt der ermäßigte Beitragssatz von 14,0 %. Die Beiträge einschließlich des durchschnittlichen Zusatzbeitrags trägt der Bund.

Soweit für Beschäftigte Beiträge für Kurzarbeitergeld zu zahlen sind, trägt diese der Arbeitgeber.

Der zuständige Rehabilitationsträger zahlt die Beiträge einschließlich des durchschnittlichen Zusatzbeitrags aufgrund von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, an Berufsfindung oder Arbeitserprobung sowie des Bezugs von Übergangsgeld, Verletzungsgeld oder Versorgungskrankengeld.

Der Träger der Einrichtung übernimmt für Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, für behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten oder in Blindenwerkstätten tätig sind oder die in

Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine bestimmte Leistung erbringen, den vollen Beitrag einschließlich des durchschnittlichen Zusatzbeitrags.

Für Personen, die einen Pflegebedürftigen pflegen und Pflegeunterstützungsgeld beziehen, werden die Beiträge zur Krankenversicherung einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags je zur Hälfte von ihr und der Pflegekasse beziehungsweise vom privaten Versicherungsunternehmen getragen.

Freiwillig Versicherte zahlen ihren Krankenversicherungsbeitrag in voller Höhe allein.

Wer als Arbeitnehmer wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei ist, erhält vom Arbeitgeber einen Beitragszuschuss. Freiwillig versicherte Rentner erhalten den Zuschuss von der Rentenversicherung.

Wahltarife

Die Krankenkassen haben die Pflicht beziehungsweise die Möglichkeit, ihren Versicherten Wahltarife anzubieten.

Wahltarife der gesetzlichen Krankenkassen

obligatorische Angebote

Tarife für besondere Versorgungsformen

- hausarztzentrierte Versorgung
- ambulante ärztliche Versorgung bei vertraglich gebundenen Leistungserbringern
- strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten
- integrierte Versorgung (zum Beispiel ambulante Leistungen durch Krankenhäuser)

Tarife mit Anspruch auf Krankengeld

- für Mitglieder, die nur den ermäßigten Beitragssatz zahlen und bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen haben (zum Beispiel für freiwillig versicherte Selbständige, kurzzeitig Beschäftigte)

zusätzliche Angebote

Tarife mit Selbstbehalt

Tarife für Kostenerstattung

Tarife für Arzneimittel der besonderen Therapie-richtungen
(Homöopathie, Phytotherapie, Anthroposophie usw.)

Tarife mit eingeschränktem Leistungsumfang
Teilkostenerstattung für bestimmte Personengruppen (zum Beispiel Beamte)





Merke:

Die Mittel der Krankenversicherung werden durch Beiträge aufgebracht. Einkommensabhängige Beiträge richten sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen und dem Beitragssatz.

Für Arbeitnehmer gibt es den allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % oder den ermäßigten Beitragssatz von 14,0 %. Arbeitgeber und Arbeitnehmer tragen ihn je zur Hälfte.

Erhebt die Krankenkasse einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag (kassenindividuellen Zusatzbeitrag), trägt der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber diesen seit 1. 1. 2019 jeweils zur Hälfte.

Für Rentner gilt der allgemeine Beitragssatz von 14,6 %. Der Rentenversicherungsträger und der Rentner tragen jeweils 7,3 %. Den kassenindividuellen Zusatzbeitrag wird seit dem 1. 1. 2019 von der Rentenversicherung und dem Rentner je zur Hälfte gezahlt.

Wer familienversichert ist, zahlt keine Beiträge.

Leistungen

Nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung können die Versicherten vielfältige Leistungen in Anspruch nehmen – von der Gesundheitsförderung über Leistungen bei Krankheit bis hin zur Familienplanung.

Die Krankenversicherung gewährt

- Leistungen zur Förderung der Gesundheit, zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten,
- bei Krankheit Krankenbehandlung, insbesondere ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, Krankenhausbehandlung, medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, Betriebshilfe für Landwirte, Krankengeld,
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft ärztliche Betreuung, Hebammenhilfe, stationäre Entbindung, häusliche Pflege, Haushaltshilfe, Betriebshilfe für Landwirte, Mutterschaftsgeld,

- Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei durch Krankheit erforderlicher Sterilisation und bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch.

Leistungen zur Verhütung von Krankheiten

Die Krankenkasse soll Leistungen anbieten, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen bringen. Diese Leistungen heißen Leistungen zur primären Prävention. Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei bestimmten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, werden von den Krankenkassen und ihren Verbänden gefördert. Die Förderung kann durch pauschale Zuschüsse und als Projektförderung erfolgen.

Die Krankenkassen erbringen zudem Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung).

Zahnerkrankungen

Die Prävention soll vorrangig in Kindergärten und Schulen durchgeführt werden.

Zur Verhütung von Zahnerkrankungen fördern die Krankenkassen gemeinsam mit Zahnärzten und den Ländern Maßnahmen für versicherte Kinder, die nicht älter als zwölf Jahre sind. Kinder, die älter als sechs Jahre, und Jugendliche, die noch nicht 18 Jahre alt sind, können sich zur Verhütung von Zahnerkrankungen in jedem Halbjahr einmal zahnärztlich untersuchen lassen.

Vorsorgeleistungen

Vorsorgeleistungen sind hauptsächlich die ärztliche Behandlung und die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln.

Auf medizinische Vorsorgeleistungen haben Versicherte einen Anspruch, wenn diese notwendig sind, um

- eine Schwächung der Gesundheit, die voraussichtlich zu einer Krankheit führen wird, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
- Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
- Pflegebedürftigkeit zu verhindern.

Anspruch besteht auch auf Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung (Vater- und Mutter-Kind-Kuren), die aus medizinischen Gründen erforderlich sind.

Versicherte haben Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen. Ausgenommen sind solche Schutzimpfungen, die wegen eines

Auslandsaufenthalts mit erhöhtem Gesundheitsrisiko erforderlich sind.

Reichen die Leistungen nicht aus, kann die Krankenkasse erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten erbringen. Hier übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die medizinischen Leistungen. Für die übrigen Kosten kann sie einen Zuschuss in Höhe von bis zu 13 Euro zahlen.

Versicherte, die älter als 18 Jahre sind, zahlen dann für jeden Tag 10 Euro zu.

Darüber hinaus kann die Krankenkasse stationäre Leistungen in einer dafür geeigneten Rehabilitationseinrichtung erbringen. Hier übernimmt die Krankenkasse auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung.

Empfängnisregelung

Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung. Dazu gehören auch die erforderliche Untersuchung und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln. Sie haben ebenso Anspruch auf Leistungen bei einer nicht rechtswidrigen Sterilisation und bei einem nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt. Die Leistungen bestehen insbesondere in der ärztlichen Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft, der ärztlichen Untersuchung und Begutachtung, der ärztlichen Behandlung, der Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie in der Krankenhauspflege.

Früherkennung von Krankheiten

Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von

- Krebserkrankungen haben einmal jährlich Frauen vom 20. Lebensjahr und Männer vom 45. Lebensjahr an,
- Krankheiten, wie zum Beispiel Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Zuckerkrankheit, hat alle zwei Jahre jeder Versicherte, der das 35. Lebensjahr vollendet hat,
- Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung gefährden, haben Kinder bis zum 6. Lebensjahr.

Leistungen bei Krankheit

Die Leistungen bei Krankheit sind Krankenbehandlung und Krankengeld.

Krankenbehandlung

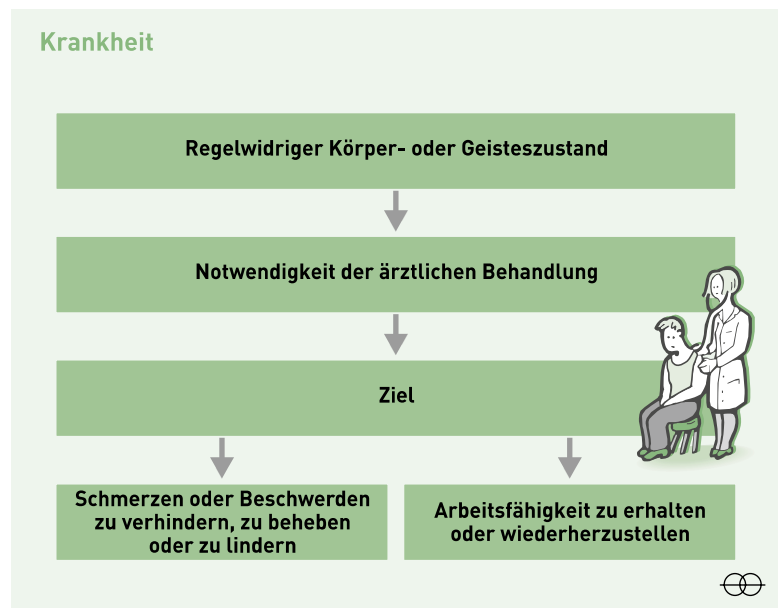
Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Die Krankenbehandlung umfasst

- ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
- zahnärztliche Behandlung,
- Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,
- Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
- häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
- Krankenhausbehandlung,
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.

Für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz – einschließlich der Zahnkronen – haben Versicherte einen Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse der Krankenkasse. Diese Zuschüsse umfassen 50 % der jeweiligen Regelversorgung.

Eigene Bemühungen um die Gesunderhaltung der Zähne werden besonders honoriert: die Festzuschüsse erhöhen sich dann um 20 %. Die Erhöhung kann aber auch entfallen, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und während der letzten fünf Jahre keine regelmäßige zahnärztliche Behandlung oder Untersuchung stattgefunden hat.



Arzneimittel gegen Erkältungskrankheiten und grippale Infekte müssen Versicherte selbst bezahlen.

Bei Arznei- und Verbandmitteln trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe der für diese Mittel festgesetzten Festbeträge. Versicherte, die älter als 18 Jahre sind, müssen 5 bis 10 Euro je Mittel zuzahlen. Gibt es noch keinen Festbetrag, übernimmt die Krankenkasse die vollen Kosten abzüglich der jeweiligen Zuzahlung des Versicherten.

Für Heil- und Hilfsmittel übernimmt die Krankenkasse die Kosten, soweit die Mittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind oder die Kostenübernahme allgemein ausgeschlossen worden ist. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 % der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung.

Häusliche Krankenpflege erhalten Versicherte in ihrem Haushalt oder ihrer Familie, wenn Krankenhausbehandlung nicht möglich ist oder durch die häusliche Krankenpflege vermieden wird. Sie besteht neben der ärztlichen Behandlung in der Pflege durch geeignete Pflegekräfte und in der Übernahme der hauswirtschaftlichen Arbeiten.

Dies kann insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung der Fall sein.

Reichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht aus, erbringt die Krankenkasse die erforderliche Kurzzeitpflege für eine Übergangszeit, wenn keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt.

Eine Haushaltshilfe ist von der Krankenkasse zu stellen, wenn dem Versicherten die Weiterführung des Haushalts wegen einer Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege oder wegen Leistungen zur Rehabilitation nicht möglich ist. Voraussetzung ist, dass in dem Haushalt ein Kind lebt, das noch nicht zwölf Jahre alt oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Anspruch auf Krankenhausbehandlung besteht, wenn das Behandlungsziel nicht durch ambulante ärztliche Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Es ist eine vollstationäre, teilstationäre, vor- und nachstationäre sowie ambulante Behandlung möglich. Bei einer vollstationären Behandlung zahlen Versicherte über 18 Jahre für längstens 28 Tage je Kalendertag 10 Euro selbst.

Hier sind auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation möglich.

Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden oder weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Diese umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination, insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Sie zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden ambulant und stationär in anerkannten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Stationäre Leistungen sind nur zu erbringen, wenn eine ambulante Leistung nicht ausreicht. Versicherte, die älter als 18 Jahre sind, haben für jeden Tag der Leistungen 10 Euro zuzuzahlen.

Zuzahlungen sind in jedem Kalenderjahr bis zur Belastungsgrenze zu leisten. Die Belastungsgrenze beträgt 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, zahlen bis zu 1 % zu.

Krankengeld

Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung behandelt werden. Familienversicherte haben keinen Anspruch auf Krankengeld.

Krankengeld erhalten auch Versicherte, die wegen der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten Kindes der Arbeit fernbleiben müssen. Außerdem ist es erforderlich, dass keine andere im Haushalt lebende Person das Kind beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind nicht älter als zwölf Jahre ist. Krankengeld wird für jedes Kind je Kalenderjahr für längstens zehn Tage, an Alleinerziehende 20 Tage gezahlt.

Die Höhe des Krankengeldes richtet sich nach dem zuletzt erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelt vor der Arbeitsunfähigkeit, dem Regelentgelt. Es beträgt 70 % dieses Betrages. Das Krankengeld darf 90 % des letzten pauschalierten Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen.

Das Krankengeld wird ohne zeitliche Begrenzung gezahlt. Bei einer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit kann es

jedoch nur für längstens 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt werden.

Krankengeld kann nicht gezahlt werden, wenn Versicherte unter anderem beitragspflichtiges Arbeitsentgelt erhalten oder Übergangsgeld, Mutterschaftsgeld, Verletztengeld, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II beziehen.

Der Anspruch auf Krankengeld ist ausgeschlossen, wenn Versicherte eine Rente wegen voller Erwerbsminderung, wegen Erwerbsunfähigkeit, eine Vollrente wegen Alters oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen beziehen. Bekommen die Versicherten nur eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung oder eine Teilrente wegen Alters, wird das Krankengeld um den Zahlbetrag dieser Leistung gekürzt.

Haben sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht notwendige Maßnahme – wie zum Beispiel eine ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing – zugezogen, beteiligt die Krankenkasse die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten. Für die Dauer dieser Behandlung wird das Krankengeld ganz oder teilweise versagt oder zurückgefordert.

Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft umfassen

- ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
- Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
- Entbindung,
- häusliche Pflege,
- Haushaltshilfe und
- Mutterschaftsgeld.

Gesetzlich versicherte Frauen erhalten während der Mutterschutzfrist von ihrer Krankenkasse Mutterschaftsgeld. Die Mutterschutzfrist umfasst die Zeit von sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Entbindung. Voraussetzung ist, dass die Frau bei Beginn der Schutzfrist in einem Arbeitsverhältnis steht oder in Heimarbeit beschäftigt ist oder ihr Arbeitsverhältnis während ihrer Schwangerschaft vom Arbeitgeber zulässig aufgelöst wurde.

Bei Früh- und Mehrlingsgeburten beträgt die Mutterschutzfrist zwölf Wochen.

Als Mutterschaftsgeld wird das um die gesetzlichen Abzüge verminderte durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt der letzten drei abgerechneten Kalendermonate vor Beginn

der Schutzfrist gezahlt (durchschnittliches Nettoarbeitsentgelt). Das Mutterschaftsgeld beträgt höchstens 13 Euro je Kalendertag. Übersteigt das durchschnittliche Nettoarbeitsentgelt 13 Euro je Kalendertag, muss der Arbeitgeber einen Zuschuss in Höhe des Unterschiedsbetrags zwischen dem Mutterschaftsgeld und dem um die gesetzlichen Abzüge verminderten durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitsentgelt zahlen.

Andere gesetzlich versicherte Frauen (zum Beispiel Arbeitslosengeldempfängerinnen oder Selbständige mit einer Krankengeldversicherung) erhalten Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes.

Sowohl das Mutterschaftsgeld als auch der Arbeitgeberzuschuss sind sozialversicherungs- und steuerfrei, die Mitgliedschaft bei der gesetzlichen Krankenkasse bleibt aber bestehen.

Frauen, die nicht Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind, erhalten während der Schutzfristen und für den Entbindungstag Mutterschaftsgeld, wenn sie bei Beginn der Schutzfrist in einem Arbeitsverhältnis stehen (zum Beispiel Minijob) oder in Heimarbeit beschäftigt sind. Das sind insgesamt höchstens 210 Euro. Das Mutterschaftsgeld wird diesen Frauen auf Antrag vom Bundesversicherungsamt gezahlt.

Die Kosten hierfür trägt der Bund.



Merke:

Die Leistungen der Krankenversicherung müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Die wichtigsten Leistungen sind die bei Krankheit sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft.

Bei Krankheit haben die Versicherten Anspruch auf Krankenbehandlung, das heißt, auf ärztliche und zahnärztliche Behandlung, auf häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, auf Krankenhausbehandlung oder auf Leistungen zur Rehabilitation.

Bei Schwangerschaft und Mutterschaft besteht ein Anspruch auf ärztliche Betreuung, stationäre Entbindung, häusliche Pflege und Haushaltshilfe sowie auf Mutterschaftsgeld.

Versicherungsträger

Träger der Krankenversicherung sind die Krankenkassen. Sie sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Es gibt folgende Kassenarten:

- Allgemeine Ortskrankenkassen,
- Betriebskrankenkassen,
- Innungskrankenkassen,
- SVFLG, Landwirtschaftliche Krankenkasse,
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der Krankenversicherung und
- Ersatzkassen.

Lesen Sie hierzu auch das Kapitel „Selbstverwaltung“ ab Seite 19.

Organe

Organe der Selbstverwaltung sind bei den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie den Ersatzkassen der Verwaltungsrat und der hauptamtliche Vorstand.

Bei den übrigen Krankenversicherungsträgern sind Organe der Selbstverwaltung die Vertreterversammlung und der Vorstand.

Errichtung von Krankenkassen

Ortskrankenkassen bestehen für abgegrenzte Regionen. Die Regierung eines Bundeslandes kann die Abgrenzung der Regionen regeln und einzelne oder alle Ortskrankenkassen des Bundeslandes vereinigen. Solche Entscheidungen der Landesregierung werden durch Rechtsverordnung getroffen. Vorher müssen jedoch die betroffenen Ortskrankenkassen und ihre Landesverbände angehört werden. Ortskrankenkassen können sich auf Beschluss ihrer Verwaltungsräte auch dann zusammenschließen, wenn sich der Bezirk der neuen Krankenkasse nach der Vereinigung über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt.

Die Errichtung einer Betriebskrankenkasse bedarf der Genehmigung durch die zuständige Aufsichtsbehörde.

Betriebskrankenkassen kann jeder Arbeitgeber für einen oder mehrere seiner Betriebe einrichten, wenn in diesen Betrieben regelmäßig mindestens 1 000 Versicherungspflichtige beschäftigt werden und die Leistungsfähigkeit der Krankenkasse auf Dauer gesichert ist. Auf Antrag des Arbeitgebers kann eine Betriebskrankenkasse auf weitere Betriebe desselben Arbeitgebers ausgedehnt werden. Betriebskrankenkassen können sich auf Beschluss ihrer Verwaltungsräte zu einer gemeinsamen Betriebskrankenkasse vereinigen. Der Beschluss bedarf der

Genehmigung der vor dem Zeitpunkt der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden.

Innungskrankenkassen können von Handwerksinnungen für ihre Mitglieder errichtet werden, wenn in den Handwerksbetrieben dieser Mitglieder regelmäßig mindestens 1 000 Versicherungspflichtige beschäftigt werden und die Leistungsfähigkeit der Krankenkasse auf Dauer gesichert ist. Die Errichtung einer Innungskrankenkasse bedarf der Genehmigung durch die zuständige Aufsichtsbehörde. Innungskrankenkassen können sich auf Beschluss ihrer Verwaltungsräte vereinigen. Der Beschluss bedarf der Genehmigung der vor dem Zeitpunkt der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden.

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist auch Träger der Krankenversicherung. Für diesen Bereich gelten die allgemeinen Regeln der Krankenversicherung.

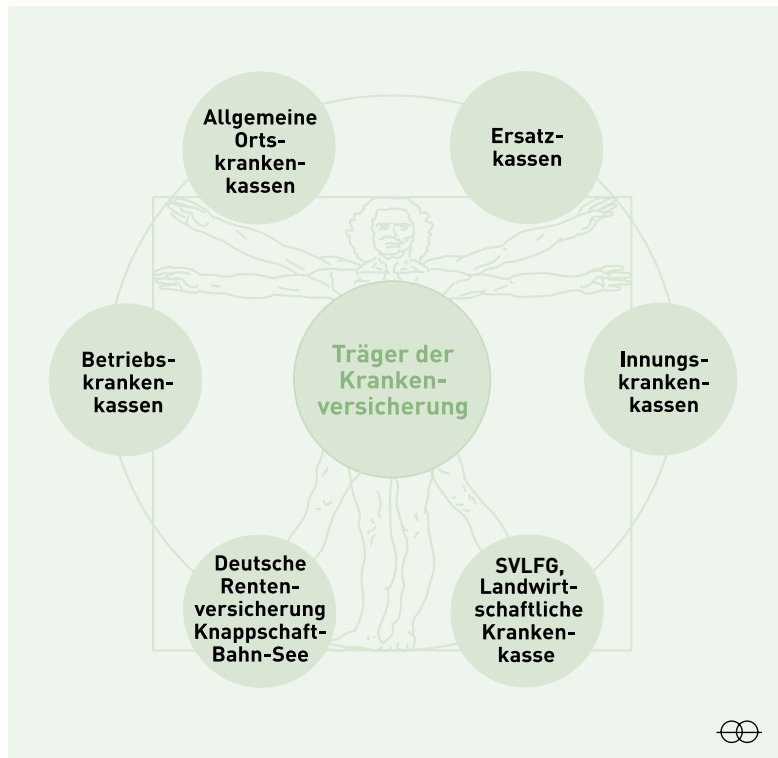
Für die Krankenversicherung der Landwirte ist die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) mit Hauptsitz in Kassel und den Geschäftsstellen und Standorten in den jeweiligen Regionen zuständig. Die Durchführung erfolgt dabei unter Beachtung der besonderen Vorschriften der landwirtschaftlichen Krankenversicherung.

Die SVLFG führt in diesen Angelegenheiten die Bezeichnung Landwirtschaftliche Krankenkasse.

Ersatzkassen sind die Krankenkassen, bei denen die Mitgliedschaft nicht kraft Gesetzes, sondern aufgrund freier Wahl begründet wird und die am 31. 12. 1992 bereits bestanden haben. Sie können sich auf Beschluss ihrer Verwaltungsräte vereinigen. Der Beschluss bedarf der Genehmigung der vor dem Zeitpunkt der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann auf Antrag einer Ersatzkasse oder eines Spitzenverbandes der Ersatzkassen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einzelne Ersatzkassen nach Anhörung vereinigen.

Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen und Ersatzkassen können sich auf Beschluss ihrer Verwaltungsräte auch über die Kassenartengrenzen hinweg freiwillig mit Krankenkassen anderer Kassenarten vereinigen. Der Beschluss bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden.

Die Krankenkassen bilden einen Spitzenverband mit der Bezeichnung „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“. Er ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.



Wahlrecht

Für die Mitgliedschaft bei den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See sowie den Ersatzkassen gibt es ein Wahlrecht.

Die Versicherungspflichtigen und die Versicherungsberechtigten können wählen:

- die Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts,
- jede Ersatzkasse, deren Zuständigkeit sich nach der Satzung auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt,
- die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die Betriebs- oder Innungskrankenkasse besteht, oder wenn die Satzung der Krankenkasse ein allgemeines Wahlrecht vorsieht,
- die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,
- die Krankenkasse, bei der zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung bestanden hat und
- die Krankenkasse, bei der der Ehepartner versichert ist.

Die gewählte Krankenkasse ist von der Ausübung des Wahlrechts zu unterrichten. Sie darf die gewünschte Mitgliedschaft nicht ablehnen. Das Wahlrecht besteht ab dem 15. Lebensjahr.

Die Krankenkasse stellt dem Versicherten unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung aus. Sie ist dem Arbeitgeber oder den sonstigen zur Meldung verpflichteten Stellen vorzulegen. Liegt die Bescheinigung nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt einer Versicherungspflicht vor, hat der Arbeitgeber oder die sonstige Stelle den Versicherungspflichtigen bei einer Krankenkasse anzumelden.

Kündigung

Der Versicherte ist bei Ausübung des Wahlrechts für 18 Monate an die gewählte Krankenkasse gebunden. Nach Ablauf dieser Zeit kann der Versicherte jederzeit seine Mitgliedschaft bei der Krankenkasse kündigen. Er bleibt aber bis zum Ablauf des zweiten Kalendermonats nach dem Monat der Kündigung Mitglied. Die Krankenkasse stellt unverzüglich eine Kündigungsbestätigung aus.

Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist die Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist. Geschieht dies nicht, bleibt die Mitgliedschaft in der bisherigen Kasse bestehen.

Die Krankenkassen müssen ihre Mitglieder auf ihr Sonderkündigungsrecht, die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes sowie auf die Übersicht der Zusatzbeitragssätze aller Krankenkassen hinweisen.

Erhebt die Krankenkasse erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie diesen, besteht für jedes Mitglied ein Sonderkündigungsrecht. Die Bindungsfrist von 18 Monaten gilt in diesen Fällen nicht. Die Kündigung muss bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erstmals erhebt oder ihn erhöht. Sie wird zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats wirksam. Bis dahin zahlt das Mitglied den einkommensabhängigen Zusatzbeitrag und kann erst dann in eine andere Krankenkasse wechseln.

Hat sich das Mitglied für einen Wahltarif entschieden, ist eine Kündigung der Mitgliedschaft frühestens nach Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist möglich. Ein Sonderkündigungsrecht gibt es nur in Härtefällen.



Merke:

Träger der Krankenversicherung sind die Krankenkassen. Es gibt folgende Kassen:

- Allgemeine Ortskrankenkassen,
- Betriebskrankenkassen,
- Innungskrankenkassen,
- SVFLG, Landwirtschaftliche Krankenkasse,
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und
- Ersatzkassen.

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung können zwischen den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See sowie den Ersatzkassen wählen. Die gewählte Krankenkasse kann die Mitgliedschaft nicht ausschließen. Der Versicherte ist für 18 Monate an die gewählte Krankenkasse gebunden. Danach kann er jederzeit die Mitgliedschaft zum Ablauf des zweiten Kalendermonats kündigen und eine neue Kasse wählen.

Wird ein Zusatzbeitrag erstmals erhoben oder erhöht, hat das Mitglied ein Sonderkündigungsrecht. Hat sich das Mitglied für einen Wahltarif entschieden, ist das Kündigungsrecht eingeschränkt, da die Bindungsfrist mindestens drei Jahre gilt.

Unfallversicherung

Aufgabe der Unfallversicherung ist es,

- mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu vermeiden,
- bei Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit wiederherzustellen sowie die Versicherten oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen.

Diese Aufgaben lassen sich gliedern in

- Prävention,
- Rehabilitation und
- Entschädigung durch Geldleistungen.

Die gesetzliche Grundlage ist seit dem 1. 1. 1997 das Siebte Buch des Sozialgesetzbuches, das SGB VII.

Versicherte Personen

Bei den Versicherten der Unfallversicherung wird unterschieden in Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte.

Pflichtversicherte

Pflichtversicherter wird man ohne Rücksicht auf den eigenen Willen oder den des Arbeitgebers.

Die Pflichtversicherung ist eine Zwangsversicherung; sie kann weder schriftlich noch durch mündliche Absprache zwischen den Beteiligten ausgeschlossen werden.

Pflichtversichert sind im Wesentlichen

- Beschäftigte und Lernende während der beruflichen Aus- und Fortbildung,
- behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten, in anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
- landwirtschaftliche Unternehmer und ihre im Unternehmen mitarbeitenden Ehe- oder Lebenspartner und Familienangehörige,
- Hausgewerbetreibende und Zwischenmeister sowie ihre mitarbeitenden Ehe- oder Lebenspartner,
- selbständig tätige Küstenschiffer und Küstenfischer sowie ihre mitarbeitenden Ehe- oder Lebenspartner,
- Kinder während des Besuchs von Tageseinrichtungen,
- Schüler während des Besuchs von allgemein- oder berufsbildenden Schulen,
- Studierende während der Aus- und Fortbildung an Hochschulen,
- Personen, die im Gesundheitswesen oder in der Wohlfahrtspflege, bei Unglücksfällen oder Zivilschutz ehrenamtlich tätig sind,
- Personen, die bei Unglücksfällen oder allgemeiner Gefahr oder Not Hilfe leisten oder einen anderen aus erheblicher gegenwärtiger Gefahr für seine Gesundheit retten oder Blut oder körpereigene Organe, Organteile oder Gewebe spenden,
- Pflegepersonen bei der Pflege eines Pflegebedürftigen im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung.

Die Satzung der Träger der Unfallversicherung kann außerdem die Versicherungspflicht auf Unternehmer (Arbeitgeber) und ihre im Unternehmen mitarbeitenden Ehe- oder Lebenspartner erstrecken.

Aufgaben der Unfallversicherung



Unfallverhütung



Leistungen bei
Unfallfolgen



Von der Versicherungspflicht ausgenommen

sind Personen, die anderweitig gegen Arbeitsunfälle oder bei Berufskrankheiten geschützt sind, zum Beispiel Beamte, Richter, Berufssoldaten sowie Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Mitglieder ähnlicher Gemeinschaften. Diese Personen sind versicherungsfrei.

Freiwillig Versicherte

Ein freiwilliges Versicherungsverhältnis ist – im Gegensatz zur Pflichtversicherung – weitgehend vom eigenen Willen abhängig.

Der Unfallversicherung freiwillig beitreten können

- Unternehmer, die nicht kraft Gesetzes oder Satzung versicherungspflichtig sind, und ihre im Unternehmen mitarbeitenden Ehe- oder Lebenspartner sowie
- Personen, die in Kapital- oder Personenhandelsgesellschaften wie Unternehmer selbständig tätig sind.

Die freiwillige Versicherung muss schriftlich oder elektronisch beantragt werden. Sie erlischt, wenn ein Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach Fälligkeit gezahlt wird.



Merke:

Die Aufgaben der Unfallversicherung gliedern sich in Prävention, Rehabilitation und Entschädigung durch Geldleistungen.

Die Unfallversicherung kennt sowohl Pflichtversicherte als auch freiwillig Versicherte.

Finanzierung

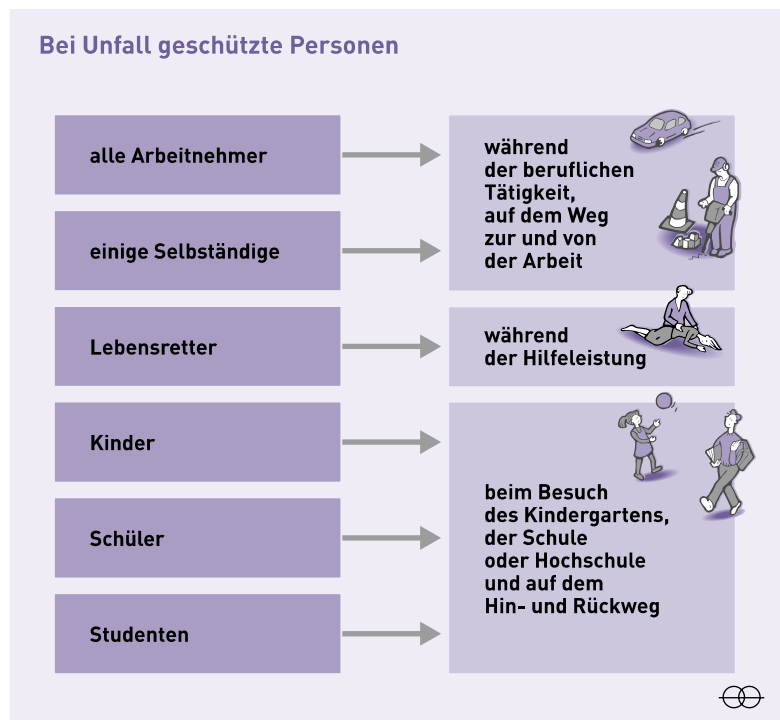
Beitragspflichtig sind in der Unfallversicherung nur die Unternehmer. Ihre Beiträge sind die einzige Finanzierungsgrundlage. Die Finanzierung durch die Arbeitgeber ersetzt die individuelle Unternehmerhaftpflicht.

Bis zur Bescheiderteilung können die Unfallversicherungsträger Vorschüsse erheben.

Die Beiträge werden nach Ablauf eines Kalenderjahres im Wege der Umlage festgesetzt. Jeder Unternehmer erhält dazu einen Bescheid über die von ihm zu zahlenden Beiträge. Die Umlage muss den Bedarf des abgelaufenen Kalenderjahres einschließlich der zur Ansammlung der Rücklage nötigen Beträge decken. Darüber hinaus dürfen Beiträge nur für die Betriebsmittel erhoben werden.

Berechnungsgrundlage für die Beiträge sind der Finanzbedarf (Umlagesoll), die Arbeitsentgelte der Versicherten und die Gefahrenklassen.

Die Gefahrenklassen sind in einem Gefahrentarif zusammengestellt. Er wird von den Unfallversicherungsträgern mit einer Geltungsdauer von höchstens sechs Kalenderjahren erlassen und bedarf der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. Die



Gefahrenklassen berücksichtigen den unterschiedlichen Grad der Unfallgefahren in den einzelnen Gewerbezeigen.

Zu den Beiträgen können Zuschläge erhoben oder Nachlässe gegeben werden. Die Höhe der Zuschläge und Nachlässe richtet sich nach der Zahl, der Schwere und den Aufwendungen für die Arbeitsunfälle. Auch Prämien bei besonders wirkungsvollen Maßnahmen zur Verhütung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sind möglich.

Mittel der Unfallversicherungsträger

Die Mittel der Unfallversicherungsträger umfassen die Betriebsmittel, die Rücklage und das Verwaltungsvermögen.

Betriebsmittel

Betriebsmittel dürfen nur für die vorgesehenen Aufgaben, für die Verwaltungskosten sowie zur Auffüllung der Rücklage und zur Bildung von Verwaltungsvermögen verwendet werden. Die Betriebsmittel sind im erforderlichen Umfang bereitzuhalten und so liquide anzulegen, dass sie bei Bedarf verfügbar sind.

Rücklage

Der Unfallversicherungsträger bildet zur Sicherstellung seiner Leistungsfähigkeit – vorrangig für den Fall, dass Einnahme- und Ausgabeschwankungen durch Betriebsmittel nicht mehr ausgeglichen werden können – sowie zur Beitragsstabilisierung eine Rücklage.

Die Rücklage wird mindestens in zweifacher Höhe und höchstens bis zur vierfachen Höhe der durchschnittlichen monatlichen Ausgaben des abgelaufenen Kalenderjahres gebildet. Bis die Rücklage die vorgesehene Mindesthöhe erreicht hat, wird ihr jährlich ein Betrag in Höhe von 1,5 % der Ausgaben des abgelaufenen Kalenderjahres zugeführt.

Die Rücklage ist so anzulegen, dass sie entsprechend verfügbar ist.

Verwaltungsvermögen

Das Verwaltungsvermögen des Unfallversicherungsträgers umfasst insbesondere

- alle Vermögensanlagen für die Verwaltung des Unfallversicherungsträgers sowie die Mittel, die zur Anschaffung und Erneuerung dieser Vermögensteile bereitgehalten werden,
- betriebliche Einrichtungen, Eigenbetriebe, gemeinnützige Beteiligungen und gemeinnützige Darlehen,
- Mittel für künftig zu zahlende Versorgungsbezüge der Bediensteten und ihrer Hinterbliebenen,
- die zur Finanzierung künftiger Verbindlichkeiten oder Investitionen gebildeten Sondervermögen.



Merke:

Die Finanzierung der Unfallversicherung hat nur eine Grundlage: die Beiträge der Unternehmer. Die Beiträge werden im Wege der Umlage erhoben. Berechnungsgrundlage sind der Finanzbedarf des abgelaufenen Kalenderjahres, die Arbeitsentgelte und die Gefahrenklassen. Die Gefahrenklassen berücksichtigen die unterschiedlichen Unfallgefahren in den Gewerbebranchen.

Prävention

Die Unfallversicherungsträger haben mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen. Sie sollen dabei auch den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit nachgehen.

Erlass von Unfallverhütungsvorschriften

Die Unfallversicherungsträger können unter Mitwirkung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. Unfallverhütungsvorschriften erlassen. Die Vorschriften bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Entscheidung hierüber wird im Einvernehmen mit den zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder getroffen.

Sie enthalten im Wesentlichen Regelungen über

- Einrichtungen, Anordnungen und Maßnahmen, welche die Unternehmer zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu treffen haben,
- das Verhalten der Versicherten zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren,
- vom Unternehmer zu veranlassende arbeitsmedizinische Untersuchungen und Maßnahmen sowie
- die Sicherstellung einer wirksamen Ersten Hilfe durch den Unternehmer.

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. unterstützt die Unfallversicherungsträger bei der Erfüllung ihrer Präventionsaufgaben.

Überwachung und Beratung

Die Unfallversicherungsträger überwachen die Durchführung der Maßnahmen zur Unfallverhütung und beraten die Unternehmer und die Versicherten. Sie können entsprechende Maßnahmen anordnen.

Die Prüfungsordnung erlässt der Unfallversicherungsträger.

Für die Überwachung und Beratung werden Aufsichtspersonen eingesetzt. Sie müssen ihre Befähigung für diese Tätigkeit durch eine Prüfung nachweisen.

Die Aufsichtspersonen sind befugt, Grundstücke und Betriebsstätten zu betreten und zu besichtigen, Arbeitsmittel und persönliche Schutzausrüstungen zu prüfen sowie Arbeitsverfahren und -abläufe zu untersuchen. Sie sind berechtigt, bei Gefahr im Verzug sofort vollziehbare Anordnungen zur Abwendung von arbeitsbedingten Gefahren zu treffen.

Sicherheitsbeauftragte

In Unternehmen mit regelmäßig mehr als 20 Beschäftigten hat der Unternehmer Sicherheitsbeauftragte zu bestellen. In Unternehmen mit besonderen Gefahren für Leben und Gesundheit kann der Unfallversicherungsträger anordnen, dass auch bei einer geringeren Zahl der Beschäftigten Sicherheitsbeauftragte bestellt werden. Der Betriebs- oder Personalrat ist dabei zu beteiligen.

Die Sicherheitsbeauftragten haben den Unternehmer bei der Durchführung der Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten zu unterstützen. Sie haben sich von dem Vorhandensein und der Benutzung der vorgeschriebenen Schutzeinrichtungen und persönlichen Schutzausrüstungen zu überzeugen. Auf besondere Unfall- und Gesundheitsgefahren haben sie aufmerksam zu machen.



Merke:

Die Unfallversicherungsträger haben für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu sorgen. Sie erlassen dazu Unfallverhütungsvorschriften. Die Durchführung der Maßnahmen zur Unfallverhütung wird von Aufsichtspersonen überwacht.

In Unternehmen mit mehr als 20 Beschäftigten sind von dem Unternehmer Sicherheitsbeauftragte zu bestellen.

Leistungen

Leistungen der Unfallversicherung erhalten Versicherte und ihre Hinterbliebenen nach Eintritt eines Versicherungsfalls. Die wichtigsten Leistungen sind Heilbehandlungen und Renten.

Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Ein verbotswidriges Handeln schließt einen Versicherungsfall nicht aus. Personen, die den Tod von Versicherten vorsätzlich herbeigeführt haben, haben keinen Anspruch auf Leistungen. Ist der Versicherungsfall bei einer von dem Versicherten begangenen Handlung eingetreten, die nach dem Strafrecht ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen ist, können die Leistungen ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden.

Arbeitsunfälle

Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten während einer versicherten Tätigkeit. Das ist hauptsächlich die Tätigkeit, die den Versicherungsschutz in der Unfallversicherung begründet. Als versicherte Tätigkeit ist auch das Zurücklegen des Weges von der Wohnung zum Ort der Tätigkeit und zurück anzusehen. Damit sind Unfälle auf diesem Weg Arbeitsunfälle. Dies gilt jedoch nur für den unmittelbaren, also den kürzesten Weg zwischen der Wohnung und dem Tätigkeitsort. Umwege sind unschädlich, wenn sie wegen der Unterbringung eigener Kinder während der beruflichen Tätigkeit oder wegen der gemeinsamen Nutzung von Kraftfahrzeugen zusammen mit anderen Berufstätigen erforderlich sind.

Auf das Verkehrsmittel, das der Versicherte für den Weg von seiner Wohnung zum Tätigkeitsort benutzt, kommt es nicht an. Geschützt sind damit auch Unfälle mit dem eigenen Auto. Dabei ist es unerheblich, ob der Versicherte den Unfall verschuldet hat. Ausgenommen sind jedoch Unfälle, die durch Trunkenheit verursacht wurden.

Arbeitsunfälle sind auch Unfälle bei dem Verwahren, Befördern, Instandhalten und Erneuern von Arbeitsgeräten oder Schutz-ausrüstungen.

Berufskrankheiten

Krankheiten der Versicherten können nur dann als Berufs-krankheiten anerkannt werden, wenn sie durch Rechtsverord-nung der Bundesregierung auch als Berufskrankheit bezeichnet worden sind.

Als Berufskrankheiten werden solche Krankheiten bezeichnet, die nach Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. In der Rechtsverordnung kann festgelegt werden, dass die Krankheiten nur dann Berufskrankheiten sind, wenn sie durch Tätigkeiten in bestimmten Gefährdungsbereichen verursacht worden sind.

Die Erkrankung muss auf der schädigenden Einwirkung beruhen. Dies wird immer dann angenommen, wenn der Versicherte nach den Bedingungen seines Arbeitsplatzes der Erkrankungsgefahr in erhöhtem Maße ausgesetzt war und sich keine Anhaltspunkte für eine andere Ursache ergeben.

Feststellung der Leistungen

Die Anzeige ist innerhalb von drei Tagen zu erstatten.

Die Unternehmer haben Unfälle von Versicherten in ihren Unternehmen dem Unfallversicherungsträger anzuzeigen, wenn Versicherte getötet oder so verletzt sind, dass sie mehr als drei Tage arbeitsunfähig werden.

Haben Unternehmer Anhaltspunkte, dass bei Versicherten ihrer Unternehmen eine Berufskrankheit vorliegen könnte, haben sie dies ebenfalls dem Unfallversicherungsträger anzuzeigen.

Die Meldungen lösen bei dem Unfallversicherungsträger ein Verfahren aus, in dem Art und Schwere der Schädigung festgestellt und gleichzeitig darüber befunden wird, mit welchen Maßnahmen und durch welche Leistungen die Erwerbsfähigkeit des Versicherten wiederhergestellt werden kann. Besteht ein Anspruch auf Geldleistungen, so werden sie von Amts wegen festgestellt. Eines Antrages des Versicherten oder seiner Hinterbliebenen bedarf es nicht.

Heilbehandlung und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Heilbehandlungen sind auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Leistungen bei Pflegebedürftigkeit.

Ziel der Heilbehandlung ist,

- den durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern,
- den Versicherten einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz im Arbeitsleben zu sichern,

- Hilfen zur Bewältigung der Anforderungen des täglichen Lebens und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bereitzustellen,
- ergänzende Leistungen zu erbringen und
- Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zu gewähren.

Die Leistungen zur Heilbehandlung haben Vorrang vor Rentenleistungen.



Heilbehandlung

Die Heilbehandlung umfasst insbesondere die ärztliche Behandlung einschließlich der Erstversorgung, die zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz, die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege und die Behandlung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen. Ferner beinhaltet sie Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Die Unfallversicherungsträger haben für eine möglichst frühzeitige und sachgemäße Heilbehandlung zu sorgen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Hierzu zählen insbesondere

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes,

- Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung und
- berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit sie einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen.

Zu den Leistungen gehört auch die Übernahme der erforderlichen Kosten für

- Unterkunft und Verpflegung,
- sonstige Kosten, zum Beispiel Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung und Arbeitsgerät,
- technische Hilfsmittel und
- die Beschaffung, die Ausstattung und die Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung.

Die Leistungen werden regelmäßig durch Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke und vergleichbare Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation ausgeführt.

Zu den Leistungen zur Teilhabe gehören auch Zuschüsse an Arbeitgeber, insbesondere als Ausbildungszuschüsse oder Eingliederungszuschüsse.

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und ergänzende Leistungen

Diese Leistungen umfassen

- Beiträge zur Sozialversicherung,
- ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen,
- Reisekosten,
- Betriebs- oder Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten,
- Kraftfahrzeughilfe und
- sonstige Leistungen zur Erreichung und zur Sicherstellung des Erfolges der Leistungen zur Rehabilitation und zur Teilhabe.

Kraftfahrzeughilfe wird erbracht, wenn die Versicherten infolge der Art und Schwere des Gesundheitsschadens nicht nur vorübergehend auf die Benutzung eines Autos angewiesen sind. Sie umfasst Leistungen zur Beschaffung des Autos, für eine behinderungsbedingte Zusatzausstattung und zur Erlangung der Fahrerlaubnis.

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Solange Versicherte infolge des Versicherungsfalls so hilflos sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheb-

Zum Versicherungsfall lesen Sie bitte auch ab Seite 167.

lichem Umfang der Hilfe bedürfen, wird Pflegegeld gezahlt, eine Pflegekraft gestellt oder Heimpflege gewährt.

Die letzte Erhöhung war am 1.7.2019.

Das monatliche Pflegegeld beträgt zwischen 374 Euro und 1 491 Euro in den alten und zwischen 354 Euro und 1 423 Euro in den neuen Bundesländern. Es wird jeweils zum 1.7. eines Jahres wie die gesetzlichen Renten angepasst.

Verletztengeld und Übergangsgeld

Verletztengeld wird gezahlt, wenn der Versicherte infolge des Versicherungsfalls arbeitsunfähig ist oder wegen der Heilbehandlung keine Erwerbstätigkeit ausüben kann. Übergangsgeld wird während der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gezahlt.

Die Höhe des Verletztengeldes und des Übergangsgeldes richtet sich nach dem zuletzt erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelt, dem Regelentgelt.

Das Verletztengeld beträgt 80 % des Regelentgelts. Es darf allerdings das letzte, pauschalierte Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen.

Die Höhe des Übergangsgeldes richtet sich nach der Berechnungsgrundlage. Das sind 80 % des zuletzt regelmäßig erzielten Arbeitsentgelts (Regelentgelt) oder des Arbeitseinkommens, für das zuletzt Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt wurden. Berechnungsgrundlage ist mindestens ein Betrag von 65 % des fiktiven Arbeitsentgelts einer altersmäßig und beruflich vergleichbaren nicht behinderten Person.

Auf das Übergangsgeld ist eigenes Einkommen anzurechnen.

Das Übergangsgeld beträgt 68% der Berechnungsgrundlage; für Versicherte, die mindestens ein Kind erziehen, aber 75%. Ist der Versicherte arbeitslos, kann das Übergangsgeld nach dem Ende der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für die Dauer von drei Monaten weitergezahlt werden. Es beträgt dann jedoch nur noch 60% beziehungsweise 67% der Berechnungsgrundlage.

Das Übergangsgeld wird nach Ablauf eines Jahres angepasst. Maßgebend dafür ist die Veränderung der Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer.

Renten an Versicherte

Renten an Versicherte werden gezahlt, wenn die infolge des Versicherungsfalls geminderte Erwerbsfähigkeit nicht wieder-

Der Begriff Versicherungsfall ist auf Seite 167 erklärt.

hergestellt werden kann. Anspruch auf eine Rente besteht, wenn die Erwerbsfähigkeit über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 % gemindert ist. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit richtet sich nach dem Umfang der verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens.

Bei vollständigem Verlust der Erwerbsfähigkeit wird die volle Rente gezahlt. Sie beträgt zwei Drittel des Jahresarbeitsverdienstes. Ansonsten wird eine Teilrente geleistet. Sie wird in der Höhe des Vomhundertsatzes der Vollrente festgesetzt, der dem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit entspricht. Ist die Erwerbsfähigkeit um 25 % gemindert, werden also 25 % der Vollrente gezahlt.

Ist die Erwerbsfähigkeit um mindestens 50 % gemindert (Schwerverletzte) und kann der Versicherte einer Erwerbstätigkeit nicht mehr nachgehen, erhöht sich seine Rente um 10 %. Dies gilt aber nur, wenn er keinen Anspruch auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung hat.

Die Renten werden von dem Tag an gezahlt, der dem Wegfall des Verletztengehaltes folgt. Besteht kein Anspruch auf Verletztengehalt, wird die Rente von dem Tag an gezahlt, der dem Versicherungsfall folgt. Die Rente kann befristet werden.

Leistungen an Hinterbliebene

Hinterbliebene haben Anspruch auf

- Sterbegeld und Erstattung von Überführungskosten sowie
 - Hinterbliebenenrenten,
- wenn der Tod des Versicherten Folge eines Versicherungsfalles ist.

Lesen Sie hierzu auch Seite 174/175.

Ist der Tod nicht Folge eines Versicherungsfalles, können die Hinterbliebenen eine Beihilfe erhalten.

Sterbegeld und Erstattung von Überführungskosten

Das Sterbegeld beträgt ein Siebtel der zum Zeitpunkt des Todes geltenden jährlichen Bezugsgröße der Sozialversicherung. Im Jahr 2019 sind das 5 340 Euro in den alten Bundesländern und 4 920 Euro in den neuen Bundesländern.

Kosten der Überführung an den Ort der Bestattung werden erstattet, wenn der Tod nicht am Wohnort des Versicherten eingetreten ist. Dies ist regelmäßig dann der Fall, wenn der

Versicherte wegen des Arbeitsunfalls in ein Krankenhaus in einem anderen Ort eingeliefert wurde und dort gestorben ist.

Witwen- und Witwerrente

Rente an Witwen und Witwer ist vom Todestag an zu zahlen. Sie beträgt 40 % des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen, wenn die Witwe oder der Witwer das 47. Lebensjahr vollendet hat, ein waisenrentenberechtigtes Kind erzieht oder vermindert erwerbsfähig im Sinne der Rentenversicherung ist. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, beträgt die Witwen- oder Witwerrente nur 30 % des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen. Für eingetragene Lebenspartner gilt dies ebenso.

Bis zum 31. 12. 2011 galt ein Lebensalter von 45 Jahren. Bei Todesfällen in den Jahren 2012 bis 2028 erfolgt eine stufenweise Anhebung auf 47.

Der Anspruch auf eine Witwen- oder Witwerrente besteht nur für 24 Monate nach Ablauf des Todesmonats. Die Rente wird aber auf Dauer gezahlt, wenn der Partner vor dem 1. 1. 2002 gestorben ist oder ein Partner vor dem 2. 1. 1962 geboren und die Ehe vor dem 1. 1. 2002 geschlossen wurde.

Für die ersten drei Kalendermonate nach Ablauf des Sterbemonats beträgt die Rente zwei Drittel des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen. Sie ist damit für diese Zeit so hoch wie die Vollrente an Versicherte.

Trifft eine Witwen- oder Witwerrente mit Einkommen des hinterbliebenen Ehepartners zusammen, gelten die Regelungen der gesetzlichen Rentenversicherung entsprechend.

Lesen Sie hierzu bitte Seite 65.

Die Rente fällt weg, wenn die Witwe oder der Witwer wieder heiratet. Wird diese Ehe wieder aufgelöst oder für nichtig erklärt, lebt der Anspruch auf die Rente wieder auf.

Frühere Ehepartner von Versicherten, deren Ehe mit ihnen geschieden, für nichtig erklärt oder aufgehoben ist, erhalten auf Antrag eine Witwen- oder Witwerrente, wenn die Versicherten ihnen während des letzten Jahres vor ihrem Tod Unterhalt geleistet haben oder den früheren Ehepartnern im letzten wirtschaftlichen Dauerzustand vor dem Tod der Versicherten ein Anspruch auf Unterhalt zustand.

Waisenrente

Kinder haben Anspruch auf eine Halbwaisenrente, wenn ein Elternteil gestorben ist. Sind beide Eltern gestorben, haben sie Anspruch auf Vollwaisenrente.

Die Waisenrente ist bis zum 18. Lebensjahr zu zahlen, darüber hinaus längstens bis zum 27. Lebensjahr, wenn die Waise sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet, ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder den Bundesfreiwilligendienst sowie weitere nationale und internationale Freiwilligendienste leistet oder wegen einer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Über das 27. Lebensjahr hinaus wird die Waisenrente dann gezahlt, wenn die Schul- oder Berufsausbildung durch Wehr- oder Zivildienst unterbrochen oder verzögert wurde.

Die Halbwaisenrente beträgt 20 %, die Vollwaisenrente 30 % des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen. Waisenrenten werden unabhängig vom eigenen Einkommen gezahlt.

Rente an Verwandte der aufsteigenden Linie

Verwandte der aufsteigenden Linie erhalten eine Rente, wenn sie von dem Verstorbenen aus seinem Arbeitsverdienst wesentlich unterhalten worden sind oder ohne den Versicherungsfall unterhalten worden wären. Das sind hauptsächlich Eltern, Großeltern, Stief- oder Pflegeeltern des Verstorbenen.

Die Rente ist zu zahlen, solange gegen den Verstorbenen ein Anspruch auf Unterhalt wegen Unterhaltsbedürftigkeit hätte geltend gemacht werden können.

Die Rente beträgt für ein Elternteil 20 % und für ein Elternpaar 30 % des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen.

Höchstbetrag der Hinterbliebenenrenten

Werden mehrere Hinterbliebenenrenten gezahlt, dürfen sie zusammen 80 % des Jahresarbeitsverdienstes nicht übersteigen. Sollte dieser Wert überschritten werden, sind die Witwen-, Witwer- und Waisenrenten nach dem Verhältnis ihrer Höhe zu kürzen.

Die Rente an Verwandte der aufsteigenden Linie kann nur insoweit gezahlt werden, als durch die Renten an Witwen, Witwer, frühere Ehepartner sowie Waisen der Höchstbetrag noch nicht ausgeschöpft ist.

Beihilfe für Witwen, Witwer und Waisen

Eine einmalige Beihilfe ist zu zahlen, wenn ein Anspruch auf eine Witwen- oder Witwerrente nicht besteht, weil der Versicherte nicht an den Folgen des Versicherungsfalls gestorben ist. Der Versicherte muss aber ein Schwerverletzter gewesen sein,

die Minderung der Erwerbsfähigkeit muss also mindestens 50 % betragen haben.

Die Beihilfe beträgt 40 % des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen.

Die einmalige Beihilfe ist auch den Vollwaisen zu zahlen, die bei Tod von Versicherten mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben oder von ihnen überwiegend unterhalten worden sind. Sind mehrere Waisen vorhanden, wird die Beihilfe gleichmäßig verteilt.

Statt der einmaligen Beihilfe kann eine laufende Beihilfe bis zur Höhe einer Hinterbliebenenrente gezahlt werden, wenn der Versicherte länger als zehn Jahre eine Rente aufgrund einer Erwerbsminderung von mindestens 80 % bezogen hat. Außerdem muss der Versicherte wegen seiner Erwerbsminderung an der Ausübung einer Erwerbstätigkeit gehindert gewesen sein und die unterbliebene Erwerbstätigkeit eine Minderung der Versorgung für die Hinterbliebenen um mindestens 10 % verursacht haben.

Abfindung von Renten

Versicherte, die Anspruch auf eine Rente wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit von weniger als 40 % haben, können die Abfindung ihrer Rente beantragen. Als Abfindung wird der Kapitalwert der Rente gezahlt. Er ist durch Rechtsverordnung festgelegt.

Bei einer Erwerbsminderung von mindestens 40 % kann die Abfindung der Rente bis zur Hälfte für einen Zeitraum von zehn Jahren beantragt werden. Als Abfindungssumme wird das Neunfache des Jahresbetrages der Rente gezahlt, der der Abfindung zugrunde liegt. Insoweit erlischt ab Auszahlung der Abfindung für die Dauer von zehn Jahren der Rentenanspruch.

Eine Witwen- oder Witwerrente wird bei der ersten Wiederheirat der Berechtigten mit dem 24fachen Monatsbetrag der Rente abgefunden.

Anpassung der Renten

Die Renten folgen der wirtschaftlichen Entwicklung. Grundsätzlich zum 1. 7. eines Jahres werden die Renten um einen Anpassungsfaktor erhöht. Er richtet sich nach den Anpassungswerten für die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und wird von der Bundesregierung per Rechtsverordnung bestimmt.

Die letzte Rentenerhöhung war am 1. 7. 2019.

Der Anpassungsfaktor beträgt ab 1.7.2019 in den alten Bundesländern 1,0318 und in den neuen Bundesländern 1,0391.

Die Renten werden angepasst, indem ein neuer Monatsbetrag auf der Grundlage des mit dem Anpassungsfaktor vervielfältigten Jahresarbeitsverdienstes berechnet wird.



Merke:

Leistungen der Unfallversicherung erhalten Versicherte und ihre Hinterbliebenen nach Eintritt eines Versicherungsfalles. Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.

Die Leistungen zur Heilbehandlung haben Vorrang vor Rentenleistungen.

Renten an Versicherte werden gezahlt, wenn die infolge des Versicherungsfalles geminderte Erwerbsfähigkeit nicht wiederhergestellt werden kann. Die Minderung muss mindestens 20 % betragen.

Hinterbliebene haben Anspruch auf Hinterbliebenenrente sowie auf Sterbegeld und Erstattung von Überführungskosten, wenn der Tod des Versicherten Folge eines Versicherungsfalles ist. Ist der Tod nicht Folge eines Versicherungsfalles, können die Hinterbliebenen nur eine Beihilfe erhalten.

Versicherungsträger

Zuständig für Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung sind die gewerblichen und die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften sowie die landes- und bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.

Berufsgenossenschaften können sich durch Beschluss ihrer Vertreterversammlungen vereinigen. Hierzu ist die Genehmigung der Aufsichtsbehörde notwendig.

Die gewerblichen Berufsgenossenschaften sind nach Branchen gegliedert:

- Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI)
- Berufsgenossenschaft Holz und Metall
- Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (BG ETEM)
- Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe
- Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU)
- Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution
- Verwaltungs-Berufsgenossenschaft

- Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation (BG Verkehr)
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Die landwirtschaftliche Unfallversicherung ist für landwirtschaftliche Unternehmen zuständig und wird von der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) durchgeführt.

Siehe hierzu Seite 104.

Die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand gliedern sich in die Gemeindeunfallversicherungsverbände, die Feuerwehr-Unfallkassen, die Unfallkassen der Länder und Gemeinden, die gemeinsamen Unfallkassen für den Landes- und kommunalen Bereich und die Unfallversicherung Bund und Bahn.

Selbstverwaltung

Die Unfallversicherungsträger werden selbstverwaltet. Organe der Selbstverwaltung sind Vertreterversammlung und Vorstand. Sie setzen sich je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen. Bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften bestehen die Organe zu je einem Drittel aus Vertretern von Versicherten, Selbständigen und Arbeitgebern. Die laufenden Verwaltungsgeschäfte der Unfallversicherungsträger werden von hauptamtlichen Geschäftsführern geführt. Sie gehören dem Vorstand mit beratender Stimme an.

Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie der landes- und bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand ist die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV). Es handelt sich hier um einen eingetragenen Verein, der die Interessen seiner Mitglieder vertritt.

Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) ist der Träger der landwirtschaftlichen Unfallversicherung. In diesen Angelegenheiten führt sie die Bezeichnung Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft.

Merke:

Die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung werden von gewerblichen und der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft sowie von landes- und bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand erbracht.

Pflegeversicherung

Die soziale Pflegeversicherung dient der sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Sie ist ein eigenständiger Zweig der Sozialversicherung und zum 1. 1. 1995 eingeführt worden.

Die Pflegeversicherung hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen zu helfen, die wegen der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen dem Pflegebedürftigen helfen, trotz seines Hilfsbedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.

Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten.

Die gesetzliche Grundlage ist das Elfte Buch des Sozialgesetzbuches, das SGB XI.

Versicherte Personen

In der sozialen Pflegeversicherung gibt es verschiedene Versicherungsarten: die Pflichtversicherung, die Familienversicherung und die Weiterversicherung.

Pflichtversicherte

Der versicherungspflichtige Personenkreis ist mit dem in der gesetzlichen Krankenversicherung identisch. Dazu gehören im Wesentlichen:

Lesen Sie hierzu auch Seite 133.

- Arbeitnehmer, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, sowie Beschäftigte zur Berufsausbildung,
- Empfänger von Arbeitslosengeld I,
- Bezieher von Arbeitslosengeld II,
- Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler,
- selbständige Künstler und Publizisten,
- Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten oder Blindenwerkstätten oder in Heimarbeit tätig sind,
- Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind,
- Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten (Praktikanten) sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte,
- Rentner der gesetzlichen Rentenversicherung sowie
- Personen, die keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und daher in der Krankenversicherung der Versicherungspflicht unterliegen.

Ausnahmen sind möglich.

Versicherungspflichtig sind außerdem Personen, die nicht Mitglied einer Krankenkasse sind, ihren Wohnsitz im Inland haben und

- nach dem Bundesversorgungsgesetz einen Anspruch auf Heil- und Krankenbehandlung haben oder
- laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe erhalten oder
- krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind.

Darüber hinaus sind in der sozialen Pflegeversicherung auch die Personen versicherungspflichtig, die freiwillige Mitglieder einer Krankenkasse sind. Versicherte, die bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen das Krankheitsrisiko versichert

sind, gehören nicht zu diesem Personenkreis. Sie sind jedoch gesetzlich verpflichtet, zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen privaten Versicherungsvertrag abzuschließen.

Lesen Sie hierzu auch Seite 134.

Versicherungsfrei sind Beschäftigte, wenn ihr Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze der Krankenversicherung liegt.

Die freiwilligen Mitglieder einer Krankenkasse können sich von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen, wenn sie nachweisen, dass sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind. Der Antrag auf Befreiung kann nur innerhalb von drei Monaten nach dem Beginn der Versicherungspflicht gestellt werden. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

Familienversicherte

Familienversichert sind der Ehe-, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung. Die Familienangehörigen sind nur dann familienversichert, wenn sie selbst

- ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
- nicht in der Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind,
- nicht von der Versicherungspflicht befreit oder in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,
- nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
- ein Gesamteinkommen haben, das im Jahr 2019 monatlich 445 Euro (bei geringfügig Beschäftigten 450 Euro) nicht überschreitet.

Für die Kinder sind außerdem Altersgrenzen zu beachten; sie gelten aber nicht für Behinderte, die außerstande sind, sich selbst zu unterhalten.

Weiterversicherte

Freiwillig weiterversichern können sich in der sozialen Pflegeversicherung diejenigen,

- die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und nicht in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind, wenn sie in den letzten fünf Jahren mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden mindestens zwölf Monate versichert waren,
- deren Familienversicherung erlischt.

Der Antrag auf Weiterversicherung ist innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft oder nach Erlöschen der Familienversicherung zu stellen.



Merke:

Die soziale Pflegeversicherung kennt Pflichtversicherte, Familienversicherte und Weiterversicherte.

Pflichtversichert sind hauptsächlich Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung; dazu gehören auch die freiwilligen Mitglieder.

Familienversichert können der Ehe- oder Lebenspartner und die Kinder des Mitgliedes sein.

Weiterversichern kann sich, wer aus der Versicherungspflicht ausgeschieden oder dessen Familienversicherung erloschen ist.

Finanzierung

Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung werden durch Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber finanziert. Deckungsmittel sind außerdem sonstige Einnahmen.

Beitragshöhe

Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Beitragssatz und den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Der Beitragssatz ist ein Vomhundertsatz, der, auf die beitragspflichtigen Einnahmen angewendet, den Beitrag zur Pflegeversicherung ergibt. Familienversicherte zahlen keinen Beitrag.

Beitragssatz

Der Beitragssatz wird durch Gesetz festgesetzt. Er beträgt seit dem 1. 1. 2019 bundeseinheitlich 3,05 %.

Für kinderlose Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, erhöht sich der Beitragssatz zur Pflegeversicherung um 0,25 % (Beitragszuschlag für Kinderlose). Von der Zuschlagspflicht generell ausgenommen

sind Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die vor dem 1. 1. 1940 geboren sind.

Für Mitglieder, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, beträgt der Beitragsatz nur die Hälfte, also 1,525 %. Diese Personen erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung aber auch nur zur Hälfte.

Beitragspflichtige Einnahmen

Für die Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung sind die gleichen Einnahmen wie in der Krankenversicherung maßgebend. Das sind vor allem das Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung, die Rente der gesetzlichen Rentenversicherung sowie vergleichbare Versorgungsbezüge. Die Einnahmen sind nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze für die Krankenversicherung zu berücksichtigen. Bei Beziehern von Krankengeld sind 80 % des Arbeitsentgelts, das der Bemessung des Krankengeldes zugrunde liegt, in der Pflegeversicherung beitragspflichtig.

Lesen Sie hierzu auch
Seite 141/142.

Verteilung der Beitragslast

Die Arbeitnehmer, die auch in der Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, und ihre Arbeitgeber tragen die Beiträge jeweils zur Hälfte, das sind 1,525 %. Den Beitragszuschlag für Kinderlose tragen die Beschäftigten allein.

Im Freistaat Sachsen müssen Arbeitnehmer einen Beitrag von 0,5 % allein tragen. Sachsen hat als einziges Bundesland von den gesetzlichen Feiertagen am 31. 12. 1993 keinen Feiertag gestrichen. Das war aber zum Ausgleich der mit den Arbeitgeberbeiträgen verbundenen Belastungen der Wirtschaft vorgesehen. Arbeitnehmer in Sachsen tragen 2,025 % und Arbeitgeber 1,025 % des Pflichtbeitrages zur Pflegeversicherung.

Der Arbeitgeber trägt den vollen Beitrag allein, wenn bei einer Beschäftigung zur Berufsbildung das monatliche Arbeitsentgelt 325 Euro nicht übersteigt. Auch für Personen, die ein freiwilliges soziales Jahr, ein freiwilliges ökologisches Jahr oder den Bundesfreiwilligendienst leisten, trägt der Arbeitgeber die Beiträge in voller Höhe.

In der Krankenversicherung freiwillig versicherte Arbeitnehmer zahlen den vollen Beitrag zur Pflegeversicherung selbst. Sie erhalten aber von ihren Arbeitgebern einen Zuschuss in Höhe des Betrags, der als Arbeitgeberanteil zu zahlen wäre.

Für selbständige Künstler und Publizisten zahlt die Künstler-sozialkasse die Beiträge. Diese müssen sich an den Beiträgen beteiligen.

Studenten tragen ihre Beiträge in voller Höhe selbst. Sie zahlen die Beiträge zusammen mit den Beiträgen zur Krankenversicherung in einer Summe für ein Semester im Voraus.

Die Beiträge der pflichtversicherten Rentner, die auch in der Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, werden vom Rentenversicherungsträger bei der Rentenzahlung einbehalten. Der Rentner trägt den Beitrag in voller Höhe allein.

Bildung eines Pflegevorsorgefonds

2015 wurde in der sozialen Pflegeversicherung das Sondervermögen „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“ errichtet. Es dient der langfristigen Stabilisierung der Beitragsentwicklung und darf nur zur Finanzierung von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung verwendet werden.

Das Sondervermögen ist nicht rechtsfähig. Es kann unter seinem Namen im rechtsgeschäftlichen Verkehr handeln, klagen und verklagt werden. Der allgemeine Gerichtsstand des Sondervermögens ist Frankfurt am Main.

Die Verwaltung und die Anlage der Mittel des Sondervermögens werden der Deutschen Bundesbank übertragen. Die dem Sondervermögen zufließenden Mittel einschließlich der Erträge sind zu marktüblichen Bedingungen anzulegen. Dabei ist der in Aktien oder Aktienfonds angelegte Anteil des Sondervermögens ab 2035 über einen Zeitraum von höchstens zehn Jahren abzubauen. Das Bundesministerium für Gesundheit ist im Anlageausschuss vertreten.

Für die Verwaltung des Sondervermögens und seiner Mittel werden der Bundesbank keine Kosten erstattet.

Das Bundesversicherungsamt überweist dem Sondervermögen monatlich einen Betrag zu Lasten des Ausgleichsfonds, der einem Zwölftel von 0,1 % der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres entspricht. Die erste Überweisung erfolgte zum 20. 2. 2015 und endet mit der Zahlung für Dezember 2033.

Ab 2035 kann das Sondervermögen zur Sicherung eines stabilen Beitragsatzes in der sozialen Pflegeversicherung verwendet werden, wenn ohne zusätzliche Mittel an den Ausgleichsfonds eine Beitragsatzanhebung erforderlich wäre, die nicht auf Leistungsverbesserungen beruht.

Das Vermögen ist von dem übrigen Vermögen der sozialen Pflegeversicherung sowie von seinen Rechten und Verbindlichkeiten getrennt zu halten. Die Deutsche Bundesbank legt dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich einen Bericht über die Verwaltung der Mittel des Sondervermögens vor. Darin sind der Bestand des Sondervermögens einschließlich der Forderungen und Verbindlichkeiten sowie die Einnahmen und Ausgaben auszuweisen. Das Sondervermögen gilt nach Auszahlung seines Vermögens als aufgelöst.



Merke:

Die Ausgaben werden durch Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber finanziert. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Beitragssatz und den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Familienversicherte zahlen keinen Beitrag.

Der Beitragssatz beträgt 3,05 %.

In der Krankenversicherung versicherungspflichtige Arbeitnehmer und ihre Arbeitgeber tragen die Beiträge jeweils zur Hälfte (ausgenommen Freistaat Sachsen).

In der Krankenversicherung freiwillig versicherte Arbeitnehmer entrichten die vollen Beiträge selbst. Sie erhalten jedoch von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss in Höhe des Arbeitgeberanteils.

Beiträge zahlen auch Krankengeldbezieher und Rentner.

Für Kinderlose, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, wird ein Beitragszuschlag von 0,25 % erhoben, den das Mitglied allein trägt.

Von 2015 bis 2033 wird aus einem Teil der Beiträge ein Sondervermögen („Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“) zur langfristigen Stabilisierung des Beitrags in der sozialen Pflegeversicherung ab 2035 gebildet.

Leistungsberechtigte Personen

Bis zum 31. 12. 2016 war die Pflegebedürftigkeit in drei Stufen gegliedert, ergänzt durch die Pflegestufe 0. Seit dem 1. 1. 2017 gilt ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff. Er erfasst die individuellen Beeinträchtigungen und Fähigkeiten des Pflegebedürftigen. In sechs Lebensbereichen wird das Ausmaß eingeschätzt, in dem sich die pflegebedürftige Person noch selbst ohne fremde Hilfe versorgen kann. Daraus ergibt sich einer von fünf Pflegegraden.

Kognitive Beeinträchtigungen sind Einschränkungen im Wahrnehmen, Denken, Erkennen.

Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb Hilfe benötigen. Sie können körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen nicht selbständig bewältigen.

Dabei werden sechs Lebensbereiche (Module) nach Pflegefachkriterien beurteilt:

1. Mobilität (zum Beispiel Positionswechsel im Bett, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen),
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten (zum Beispiel Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche und zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Beteiligen an einem Gespräch),
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, physisch und verbales aggressives Verhalten, Wahnvorstellungen),
4. Selbstversorgung (zum Beispiel Waschen, Duschen und Baden, An- und Auskleiden, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung, Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harn- oder einer Stuhlinkontinenz),
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (zum Beispiel Medikation, Injektionen, Verbandswechsel und Wundversorgung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften),
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (zum Beispiel Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds).

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer (voraussichtlich für mindestens sechs Monate) bestehen.

Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit

Für die Einschätzung der Schwere ihrer Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegebedürftigkeit) ermitteln Gutachter das Ausmaß, in dem die Pflegebedürftigen die Hilfe anderer Personen benötigen. Das Ergebnis ist die Einstufung in einen von fünf Pflegegraden. Der Pflegegrad ist allein ausschlaggebend für die Höhe der Pflegeleistungen. Er wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

Begutachtungsinstrument

Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen der Pflegebedürftigkeit entsprechen. In jedem Modul sind verschiedene Kategorien vorgesehen, die das jeweilige Ausmaß der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten darstellen. Den Kategorien werden pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet. Die Summe der Punkte drückt den Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aus:

- Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen,
- Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen,
- Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen,
- Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen,
- Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten gewichtete Punkte zugeordnet.

Gewichtung der Module

Modul 6:

Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte mit 15 %

Modul 5:

Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen und Belastung mit 20 %

Modul 1:

Mobilität mit 10 %

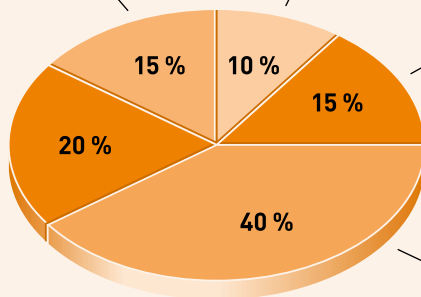
Modul 2:

kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen [höherer Wert aus Modul 2 oder 3 mit 15 %]

Modul 4:

Selbstversorgung mit 40 %



Anschließend werden die gewichteten Punkte der Module addiert. Anhand der erreichten Gesamtpunkte wird der Pflegegrad bestimmt.

Pflegegrad		
Gesamtpunkte	Pflegegrad	Beeinträchtigung der Selbständigkeit/ Fähigkeiten
12,5 bis unter 27	1	geringe Beeinträchtigung
27 bis unter 47,5	2	erhebliche Beeinträchtigung
47,5 bis unter 70	3	schwere Beeinträchtigung
70 bis unter 90	4	schwerste Beeinträchtigung
90 bis 100	5	schwerste Beeinträchtigung mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für die Leistungen der Krankenversicherung vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen.

Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt.

Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden wie folgt eingestuft:

- ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte in den Pflegegrad 2,
- ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte in den Pflegegrad 3,
- ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte in den Pflegegrad 4,
- ab 70 bis 100 Gesamtpunkte in den Pflegegrad 5.

Überleitung der Pflegestufen in die Pflegegrade

Pflegebedürftige, bei denen das Vorliegen einer Pflegestufe oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz festgestellt worden ist und bei denen alle Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine regelmäßig wiederkehrende Leistung der Pflegeversicherung am 31. 12. 2016 vorlag, wurden ab 1. 1. 2017

Die Zuordnung wurde dem Versicherten schriftlich mitgeteilt.

ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung einem Pflegegrad zugeordnet:

Überleitung der Pflegestufen in Pflegegrade

Von	Nach
Pflegestufe 0	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III/Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegegrad 5

Begutachtung

Die Pflegebedürftigkeit wird von dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung geprüft. Er beurteilt auch den Pflegegrad der Pflegebedürftigkeit. Er trifft auch die Feststellungen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung oder Minderung der Pflegebedürftigkeit geeignet, notwendig und zumutbar sind. Der Versicherte ist in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Die behandelnden Ärzte – insbesondere der Hausarzt – sollen in die Begutachtung einbezogen werden.

Die Pflegekasse kann die Pflegebedürftigkeit auch von einem unabhängigen Gutachter feststellen lassen.



Merke:

Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben pflegebedürftige Versicherte.

Das sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb auf Hilfe durch andere angewiesen sind. Diese Personen können ihre körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen.

Seit dem 1. 1. 2017 wird die Pflegebedürftigkeit in fünf Pflegegrade eingeteilt. Bis zum 31. 12. 2016 gab es drei Pflegestufen, die durch die Pflegestufe „0“ ergänzt wurden.

Leistungen der Pflegeversicherung

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sowie Kostenerstattung. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und danach, ob häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege in Anspruch genommen wird.

Leistungsvoraussetzungen

Die Leistungen müssen wirksam, wirtschaftlich und notwendig sein. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Pflegebedürftige nicht beanspruchen.

Maßnahmen zur Rehabilitation haben Vorrang. Die Pflegekasse hat daher in jedem Einzelfall zu prüfen, welche Leistungen zur Rehabilitation geeignet und zumutbar sind, um Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhindern. Sind Leistungen zur Rehabilitation angezeigt, ist das dem zuständigen Rehabilitationsträger unverzüglich mitzuteilen.

Ein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht nur, wenn

- der Pflegebedürftige einen Antrag stellt. Wird der Antrag nicht in dem Kalendermonat, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern später gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gezahlt,
- der Pflegebedürftige bei der Antragstellung in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig, familienversichert oder weiterversichert ist,
- eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung zurückgelegt ist.

Leistungen bei Pflegegrad 1

- Pflegeberatung,
- Beratung in der eigenen Häuslichkeit,
- zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen,
- Versorgung mit Pflegehilfsmitteln,
- finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes,
- zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen,
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen.

Zusätzlich gewährt die Pflegeversicherung einen Entlastungsbeitrag in Höhe von 125 Euro monatlich, der für die Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege, von Leistungen der ambulanten Pflegedienste sowie von Angeboten zur Unterstützung im Alltag in Anspruch genommen werden kann. Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 die vollstationäre Pflege, wird ein Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich gezahlt.

Pflegeberatung

Bei der Pflegeberatung wird ein individueller Versorgungsplan erstellt.

Personen, die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung erhalten, haben bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsbedarf ausgerichtet sind, Anspruch auf individuelle Pflegeberatung und Hilfestellung.

Die Pflegekasse hat den Versicherten innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang einen Beratungstermin anzubieten. Sie kann auch einen Beratungsgutschein für andere Beratungsstellen ausstellen, bei denen innerhalb dieser Frist eine Einlösung möglich ist.

Die Pflegeberatung findet im Pflegestützpunkt statt. Pflegestützpunkte werden von den Pflege- und Krankenkassen eingerichtet. Sie sollen eine wohnortnahe Pflege, Versorgung und Betreuung der Pflegebedürftigen gewährleisten. An den Pflegestützpunkten sind Stellen der Alten- und Sozialhilfe beteiligt.

Leistungen bei Pflegegrad 2 bis 5

- Pflegesachleistung,
- Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen,
- Kombination von Geldleistung und Sachleistung,
- häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson,
- Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen,
- Tagespflege und Nachtpflege,
- Kurzzeitpflege,
- vollstationäre Pflege,
- Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderung,
- zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen,
- Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen,
- zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung,

- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen,
- Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags,
- Entlastungsbetrag,
- Leistungen des Persönlichen,
- zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen.

Pflegesachleistung

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den sechs Lebensbereichen. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegfachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld.

Häusliche Pflegehilfe soll Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen beseitigen oder mindern und eine Verschlimmerung verhindern.

Anstelle der häuslichen Pflegehilfe können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld in entsprechendem Umfang die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt.

Höhe der Pflegesachleistung (häusliche Pflegehilfe) und des Pflegegeldes

ab 2017

Pflegegrad	Pflegesachleistung Euro/Monat	Pflegegeld Euro/Monat
2	bis 689	316
3	bis 1 298	545
4	bis 1 612	728
5	bis 1 995	901

Kombination von Geld- und Sachleistung (Kombinationsleistung)

Pflegesachleistung und Pflegegeld kann der Pflegebedürftige miteinander kombinieren. Das Pflegegeld wird dann in dem Verhältnis vermindert, in dem er die Pflegesachleistung in Anspruch genommen hat. An seine Entscheidung ist der Pflegebedürftige sechs Monate lang gebunden.

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 214 Euro monatlich, wenn

- sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zur gemeinschaftlich organisierten Pflege leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig sind,
- sie Pflegesachleistungen, Pflegegeld, eine Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung), zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen oder verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten,
- die Wohngruppe eine Person beauftragt hat, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen,
- keine Versorgungsform vorliegt, in der der Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter Leistungen erbringt, die dem Leistungsumfang für vollstationäre Pflege weitgehend entsprechen.

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Ist eine private Pflegeperson durch Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen (42 Kalendertage) je Kalenderjahr. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen bereits mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Pflegekasse übernimmt bis zu 1 612 Euro im Kalenderjahr, wenn die Ersatzpflege durch Personen erfolgt, die nicht nahe Angehörige des Pflegebedürftigen sind.

Als nahe Angehörige gelten Personen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind, sowie Personen, die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

Übernehmen nahe Angehörige die Ersatzpflege, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des jeweiligen Pflegegeldes für bis zu sechs Wochen nicht überschreiten.

Bei einer Ersatzpflege kann der Leistungsbetrag um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt 2 418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genom-

mene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Die Pflegekasse ist nur zuständig, wenn die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu zahlen sind.

Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflegehilfsmittel, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung ihrer Beschwerden beitragen oder ihnen eine selbständigere Lebensführung ermöglichen. Die Pflegekasse überprüft die Notwendigkeit der beantragten Pflegehilfsmittel zusammen mit einer Pflegefachkraft oder dem Medizinischen Dienst. Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen.

Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich 40 Euro nicht übersteigen. Die Leistung kann auch als Kostenerstattung erbracht werden.

Für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel ist keine Zuzahlung zu leisten.

Pflegebedürftige über 18 Jahre haben eine Zuzahlung je Pflegehilfsmittel von 10 %, höchstens jedoch von 25 Euro zu leisten. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist in Härtefällen ganz oder teilweise möglich.

Dies können zum Beispiel technische Hilfen im Haushalt sein.

Für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen können die Pflegekassen nachrangig finanzielle Zuschüsse gewähren, wenn dadurch die häusliche Pflege im Einzelfall ermöglicht, erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes dürfen höchstens 4 000 Euro je Maßnahme betragen. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, sind die Zuschüsse auf einen Betrag von 4 000 Euro je Pflegebedürftigem begrenzt.

Der Gesamtbetrag je Maßnahme darf 16 000 Euro nicht übersteigen.

Teilstationäre Pflege

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf teilstationäre Pflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Sie besteht in Tages- oder Nachtpflege in hierfür vorgesehenen Einrichtungen und umfasst auch die notwendige Beförderung der Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung und zurück.

Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst je Kalendermonat für Pflegebedürftige

- des Pflegegrades 2 bis zu 689 Euro,
- des Pflegegrades 3 bis zu 1 298 Euro,
- des Pflegegrades 4 bis zu 1 612 Euro,
- des Pflegegrades 5 bis zu 1 995 Euro.

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

Kurzzeitpflege

Kann die häusliche Pflege nicht erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung.

Sie kann beansprucht werden

- für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
- in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche Pflege oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich Betreuung und medizinischer Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 1 612 Euro im Kalenderjahr.

Der Leistungsbetrag kann um bis zu 1 612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3 224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.

Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

Vollstationäre Pflege

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich Betreuung und medizinischer Behandlungspflege.

Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.

Der Anspruch beträgt je Kalendermonat

- 770 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
- 1 262 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
- 1 775 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
- 2 005 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Ist der pauschale Leistungsbetrag höher als die tatsächlichen Kosten für die vollstationäre Pflege, darf der übersteigende Betrag für Unterkunft und Verpflegung verwandt werden.

Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der pflegebedingten Aufwendungen 15 % der vereinbarten Vergütung. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 266 Euro nicht überschreiten.

Bis zum 31. 12. 2019 werden bis zu 10 % des vereinbarten Heimentgelts von der Pflegekasse übernommen.

Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen haben Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.

Leistungen für Pflegepersonen

Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen für die Pflegeperson Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist.

Näheres hierzu siehe Seite 40.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder ein von der Pflegekasse beauftragter unabhängiger Gutachter prüft, ob die Pflegeperson eine oder mehrere Pflegebedürftige wenigstens 10 Stunden wöchentlich (regelmäßig mindestens zwei Tage pro Woche) pflegt.

Pflegen mehrere Pflegepersonen einen Pflegebedürftigen (Mehrfachpflege), wird zudem der Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand ermittelt. Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt. Werden keine oder keine übereinstimmenden Angaben gemacht, erfolgt eine Aufteilung zu gleichen Teilen. Die Feststellungen zu den Pflegezeiten und zum Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand trifft die für die Pflegeleistungen zuständige Stelle. Diese Feststellungen sind der Pflegeperson auf Wunsch zu übermitteln.

Während der pflegerischen Tätigkeit sind Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, auch in der gesetzlichen Unfallversicherung und nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert.

Angebote zur Unterstützung im Alltag

Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten. Sie helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig zu bewältigen.

Angebote zur Unterstützung im Alltag sind

- Angebote, in denen vor allem ehrenamtliche Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
- Angebote zur gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegenden (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
- Angebote zur Unterstützung der Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, besonders bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Die Angebote umfassen unter anderem Betreuung und allgemeine Aufsicht, Alltagsbegleitung sowie Unterstützungsleistungen für Pflegenden zur besseren Bewältigung des Pflegealltags.

Realisiert werden die Angebote zur Unterstützung im Alltag durch besondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer,

Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch)

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können als Ersatz von Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag eine Kostenerstattung erhalten. Sie wird auf den Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen angerechnet, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag im jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 % des für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung auf Antrag.

Die Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags ist unabhängig vom Entlastungsbetrag.

Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen: für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pfleger sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags.

Er dient der Erstattung von Aufwendungen im Zusammenhang mit

- Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,
- Leistungen der Kurzzeitpflege,
- Leistungen der ambulanten Pflegedienste in den Pflegegraden 2 bis 5, jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung,
- Leistungen von anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag.

Die Aufwendungen werden auch erstattet, wenn für die Finanzierung der Leistungen Mittel der Verhinderungspflege eingesetzt werden.

Die Pflegebedürftigen erhalten den Entlastungsbetrag auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse, dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen oder im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage

Wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

Die Freistellung wird nicht bezahlt.

Dies gilt auch, wenn die Beschäftigung durch eine kürzere Arbeitszeit geringfügig wird.

Das Pflegeunterstützungsgeld wird als Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt gezahlt.

Der Antrag ist unverzüglich zu stellen.

entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen. Die Leistung kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegezeit

Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). Die Pflegezeit beträgt für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen längstens sechs Monate (Höchstdauer).

In diesem Zusammenhang gelten als nahe Angehörige:

- Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
- Ehepartner, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Schwägerinnen und Schwäger,
- Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder sowie die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehe- oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder

Während der Pflegezeit, in der die Beschäftigten von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt werden, erhalten sie auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Sie sind auch nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert.

Beschäftigte haben das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen (kurzzeitige Arbeitsverhinderung). Der Arbeitgeber ist zur Entgeltfortzahlung nur verpflichtet, soweit sich dies aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder aufgrund einer Vereinbarung ergibt.

Erhält der Beschäftigte für die Zeit der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung keine Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes, so hat er Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld für bis zu zehn Arbeitstage aus der sozialen oder privaten Pflegeversicherung des pflegebedürftigen nahen Angehörigen.

Das Pflegeunterstützungsgeld wird von der Pflegekasse oder dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen auf Antrag gewährt. Dem Antrag ist eine ärztliche Bescheinigung beizufügen.

Das Pflegeunterstützungsgeld wird in gleicher Höhe wie das Krankengeld gezahlt. Vom Pflegeunterstützungsgeld sind Beiträge zur Renten- und Krankenversicherung sowie zur Arbeitsförderung zu zahlen.

Merke:

Die Pflegeversicherung gewährt Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 insbesondere Pflegeberatung, zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen, Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes, Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen.

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten insbesondere Pflegesachleistungen, Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen, kombinierte Geld- und Sachleistungen, häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson, Tagespflege und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, vollstationäre Pflege, Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen sowie einen Entlastungsbetrag.



Versicherungsträger

Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen. Bei jeder Krankenkasse ist eine Pflegekasse eingerichtet. Sie sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Ihre Organe (Vertreterversammlung und Vorstand) sind die Organe der Krankenkasse, bei der sie errichtet sind.

Für die Durchführung der Pflegeversicherung ist jeweils die bei der Krankenkasse eingerichtete Pflegekasse zuständig. Wechselt der Versicherte die Krankenkasse, so wechselt er auch die Pflegekasse.

Merke:

Die Pflegeversicherung wird von Pflegekassen durchgeführt. Jede Krankenkasse hat auch eine Pflegekasse. Zuständig ist die Pflegekasse, die bei der Krankenkasse eingerichtet ist, bei der die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung besteht.

Sozialgerichtsbarkeit

Der Rechtsschutz auf dem Gebiet der Sozialversicherung ist so alt wie die Sozialversicherung selbst. Ihn gibt es seit 1884.

Für alle Streitigkeiten auf dem Gebiet des Sozialrechts gibt es heute eine besondere, von den Verwaltungsbehörden getrennte Sozialgerichtsbarkeit mit drei Instanzen: Sozialgericht, Landessozialgericht, Bundessozialgericht. Verwaltung und Rechtsprechung sind klar voneinander getrennt (Grundsatz der Gewaltenteilung).

An der Rechtsprechung wirken neben Berufsrichtern auch ehrenamtliche Richter (Laienrichter) mit.

Aufbau der Gerichte

Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit sind die Sozialgerichte, die Landessozialgerichte und das Bundessozialgericht. Sie sind Kollegialgerichte, besetzt mit Berufsrichtern und ehrenamtlichen Richtern. Die Berufung der ehrenamtlichen Richter geschieht aufgrund von Vorschlagslisten der Gewerkschaften und Arbeitgebervereinigungen.

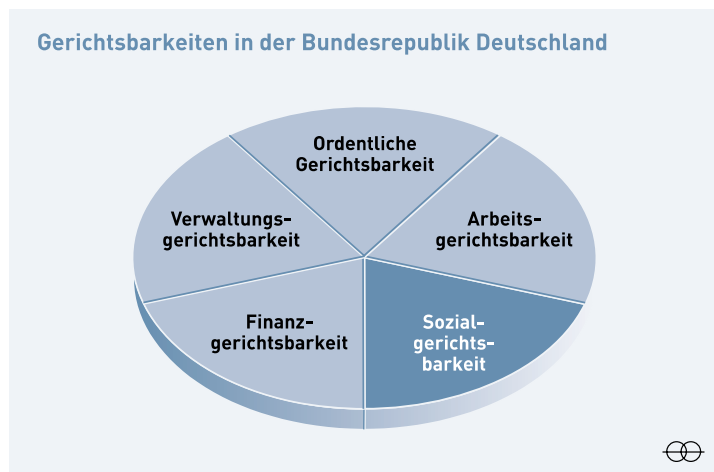
Sozialgerichte

Die Sozialgerichte entscheiden in erster Instanz über öffentlich-rechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten

- der Sozialversicherung,
- der Arbeitsförderung einschließlich der übrigen Aufgaben der Bundesagentur für Arbeit,
- der Grundsicherung für Arbeitsuchende,
- der Sozialhilfe,
- des Asylbewerberleistungsgesetzes,
- des sozialen Entschädigungsrechts (Leistungen für Kriegsoffer, Opfer von Gewalttaten, für Wehr- und Zivildienstbeschädigte, für Opfer staatlichen Unrechts in der DDR und für Impfgeschädigte sowie deren Hinterbliebenen),
- der Feststellung von Behinderungen und ihrem Grad sowie weiterer gesundheitlicher Merkmale und Streitigkeiten im Zusammenhang mit Ausweisen über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch,
- der spezialgesetzlichen Zuweisungen (zum Beispiel Ansprüche auf Elterngeld und zur Elternzeit).

Für Angelegenheiten der Knappschaftsversicherung einschließlich der Unfallversicherung für den Bergbau können eigene Kammern gebildet werden.

Die Sozialgerichte verhandeln und entscheiden in Kammern, die für die jeweiligen Angelegenheiten gebildet werden (beispielsweise die Kammer für Rentenversicherung).



Für alle Streitigkeiten, die aufgrund der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Vertragszahnärzten (Vertragsarztrecht) einschließlich ihrer Vereinigungen und Verbände entstehen, werden bei den Sozialgerichten eigene Kammern eingerichtet. Die Kammer ist mit drei Richtern besetzt: ein Vorsitzender (Berufsrichter) und zwei ehrenamtliche Richter (Beisitzer).

Die Amtszeit der ehrenamtlichen Richter beträgt fünf Jahre. Eine Wiederberufung ist möglich.

Die ehrenamtlichen Richter, die in den Kammern für Angelegenheiten der Sozialversicherung, der Grundsicherung für Arbeitssuchende (einschließlich der Streitigkeiten wegen des Zuschlags zum Kindergeld und der Arbeitsförderung) mitwirken, werden aus dem Kreis der Versicherten und aus dem Kreis der Arbeitgeber berufen.

Landessozialgerichte

Die Landessozialgerichte entscheiden als zweite Instanz über die Berufungen gegen die Urteile der Sozialgerichte. Sie entscheiden außerdem in erster Instanz über Klagen, in denen es vorwiegend um übergeordnete Rechtsfragen und weniger um Tatsachenfragen des Einzelfalls geht.

Die Landessozialgerichte Nordrhein-Westfalen und Berlin-Brandenburg haben wegen der örtlichen und erstinstanzlichen Zuständigkeit außerdem besondere Aufgaben.

In diesen Verfahren werden grundsätzliche und komplexe Rechtsfragen geklärt. Es handelt sich hier zum Beispiel um Klagen gegen Entscheidungen der Landesschiedsämter, der Schiedsstellen in Angelegenheiten der Kranken- und Pflegeversicherung sowie der Sozialhilfe, außerdem in Aufsichtsratsangelegenheiten gegenüber Trägern der Sozialversicherung, bei denen die Aufsicht von einer Landes- oder Bundesbehörde ausgeübt wird.

Die Landessozialgerichte verhandeln und entscheiden in Senaten. Jeder Senat ist mit fünf Richtern besetzt: drei Berufsrichtern – davon ist einer der Vorsitzende des Senats – und zwei ehrenamtlichen Richtern. Auch hier kommen die ehrenamtlichen Richter im Allgemeinen aus dem Kreis der Versicherten und Arbeitgeber.

Bundessozialgericht

Das Bundessozialgericht ist das oberste Gericht für die Sozialgerichtsbarkeit. Es hat seinen Sitz in Kassel. Das Bundessozialgericht ist als dritte Instanz für die Entscheidung über die Revision zuständig. Es verhandelt und entscheidet in Senaten, die wie die Senate beim Landessozialgericht gebildet sind. Jeder Senat ist mit fünf Richtern besetzt: drei Berufsrichtern – hiervon ist einer der Vorsitzende des Senats – und zwei ehrenamtlichen Richtern.

Außerdem gibt es beim Bundessozialgericht einen Großen Senat, der aus dem Präsidenten des Bundessozialgerichts, sechs weiteren Berufsrichtern und vier ehrenamtlichen Richtern besteht.

Der Große Senat muss entscheiden, wenn ein Senat von der Entscheidung eines anderen Senats des Bundessozialgerichts abweichen will oder wenn es sich um grundsätzliche Fragen zur Fortbildung des Rechts handelt.



Merke:

Es besteht eine besondere, von der Verwaltung getrennte Sozialgerichtsbarkeit (Grundsatz der Gewaltenteilung). An der Rechtsprechung wirken Berufsrichter und ehrenamtliche Richter (Beisitzer) mit. Der Instanzenzug ist dreistufig: Sozialgericht, Landessozialgericht, Bundessozialgericht.

Das Sozialgericht verhandelt und entscheidet in Kammern und ist mit drei Richtern besetzt (ein Berufsrichter und zwei ehrenamtliche Richter). Das Landes- und das Bundessozialgericht entscheiden in Senaten (drei Berufsrichter und zwei ehrenamtliche Richter). Das Landessozialgericht entscheidet über die Berufung, das Bundessozialgericht über die Revision.

Gerichtsverfahren

Zum Gerichtsverfahren gehören die Richter und die Parteien, die in der Sozialgerichtsbarkeit „Beteiligte“ heißen. Beteiligte am Verfahren sind: der Kläger, der Beklagte und der Beigeladene. Beigeladen wird, wessen berechnigte Interessen durch die Entscheidung des Rechtsstreits berührt werden.

Beteiligte können schon Minderjährige sein, wenn sie durch Vorschriften des bürgerlichen oder öffentlichen Rechts für den Gegenstand des Verfahrens als geschäftsfähig anerkannt sind.

Die Beteiligten können vor den Sozialgerichten und Landessozialgerichten selbst auftreten, verhandeln und Anträge stellen, sie können sich jedoch auch vor diesen Gerichten vertreten lassen.

Man spricht auch von „Vertretungszwang“.

Vor dem Bundessozialgericht darf man nicht selbst auftreten; hier muss man sich durch eine Gewerkschaft, eine andere anerkannte sozialpolitische Vereinigung oder durch einen Rechtsanwalt vertreten lassen.

Grundsätze des Verfahrens

Das Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit beruht auf folgenden Grundsätzen:

Grundsatz der Amtsermittlung (Offizialmaxime)

Zum Streitstoff gehören alle für die Entscheidung des Rechtsstreits wesentlichen Tatsachen.

Im sozialgerichtlichen Verfahren wird der gesamte Streitstoff durch das Gericht von Amts wegen ermittelt (im Gegensatz zum Zivilprozess, in dem die Parteien selbst den Streitstoff beibringen müssen). Deshalb muss der Vorsitzende bereits vor der mündlichen Verhandlung alle Maßnahmen treffen, die notwendig sind, um den Rechtsstreit möglichst in einer mündlichen Verhandlung zu erledigen.

Grundsatz der Mündlichkeit und des rechtlichen Gehörs

Die Beteiligten haben das Recht auf Akteneinsicht, das allerdings vom Vorsitzenden beschränkt oder untersagt werden kann.

Die Entscheidung des Gerichts muss in der Regel aufgrund mündlicher Verhandlung ergehen. Die Beteiligten erhalten dadurch das Recht, ihre Auffassung dem Gericht unmittelbar vorzutragen. Sie sind daher zu jedem Termin zu laden. Werden Zeugen vernommen, so haben die Beteiligten das Recht, an der Zeugenvernehmung teilzunehmen. Das Urteil des Gerichts darf nur auf Tatsachen gestützt werden, zu denen sich die Beteiligten äußern konnten.

Grundsatz der Unmittelbarkeit

Das Gericht muss den streitigen Sachverhalt aus eigener und unmittelbarer Wahrnehmung kennen. Das Urteil kann nur von Richtern gefällt werden, die an der Verhandlung teilgenommen haben.

Grundsatz der freien Beweiswürdigung

Das Gericht hat nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis der Verhandlung gewonnenen Überzeugung zu entscheiden.

Grundsatz der Öffentlichkeit

Der Zutritt zum Verhandlungsraum steht allen Personen frei, auch wenn sie am Prozess selbst nicht beteiligt sind. Nicht öffentlich sind Beratung und Abstimmung. Die Öffentlichkeit kann ausgeschlossen werden (zum Beispiel bei Gefährdung der öffentlichen Ordnung), im sozialgerichtlichen Verfahren hauptsächlich dann, wenn die Offenlegung der gesundheitlichen oder

Familienverhältnisse gegen die Grundsätze des Datenschutzes verstößt.

Gang des Verfahrens

Vorverfahren

Hier wird gegen die Verwaltungsentscheidung zunächst Widerspruch erhoben, über den die Widerspruchsstelle entscheidet. Sie wird von Organen der Selbstverwaltung bestimmt und setzt sich aus Arbeitnehmern, Arbeitgebern und einem Vertreter des Versicherungsträgers zusammen. Die Widerspruchsstelle kann dem Widerspruch abhelfen oder ihn zurückweisen; weist sie ihn zurück, kann gegen die Entscheidung der Widerspruchsstelle Klage erhoben werden.

Dieses Vorverfahren gibt es unter anderem in allen Angelegenheiten der Kranken- und der Pflegeversicherung, der Arbeitsförderung, der Grundsicherung für Arbeitsuchende, der allgemeinen und knappschaftlichen Rentenversicherung sowie der Kriegsopferversorgung.

Bei den Sozialleistungsträgern kommt es immer wieder zu sogenannten „Massenwiderspruchsverfahren“, bei denen eine Vielzahl gleichgerichteter Widersprüche gegen gleichartige Entscheidungen eingelegt wird. Um das Verfahren zu erleichtern, wurde die Möglichkeit der öffentlichen Bekanntgabe der Widerspruchsentscheidung geschaffen. Neben der Bekanntmachung in behördlichen Verfügungen, im elektronischen Bundesanzeiger und in den überregionalen Tageszeitungen besteht die Möglichkeit der Internetbekanntmachung. Diese muss allerdings für die Widerspruchsführer leicht auffindbar sein.

Hierzu zählen millionenfache Widersprüche gegen die Rentenanpassungsmittelungen.

Da bei einer öffentlichen Bekanntgabe die Gefahr besteht, dass die betroffenen Widerspruchsführer nicht ausreichende Kenntnis von der Entscheidung der Widerspruchsbehörde erhalten, beträgt die Frist zur Einreichung der Klage ein Jahr.

Erhebung der Klage

Das Gerichtsverfahren beginnt mit der Klage. Sie kann vom Kläger selbst oder von seinem Vertreter erhoben werden. Die Einreichung der Klage ist an eine Frist gebunden; diese beginnt mit der Bekanntgabe der Verwaltungsentscheidung beziehungsweise der Entscheidung der Widerspruchsstelle und beträgt einen Monat.

Bei Wohnsitz im Ausland beträgt die Frist drei Monate.

Die Klage ist bei dem zuständigen Gericht der Sozialgerichtsbarkeit zu erheben. Zuständig ist das Sozialgericht, in dessen

Bezirk der Kläger zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz hat. Die Klage kann auch bei jeder inländischen Behörde oder beim Versicherungsträger selbst eingereicht werden. Bei Wohnsitz im Ausland ist das Sozialgericht zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsträger seinen Sitz hat.

Eine telefonische Erklärung genügt demnach nicht.

Die Klage ist schriftlich oder auch zu Protokoll des Urkundsbeamten beim Gericht zu erheben. Die Klageschrift ist an keine feste Form gebunden. Hat man ohne Verschulden die Klagefrist versäumt, so kann man beantragen, so gestellt zu werden, als hätte man die Frist nicht versäumt (sogenannte Wiedereinsetzung in den vorigen Stand).

Das elektronische Dokument muss für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet sein.

Vorbereitende Schriftsätze und deren Anlagen, schriftlich einzureichende Anträge und Erklärungen der Beteiligten sowie schriftlich einzureichende Auskünfte, Aussagen, Gutachten, Übersetzungen und Erklärungen Dritter können ab 1. 1. 2018 als elektronisches Dokument beim Gericht eingereicht werden.

Das elektronische Dokument muss mit einer qualifizierten elektronischen Signatur der verantwortenden Person versehen sein oder von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg eingereicht werden.

In Verfahren wegen eines überlangen Gerichtsverfahrens wird die Streitsache erst mit Zustellung der Klage rechtshängig.

Mit der Erhebung der Klage wird die Streitsache rechtshängig. Das bedeutet, dass jetzt ein Gericht mit der Sache befasst ist.

Um den Sozialgerichten die Erledigung der eingehenden Klagen zeitnah zu ermöglichen, muss der Streitgegenstand begründet und die Beteiligten angegeben werden.

Die Frist beträgt regelmäßig drei Monate.

Sind diese Anforderungen nicht erfüllt, muss der Vorsitzende den Kläger zu einer entsprechenden Ergänzung auffordern. Hierzu setzt er ihm eine angemessene Frist, in der der Kläger die gebotene und ihm mögliche Mitwirkungshandlung erbringt oder begründet, warum er die geforderte Handlung nicht vornehmen kann.

Wenn der Kläger nicht mitwirkt oder das Verfahren nicht weiter betreibt, gilt die Klage als zurückgenommen (Fiktion einer Klagerücknahme).

Klagearten

Nach der Art des verlangten Rechtsschutzes lassen sich vier Klagearten unterscheiden: Anfechtungsklage, Leistungsklage, Feststellungsklage, Untätigkeitsklage.

Mit der Anfechtungsklage wird die Aufhebung oder Abänderung der Verwaltungsentscheidung angestrebt. Der Kläger muss bei der Anfechtungsklage darlegen, dass er durch die Verwaltungsentscheidung in einem subjektiven Recht verletzt (beschwert) ist. Das Gericht hat in diesem Fall zu prüfen, ob die Entscheidung der Verwaltung mit dem geltenden Recht übereinstimmt und ob die Behörde den objektiv richtigen Sachverhalt zugrunde gelegt hat. Dabei kann das Gericht zu dem gleichen Ergebnis kommen wie die Verwaltung und die Widerspruchsstelle, dann wird die Klage abgewiesen. Wenn dagegen das Vorbringen des Klägers begründet ist, so wird die fehlerhafte Verwaltungsentscheidung durch das Gerichtsurteil aufgehoben, und die Verwaltung muss daraufhin erneut prüfen und entscheiden.

Mit der Leistungsklage wird nicht nur die Aufhebung des Verwaltungsaktes selbst, sondern auch die Verurteilung der Behörde zur Leistung angestrebt. Hier kann das Gericht nicht nur die fehlerhafte Verwaltungsentscheidung aufheben, sondern darüber hinaus die Verwaltung zur Erbringung der Leistung verurteilen (zum Beispiel zur Zahlung einer Rente).

Mit der Feststellungsklage kann begehrt werden: die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses (beispielsweise die Feststellung, in welchem Umfang Beiträge zu berechnen oder anzurechnen sind), die Feststellung, welcher Versicherungsträger der Sozialversicherung zuständig ist, oder auch die Feststellung der Nichtigkeit eines Verwaltungsaktes.

Die Untätigkeitsklage erhebt man, wenn die Verwaltung den Antrag längere Zeit hindurch nicht bearbeitet oder über ihn nicht entschieden hat. Mit der Untätigkeitsklage kann man folglich die Verwaltung zwingen, tätig zu werden und zu entscheiden.

Mündliche Verhandlung

Die mündliche Verhandlung ist das Kernstück des Prozesses. In ihr wird alles erörtert, was erforderlich ist, um eine gerechte Entscheidung zu finden.

Die mündliche Verhandlung beginnt nach Aufruf der Sache mit der Darstellung des Sachverhalts durch den Vorsitzenden oder den von ihm bestimmten Berichterstatter. Anschließend erhalten die Beteiligten die Möglichkeit, ihre Auffassungen dem Gericht vorzutragen, im Allgemeinen zuerst der Kläger, dann der Beklagte. Der Vorsitzende hat dabei die Pflicht, darauf hinzuwirken

Mit Einverständnis der Beteiligten kann das Gericht ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden.

Die Beratung ist geheim.

ken, dass alles vorgetragen wird, was zur Klärung des Streitstoffes dient. Soweit es erforderlich ist, hat er auch auf die rechtliche Bedeutung des Vorgebrachten hinzuweisen.

In der mündlichen Verhandlung werden auch die Beweise erhoben. Das geschieht durch Vernehmung von Zeugen oder sachverständigen Zeugen, durch Anhörung von Sachverständigen, durch Vorlage von Urkunden oder durch Einvernahme des Augenscheins.

Ist die Streitsache genügend erörtert, erklärt der Vorsitzende die mündliche Verhandlung für geschlossen. Das Gericht zieht sich zur Beratung zurück. In der Beratung werden Streitstoff und Ergebnis der mündlichen Verhandlung gewürdigt und die Entscheidung getroffen. Über das Beratungsergebnis wird abgestimmt, es entscheidet die absolute Mehrheit.

Nach der Beratung entscheidet das Gericht durch Urteil. Dieses besteht aus der Urteilsformel, einer Darstellung des Tatbestandes und den Urteilsgründen. Zum Schluss hat das Urteil eine Rechtsmittelbelehrung zu enthalten.

Das Verfahren braucht aber nicht immer mit einem Urteil zu enden. Die Beteiligten können auch einen Vergleich abschließen:

- Die Verwaltung kann ein Anerkenntnis abgeben, also erklären, dass die Klage begründet ist.
- Der Kläger kann schließlich seine Klage zurücknehmen, wenn er eingesehen hat, dass sein Anspruch nicht begründet ist.



Merke:

Beteiligte am Verfahren sind: der Kläger, der Beklagte und der Beigeladene. Auch Minderjährige können schon beteiligt sein.

Grundsätze des Verfahrens sind: Grundsatz der Amtsermittlung, der Mündlichkeit und des rechtlichen Gehörs, der Unmittelbarkeit, der freien Beweiswürdigung und der Öffentlichkeit.

Die mündliche Verhandlung ist das Kernstück des Prozesses.

Das Gerichtsverfahren beginnt mit der Klage; ihm muss das Widerspruchsverfahren vorausgehen.

Rechtsmittel

Rechtsmittel geben den Beteiligten die Möglichkeit, eine gerichtliche Entscheidung durch ein Gericht höherer Instanz überprüfen zu lassen. In der Sozialgerichtsbarkeit gibt es die Berufung, die Revision und die Beschwerde. Das Verfahren ist kostenfrei.

Berufung

Die Berufung findet gegen die Urteile der Sozialgerichte statt. Um eine Überlastung der Landessozialgerichte zu vermeiden, schließt das Gesetz für bestimmte Fälle (meistens Bagatellfälle) die Berufung ausdrücklich aus.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim Landessozialgericht oder Sozialgericht einzulegen. Die Berufungsschrift soll (muss aber nicht) das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung dienenden Tatsachen angeben.

Im Berufungsverfahren wird der gesamte Streitstoff wie in der ersten Instanz nach der rechtlichen und der tatsächlichen Seite hin geprüft. Das Landessozialgericht prüft den Streitfall im gleichen Umfang wie das Sozialgericht und hat hierbei auch neu vorgebrachte Tatsachen und Beweismittel zu berücksichtigen.

Ist die Berufung begründet, so wird das Urteil des Sozialgerichts aufgehoben und je nachdem der Klage stattgegeben oder die Klage abgewiesen. Kommt das Landessozialgericht zu dem Ergebnis, dass die Berufung nicht begründet ist, so wird die Berufung als unbegründet zurückgewiesen.

Revision

Die Revision findet gegen Urteile der Landessozialgerichte statt. Auch gegen das Urteil eines Sozialgerichts kann schon Revision eingelegt werden (sogenannte Sprungrevision, weil das Landessozialgericht hierbei übersprungen wird). Die Revision ist zulässig, wenn das Landessozialgericht oder – im Fall der Sprungrevision – das Sozialgericht sie ausdrücklich zugelassen hat.

Die Revision ist innerhalb eines Monats nach Urteilszustellung schriftlich beim Bundessozialgericht einzulegen; sie kann nicht zur Niederschrift des Urkundsbeamten erklärt werden.

Im Gegensatz zu Klageschrift und Berufungsschrift ist die Revision streng an Formen gebunden. Die Revision muss das

Die mündliche Verhandlung verläuft in gleicher Weise wie beim Sozialgericht.

angefochtene Urteil bezeichnen und einen bestimmten Antrag enthalten. Die verletzte Rechtsnorm muss angegeben und die Revision ausführlich begründet werden. Da beim Bundessozialgericht Vertretungszwang besteht, müssen Revision und Begründung von einem Prozessbevollmächtigten unterzeichnet sein. Einem Bedürftigen kann für das Revisionsverfahren Prozesskostenhilfe bewilligt und ein Rechtsanwalt als Prozessbevollmächtigter an die Seite gestellt werden.

Die mündliche Verhandlung verläuft in gleicher Weise wie beim Sozialgericht und Landessozialgericht.

Das Bundessozialgericht prüft den Streitstoff nicht mehr nach der tatsächlichen Seite hin; es ist an die tatsächlichen Feststellungen des Landessozialgerichts oder – im Fall der Sprungrevision – des Sozialgerichts gebunden. Im Gegensatz zum Berufungsverfahren erfolgt hier eine Überprüfung lediglich nach der rechtlichen Seite.

Das Bundessozialgericht kann die Revision verwerfen, wenn sie nicht formgerecht ist, oder sie zurückweisen, wenn sie sachlich unbegründet ist. Das Gericht kann aber auch das Urteil des Landessozialgerichts aufheben und in anderer Weise entscheiden.

Beschwerde

Bis zum Abschluss des Verfahrens durch das Urteil sind vom Sozialgericht häufig Entscheidungen zu treffen, die sich aus dem laufenden Verfahren ergeben, zum Beispiel Ordnungsstrafen beim Ausbleiben von Zeugen und Sachverständigen. Dagegen kann ebenfalls Beschwerde eingelegt werden, über die das Landessozialgericht durch einen Beschluss entscheidet.

Wird die Revision durch das Landessozialgericht nicht zugelassen, kann diese Nichtzulassung beim Bundessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Wiederaufnahmeverfahren

Wenn ein Urteil rechtskräftig geworden ist, kann es durch Rechtsmittel nicht mehr angefochten werden. Dennoch kann sich die Notwendigkeit ergeben, ein rechtskräftiges Urteil abzuändern. Für diese Fälle sieht das Gesetz die Wiederaufnahme des Verfahrens vor.

Sie ist zulässig, wenn das rechtskräftige Urteil mit schweren Mängeln behaftet ist, zum Beispiel wenn das Gericht fehlerhaft besetzt war, ein Zeuge wegen Meineids bestraft oder nachträglich eine Urkunde gefunden wurde (zum Beispiel die Versicherungskarte), die für das Urteil von Bedeutung gewesen wäre.

Kosten

Man unterscheidet gerichtliche und außergerichtliche Kosten.

Für die gerichtlichen Kosten gilt der Grundsatz, dass bei allen Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit keine Gerichtskosten zu zahlen sind (Kostenfreiheit). Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts (wie zum Beispiel die Versicherungsträger) haben jedoch für jede Streitsache, an der sie beteiligt sind, eine Pauschalgebühr zu zahlen – unabhängig vom Ausgang des Rechtsstreits.

Außergerichtliche Kosten sind alle für die Rechtsverfolgung notwendigen Aufwendungen, also auch die Kosten für den Rechtsanwalt. Das Gericht entscheidet im Urteil, wer diese Kosten zu tragen hat. Die Gebühren für Rechtsanwälte sind gesetzlich geregelt.



Merke:

Rechtsmittel in der Sozialgerichtsbarkeit sind: Berufung, Revision und Beschwerde.

Das Verfahren ist kostenfrei.

Beispiel aus der Praxis

Dipl.-Ingenieur Max A. hat die Regelaltersgrenze erreicht. Die Deutsche Rentenversicherung Bund schickt ihm den Rentenbescheid. Am Schluss des Bescheides steht die Rechtsmittelbelehrung: „Gegen diesen Bescheid können Sie innerhalb eines Monats Widerspruch bei der Deutschen Rentenversicherung Bund erheben.“

Widerspruch

Max A. ist der Ansicht, dass die Rente nicht richtig berechnet ist. Er schreibt in einem Brief an die Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund:

„Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat meine Praktikantenzeit nicht rentensteigernd angerechnet (siehe beiliegendes Zeugnis des Arbeitgebers). Es fehlt die Zeit von 1975 bis 1977. Ich war damals in Mexiko und habe bei VW in Mexiko-City

gearbeitet. Ich verlange, dass die Deutsche Rentenversicherung Bund meine Rente neu berechnet.“

Die Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund weist den Widerspruch zurück, weil die rechtlichen Voraussetzungen für die Anrechnung der Praktikantenzeit von 1975 bis 1977 nicht vorliegen.

Max A. erhält einen Widerspruchsbescheid. Am Schluss des Bescheides heißt es: „Gegen diesen Bescheid können Sie innerhalb eines Monats bei dem Sozialgericht in Stuttgart Klage erheben.“

Klage

Max A. überzeugen die Gründe der Widerspruchsstelle nicht; er ist nach wie vor der Ansicht, dass seine Rente nicht richtig berechnet ist.

Er schreibt deshalb an das Sozialgericht in Stuttgart: „Die Auffassung der Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund kann ich nicht teilen. Meine Praktikantenzeit in Mexiko von 1975 bis 1977 muss rentensteigernd angerechnet werden. Ich beantrage, die Deutsche Rentenversicherung Bund zur Neuberechnung zu veranlassen.“

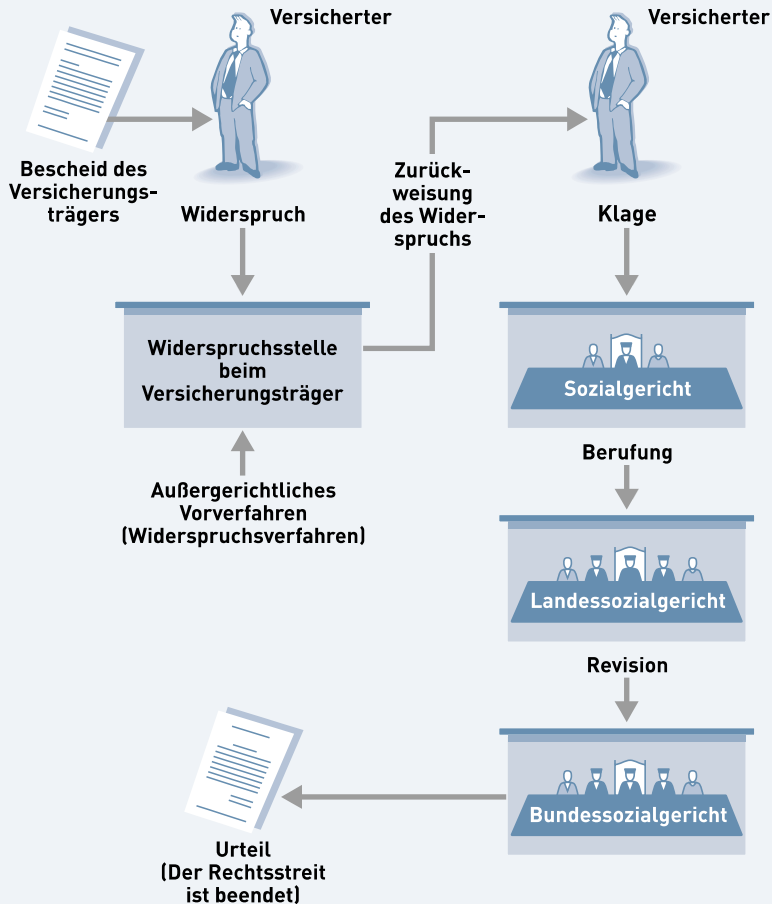
Das Sozialgericht schickt der Deutschen Rentenversicherung Bund die Klage zur Stellungnahme.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund schreibt dazu: „Wir beantragen, die Klage abzuweisen, denn der Kläger hat auf die Erhöhungen keinen Anspruch.“ Es folgen rechtliche Ausführungen.

Das Sozialgericht (Kammer für Rentenversicherung) setzt den Termin zur mündlichen Verhandlung fest. Der Kläger geht selbst zum Gericht. Für die Deutsche Rentenversicherung Bund kommt ein Verwaltungsbeamter. Den Vorsitz hat ein Berufsrichter, neben ihm sitzen als ehrenamtliche Richter ein Arbeitnehmer und ein Arbeitgebervertreter. Der Kläger und der Beklagte tragen dem Gericht ihre Ansichten vor. Nach der Beratung verkündet der Richter das Urteil. Die Klage wird abgewiesen. Er erläutert kurz die rechtlichen Gründe.

Der Kläger erhält später das schriftliche Urteil. Am Schluss des Urteils heißt es: „Gegen dieses Urteil können Sie innerhalb eines Monats beim Landessozialgericht Baden-Württemberg in Stuttgart Berufung einlegen.“

Sozialgerichtsbarkeit



Berufung

Max A. überzeugen die Gründe des Gerichts nur zum Teil: Er schreibt deshalb an das Landessozialgericht in Stuttgart: „Ich sehe jetzt ein, dass meine Zeit bei VW nicht angerechnet werden kann. Ich nehme insoweit meine Klage zurück. Meine Praktikantenzeit muss jedoch als Fachschulzeit angerechnet werden.“

Das Landessozialgericht schickt der Deutschen Rentenversicherung Bund die Berufung zur Stellungnahme.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund schreibt: „Wir beantragen, die Berufung zurückzuweisen. Der Kläger hat keinen An-

spruch auf Anrechnung der Praktikantenzeit. Das Gesetz sieht nur die Anrechnung von Zeiten der Fachschulausbildung vor. Bei Praktikantenzeiten handelt es sich nicht um Fachschulausbildung.“

Das Landessozialgericht (Senat für Rentenversicherung) setzt den Termin zur mündlichen Verhandlung fest. Der Kläger geht selbst zum Gericht. Für die Deutsche Rentenversicherung Bund kommt eine Verwaltungsfachfrau. Kläger und Beklagte tragen dem Gericht ihre Ansichten vor.

Nach der Berufung verkündet der Vorsitzende Richter das Urteil: Die Berufung wird zurückgewiesen. Er erläutert kurz die rechtlichen Gründe.

Der Kläger erhält später das schriftliche Urteil. Am Schluss des Urteils heißt es: „Die Revision wird zugelassen, weil über die Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung zu entscheiden ist: Sind Praktikantenzeiten als Zeiten der Fachschulausbildung anzusehen?“

Revision

Max A. will Revision einlegen. Er geht deshalb zu seinem Rechtsanwalt.

Dieser schreibt nun an das Bundessozialgericht in Kassel: „Ich beantrage, das Urteil des Sozialgerichts und Landessozialgerichts aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Praktikantenzeiten des Klägers anzurechnen. Das Landessozialgericht hat § 58 Abs. 1 Nr. 4 SGB VI nicht richtig angewendet.“ Es folgen rechtliche Ausführungen.

Das Bundessozialgericht schickt die Revisionsschrift der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Stellungnahme.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund schreibt: „Wir beantragen, die Revision als unbegründet zurückzuweisen, denn das Urteil des Landessozialgerichts ist richtig.“ Es folgen Rechtsausführungen.

Das Bundessozialgericht setzt den Termin zur mündlichen Verhandlung fest. Für den Kläger erscheint ein Rechtsanwalt. Die Beteiligten tragen dem Gericht ihre jeweiligen Rechtsauffassungen vor.

Nach der Beratung verkündet der Vorsitzende Richter das Urteil: Die Revision wird zurückgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Anrechnung der Zeiten. Der Wortlaut des Gesetzes ist maßgebend: Dieser sieht nur die Anrechnung von Zeiten der Fachschulausbildung vor.

Der Rechtsstreit ist beendet.

Fragen:

1. Welche Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit gibt es?
2. Wofür ist die Sozialgerichtsbarkeit zuständig?
3. Ist die Gewaltenteilung in der Sozialgerichtsbarkeit verwirklicht?
4. Wer wirkt an der Rechtsprechung mit?
5. Wie sind das Sozialgericht, das Landessozialgericht und das Bundessozialgericht besetzt?
6. Welche Aufgaben haben das Sozialgericht, das Landessozialgericht und das Bundessozialgericht?
7. Wer kann am Gerichtsverfahren beteiligt sein? Gilt das auch für Minderjährige?
8. Kann jeder vor dem Gericht der Sozialgerichtsbarkeit selbst auftreten?
9. Auf welchen Grundsätzen beruht das Gerichtsverfahren?
10. Was ist zu tun, wenn man mit einer Entscheidung der Verwaltung nicht einverstanden ist?
11. Wie läuft eine mündliche Verhandlung ab?
12. Welche Rechtsmittel gibt es?
13. Welche Kosten können entstehen, und wer bezahlt sie?

Aufgaben:

1. Informieren Sie sich über den Aufbau der Gerichte, ihre Unterschiede und Gemeinsamkeiten.
2. Diskutieren Sie über die Trennung von Verwaltung und Rechtsprechung.
3. Erörtern Sie die Einrichtung von Laienrichtern und Kollegialgerichten.
4. Besprechen Sie die Zusammensetzung der Sozialgerichte mit Arbeitgeber-/Arbeitnehmervertretern. Rolle der Gewerkschaften?
5. Vergleichen Sie das Verfahren in der Sozialgerichtsbarkeit mit den Verfahren vor anderen Gerichten: Gerichtsverfahren und Rechtsmittel.

Begriffe

Altersgrenze

Altersgrenze ist die Grenze zwischen dem aktiven Erwerbsleben und dem Ruhestand, also der Übergang vom Beitragszahler zum Rentner. Die Geburtsjahrgänge bis 1946 erreichten die Regelaltersgrenze mit 65. Für die Jahrgänge 1947 bis 1963 wird sie stufenweise angehoben. Ab Jahrgang 1964 liegt sie bei 67 Jahren.

Anschlussrehabilitation (AHB)

Anschlussrehabilitation (AHB) – auch Anschlussheilbehandlung genannt – ist eine ganztägig ambulante oder stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Sie kommt nur bei bestimmten Erkrankungen in Betracht und schließt unmittelbar an eine stationäre Krankenhausbehandlung an. Die AHB wird bereits im Krankenhaus eingeleitet. Dies gilt nur für Versicherte, die einer gesetzlichen Krankenkasse angehören.

Beitrittsgebiet

Beitrittsgebiet ist das Gebiet der ehemaligen DDR. Es wird so bezeichnet, weil es mit Wirkung vom 3. 10. 1990 der Bundesrepublik Deutschland beigetreten ist. Im Einigungsvertrag zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der DDR vom 31. 8. 1990 ist dieses Gebiet in Kapitel II, Artikel 3 bezeichnet. Es umfasst die Länder Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Ferner gehört der Teil des Landes Berlin dazu, in dem das Grundgesetz vor dem 3. 10. 1990 nicht galt: das frühere Berlin (Ost). Diese Länder werden heute neue Bundesländer genannt.

Berufsförderungswerke

Berufsförderungswerke sind gemeinnützige außerbetriebliche Bildungseinrichtungen, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (insbesondere Fortbildung und Umschulung) für erwachsene Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen erbringen. Die Durchführung der Maßnahmen wird behindertengerecht organisiert. Es findet eine auf die individuellen Belange der Betroffenen ausgerichtete medizinische, psychologische und soziale Betreuung statt.

Bundesgarantie

Reichen die Beiträge in der Rentenversicherung zusammen mit den sonstigen Einnahmen (zum Beispiel Zinsen) nicht aus, um

die Ausgaben für die Dauer des folgenden Jahres zu decken, so sind die erforderlichen Mittel vom Bund aufzubringen.

**Bundesministerium
für Arbeit und
Soziales**

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) ist zuständig für die Themen Arbeitsmarktpolitik, Arbeitsförderung, für Arbeitsrecht, -schutz und -medizin, außerdem für Renten- und Unfallversicherung, für das Sozialgesetzbuch, Prävention und Rehabilitation, Versorgungsmedizin sowie für die Arbeits- und Sozialgerichtsbarkeit. Zum Geschäftsbereich dieses Ministeriums gehören das Bundesarbeitsgericht, das Bundessozialgericht, das Bundesversicherungsamt sowie die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Außerdem obliegt dem BMAS die Rechtsaufsicht über die Bundesagentur für Arbeit. Zu seinem Geschäftsbereich gehören ferner die der Rechtsaufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstehende Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die Unfallversicherung Bund und Bahn, die übrigen bundesunmittelbaren Träger der Unfallversicherung und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau.

**Bundesministerium
für Gesundheit**

Zu den zentralen Aufgaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zählt, die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu erhalten, zu sichern und fortzuentwickeln. Die Drogenbeauftragte und die Patientenbeauftragte der Bundesregierung sind dem Ministerium zugeordnet, da die Krankheitsbekämpfung und die Prävention der Drogen- und Suchtgefahren ein zentraler Verantwortungsbereich des Ministeriums sind. Um die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu gewährleisten, fallen auch die Berufsgesetze für die Ausbildungen in den Heilberufen in den Aufgabenbereich des BMG.

**Bundesversiche-
rungsamt**

Das Bundesversicherungsamt (BVA) ist eine selbständige Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit Sitz in Bonn. Kernaufgabe des BVA ist die Rechtsaufsicht über die bundesunmittelbaren Träger der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, der sozialen Pflegeversicherung sowie der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau. Daneben ist das BVA für die Bewirtschaftung der Bundeszuschüsse und sonstigen Zuweisungen des Bundes an die Rentenversicherung, für die Zulassung von Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke, für die Durchführung des Finanzausgleichs in der sozialen Pflegeversicherung und des Risikostrukturausgleichs sowie für

die Verwaltung des Gesundheitsfonds zuständig. Außerdem wirkt das BVA an der Ausbildung des qualifizierten Nachwuchses der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger mit. Für Arbeitnehmerinnen, die kein Mutterschaftsgeld von der gesetzlichen Krankenkasse erhalten, ist das BVA die Mutterschaftsgeldstelle.

Datenschutz

Aufgabe des Datenschutzes ist es, die personenbezogenen Daten der Versicherten und ihrer Hinterbliebenen bei der Datenverarbeitung vor Missbrauch zu schützen. Für den Schutz der Sozialdaten gibt es besondere Regelungen. Diese sind im SGB X enthalten.

Dynamisierung der Rente

Dynamisierung der Rente bedeutet, dass eine Rente an die wirtschaftliche Gesamtentwicklung angepasst wird. Die Renten aus der Rentenversicherung, Unfallversicherung, Alterssicherung der Landwirte und die Versorgungsrenten werden aus diesem Grund regelmäßig erhöht (angepasst, dynamisiert).

Europäischer Sozialfonds

Der Europäische Sozialfonds bezweckt die finanzielle Unterstützung von Maßnahmen, welche die Arbeitslosigkeit verhindern und beseitigen und die Wirtschafts-, Agrar- oder Vermögenspolitik in der Gemeinschaft fördern. Er ist eine vom Rat der Europäischen Gemeinschaft beschlossene Einrichtung.

Europäisches Sozialbudget

Um Sozialleistungssysteme in allen Ländern der Europäischen Gemeinschaft durchschaubar und vergleichbar zu machen, wird – nach dem Vorbild des Sozialbudgets der Bundesrepublik Deutschland – ein Europäisches Sozialbudget geschaffen. Dies ist zugleich ein Mittel zum Konzipieren und Verwirklichen gemeinsamer sozialpolitischer Ziele.

Generationenvertrag

Der Generationenvertrag ist eine unausgesprochene und nicht schriftlich festgelegte Vereinbarung zwischen den Generationen, nämlich der beitragszahlenden und der rentenempfangenden Generation. Inhalt der Vereinbarung ist die Verpflichtung der heutigen Generation, durch ihre Beiträge die Renten der vorangehenden Generation zu sichern, in der Erwartung, dass die nach ihr folgende Generation in gleicher Weise mit ihren Beiträgen die Renten finanziert.

Gesamtsozialversicherungsbeitrag

Der Gesamtsozialversicherungsbeitrag ist die Zusammenfassung der Beiträge zur Kranken-, Pflege-, Rentenversicherung und zur Arbeitsförderung zu einem einheitlichen Beitrag, der dem Versicherten vom Lohn oder Gehalt abgezogen und zusammen mit dem Arbeitgeberanteil an die Einzugsstelle überwiesen wird.

Grundsicherung	<p>Leistungen der Grundsicherung sind eigenständige Sozialleistungen. Diese Leistung soll den grundlegenden Bedarf für den Lebensunterhalt der Menschen sicherstellen, die wegen Alters oder voller Erwerbsminderung endgültig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind und deren Einkünfte für den notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichen.</p> <p>Die Leistungen der Grundsicherung sind keine Leistungen der Sozialversicherung. Zuständig sind deshalb auch die Grundsicherungsämter bei den Stadt- und Kreisverwaltungen. Die Rentenversicherungsträger müssen aber ihre Rentner über die Leistungen der Grundsicherung aufklären und beraten.</p>
Intelligenzrente	siehe Zusatzversorgung
Körperschaften des öffentlichen Rechts	Die Körperschaft des öffentlichen Rechts ist eine rechtsfähige Verwaltungseinheit unter staatlicher Aufsicht; sie ist eine juristische Person, die – wie die natürliche Person – Träger von Rechten und Pflichten sein kann. Die Sozialversicherungsträger sind Körperschaften des öffentlichen Rechts.
Minijob	Ein Minijob (geringfügige Beschäftigung) liegt vor, wenn das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig im Monat 450 Euro nicht übersteigt oder die Beschäftigung innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens zwei Monate oder 50 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt zu sein pflegt oder im Voraus vertraglich begrenzt ist, es sei denn, die Beschäftigung wird berufsmäßig ausgeübt, und ihr Entgelt übersteigt 450 Euro im Monat.
Rechtsanspruch	Rechtsanspruch ist das Recht, beim Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen vom Versicherungsträger die vom Gesetz vorgeschriebene Verwaltungsentscheidung zu verlangen (zum Beispiel den Anspruch auf Zahlung von Rente).
Rehabilitation	Unter Rehabilitation (lat.: rehabilis = wieder geistig und physisch fähig gemacht) versteht man alle Leistungen, die in der Sozialversicherung zur Erhaltung, Besserung und der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durchgeführt werden. Man unterscheidet medizinische Leistungen zur Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.
Seemannskasse	Die Seemannskasse ist eine Vorruhestands- und Zusatzversorgungskasse für Seeleute an Bord deutscher Schiffe. Aufgabe der Seemannskasse ist die Gewährung eines Überbrückungsgeldes nach Vollendung des 55. Lebensjahres an die bei ihr versicher-

ten Seeleute sowie an Küstenschiffer und Küstenfischer, die aus der Seefahrt ausgeschieden sind. Außerdem besteht die Möglichkeit, auch nach dem Erreichen der Regelaltersgrenze ergänzende Leistungen zu erhalten.

Die Seemannskasse wurde zum 1. 1. 2009 in die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See eingegliedert. Die Selbstverwaltungsorgane und die Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See vertreten und verwalten die Seemannskasse nach dem für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Rentenversicherungsträger geltenden Recht und nach Maßgabe der Satzung der Seemannskasse.

Selbstverwaltung

Selbstverwaltung ist das paritätische Mitwirken der Versicherten und Arbeitgeber an der Erledigung der dem Versicherungsträger übertragenen Aufgaben. Ehrenamtliche Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber werden gewählt und „regieren“ eigenverantwortlich ihren Versicherungsträger. Organe der Selbstverwaltung sind die Vertreterversammlung und der Vorstand.

Solidaritätsprinzip

Die Sozialversicherung beruht auf dem Solidaritätsprinzip. Es besagt, dass die zu versichernden Risiken von allen Versicherten gemeinsam (solidarisch) getragen werden. Jeder zahlt nach der gesetzlichen Verpflichtung Beiträge zur Sozialversicherung; die Leistungen aber werden zum Teil ohne Rücksicht auf diesen Beitrag erbracht (zum Beispiel bei Anrechnung beitragsfreier Anrechnungszeiten in der Rentenversicherung). Es braucht also, anders als beim Versicherungsprinzip, kein Gleichgewicht zwischen Beitrag und Leistung zu bestehen.

Sonderversorgung

In der ehemaligen DDR wurden neben den Renten aus der allgemeinen Sozialversicherung auch Renten aus Sonderversorgungssystemen gezahlt. Hierzu gehören die Sonderversorgung der Nationalen Volksarmee (seit dem 1. 7. 1957), die Sonderversorgung des Ministeriums des Innern (dazu gehören die Deutsche Volkspolizei sowie die Organe der Feuerwehr und des Strafvollzugs) sowie die Sonderversorgung der Zollverwaltung der DDR und des Ministeriums für Staatssicherheit / Amtes für Nationale Sicherheit.

Die bereits Ende 1991 aus der Sonderversorgung gezahlten Renten werden ab 1992 von der Rentenversicherung weitergezahlt und bestehende Ansprüche und Anwartschaften in die gesetzliche Rentenversicherung überführt.

Sozialbeirat

Der Sozialbeirat hat insbesondere die Aufgabe, in einem Gutachten zum Rentenversicherungsbericht der Bundesregierung Stellung zu nehmen. Er besteht aus je vier Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber, einem Vertreter der Deutschen Bundesbank sowie drei Vertretern der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Die Geschäfte des Sozialbeirats führt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Sozialbericht

Die Bundesregierung gibt mit dem Sozialbericht dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat einen Überblick über die sozial- und gesellschaftspolitischen Maßnahmen und Vorhaben. Damit erhält die Öffentlichkeit einen umfassenden Einblick, in welchem Umfang Soziale Sicherheit, soziale Gerechtigkeit und eine humanere Gestaltung des Arbeitslebens erreicht worden sind. Der Sozialbericht ist die Bilanz der auf sozial- und gesellschaftspolitischem Gebiet geleisteten Arbeit.

Sozialbudget

Das Sozialbudget ist ein Überblick über alle sozialen Leistungen und ihre Finanzierung in Deutschland, verbunden mit einer kurz- und mittelfristigen Vorausschau. Die Leistungen und ihre Finanzierung werden nach Institutionen, aber auch nach Zweck und Ursache (Funktionen) und Herkunft gegliedert. Die Zahlen des Sozialbudgets stimmen mit den wirtschaftlichen Grundannahmen und Daten über Soziale Leistungen und ihre Finanzierung überein, die in die gesamtwirtschaftliche Voraussetzung der Bundesregierung eingegangen sind (volkswirtschaftliche Gesamtrechnung). Das Sozialbudget ist zugleich Grundlage der internationalen Berichterstattung.

Sozialdaten

Sozialdaten sind personenbezogene Informationen über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer natürlichen Person, die von einem Träger der Sozialversicherung im Hinblick auf seine Aufgaben erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Sozialdaten unterliegen dem Datenschutz (siehe auch die Ausführungen zu den Stichwörtern „Datenschutz“ und „Sozialgeheimnis“).

Soziale Sicherheit

Die Soziale Sicherheit (auch Soziale Sicherung genannt) ist ein Sammelbegriff für die Sozialversicherung, die Versorgung und die Sozialhilfe. Der Begriff wurde 1948 von den Vereinten Nationen in die allgemeine Erklärung der Menschenrechte aufgenommen: „Jeder Mensch hat als Mitglied der Gesellschaft Recht auf Soziale Sicherheit.“

Das Schwergewicht der Sozialen Sicherheit liegt in der Bundesrepublik Deutschland in der Sozialversicherung.

**Sozialer
Rechtsstaat**

Die Bundesrepublik Deutschland ist nach ihrer Verfassung ein demokratischer und sozialer Rechtsstaat (Art. 20 Abs. 1 und Art. 28 Abs. 1 Grundgesetz).

Das damit anerkannte Prinzip besagt, dass jeder Bürger Anspruch auf angemessene Lebensmöglichkeit und ein menschenwürdiges Dasein hat, dass die Tätigkeit des Staates an Gesetz und Recht gebunden ist und Rechtssicherheit und Gerechtigkeit zu gewährleisten sind.

Sozialgeheimnis

Jeder hat Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten von den Leistungsträgern nicht unbefugt verarbeitet werden. Die Wahrung des Sozialgeheimnisses umfasst die Verpflichtung, auch innerhalb des Leistungsträgers sicherzustellen, dass die Sozialdaten nur Befugten zugänglich sind oder nur an diese weitergegeben werden.

Sozialgerichtsbarkeit

Die Sozialgerichtsbarkeit ist der Rechtsschutz auf allen Gebieten der Sozialversicherung. Die Sozialgerichtsbarkeit wird durch unabhängige, von den Verwaltungsbehörden und Versicherungsträgern getrennte, besondere Gerichte ausgeübt. Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit sind die Sozialgerichte, die Landessozialgerichte und das Bundessozialgericht.

Sozialgesetzbuch

Im Sozialgesetzbuch werden alle sozialen Rechte und Pflichten zusammengefasst. Es soll dazu beitragen, soziale Gerechtigkeit und soziale Sicherheit bürgernah und allgemein verständlich zu beschreiben. Das wird schrittweise verwirklicht.

Sozialhilfe

Die Sozialhilfe will die Führung eines Lebens ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Sie hilft dem einzelnen Bedürftigen je nach der Besonderheit seiner Notlage (individuelle Art der Hilfeleistung); sie wird nur subsidiär gewährt. Ihre Mittel werden durch Steuern aufgebracht.

Sozialinvestitionen

Sozialinvestitionen sind Investitionen für soziale Zwecke beziehungsweise Einrichtungen wie Krankenhäuser, Heilstätten, Kliniken, Altenheime, Berufsförderungswerke. Die Versicherungsträger sind gesetzlich gehalten, ihr Vermögen mit Vorrang für soziale Zwecke anzulegen.

Sozialleistungen

Sozialleistungen sind alle Leistungen, die im Rahmen der Sozialen Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland erbracht werden. Innerhalb der Sozialleistungen liegt das Schwergewicht auf der Sozialversicherung; auf sie entfallen fast 70 % der Sozialleistungen.

Sozialpolitik

Sozialpolitik ist heute Gesellschaftspolitik. Sie ist nicht nur (wie früher) auf die sozialen Probleme der wirtschaftlich schwachen und schutzbedürftigen Bevölkerung gerichtet; sie erfasst vielmehr die sozialen und gesellschaftlichen Probleme aller Schichten des Volkes.

Sozialreform

Zur Sozialreform gehören alle staatlichen Maßnahmen, die dazu beitragen, eine neue soziale Ordnung entsprechend dem verfassungsmäßigen Auftrag zu schaffen und soziale (gesellschaftliche) Fehlentwicklungen zu verhindern.

Sozialversicherung

Die Sozialversicherung ist eine durch öffentliche Rechte geregelte, auf dem Solidaritätsprinzip beruhende Zwangsversicherung, die nach dem Grundsatz der Selbstverwaltung aufgebaut ist und unter staatlicher Aufsicht steht. Zur Sozialversicherung gehören die Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung.

Die Sozialversicherung ist eine Mischform aus Versicherung, Versorgung und Fürsorge: Sie ist Versicherung (überwiegende Finanzierung aus Beiträgen); sie ist Versorgung (Staatszuschüsse, Ausgleich nach sozialen Gesichtspunkten); sie ist auch Fürsorge (Leistungen zur Rehabilitation).

Sozialversicherungsabkommen

Die Systeme der Sozialen Sicherheit vieler Staaten benachteiligen die Ausländer im Inland. Diese Nachteile zu beseitigen ist die wichtigste Aufgabe der Sozialversicherungsabkommen. Mit ihnen soll erreicht werden, dass Leistungen auch durch Versicherungsträger im anderen Vertragsstaat gewährt werden und zurückgelegte Beitrags- und gleichgestellte Zeiten bei der Anspruchsprüfung berücksichtigt werden. Man unterscheidet zwischen zweiseitigen (bilateralen) und mehrseitigen (multilateralen) Abkommen.

Sozialversicherungsausweis

Der Sozialversicherungsausweis ist bei Aufnahme der ersten Beschäftigung auszustellen. Er enthält die Versicherungsnummer der Rentenversicherung, den Familiennamen und den Vornamen des Beschäftigten. Unter bestimmten Bedingungen, zum Beispiel im Schaustellergewerbe, ist er mit einem Lichtbild des Beschäftigten auszustatten.

Der Sozialversicherungsausweis ist bei Beginn jeder Beschäftigung dem Arbeitgeber vorzulegen. Bestimmte Beschäftigte haben ihn auch während der Ausübung ihrer Beschäftigung mitzuführen und bei Kontrollen zur Aufdeckung von illegalen Beschäftigungsverhältnissen vorzulegen.

Sozialversicherungswahl	Die Sozialversicherungswahl ist die Wahl der Abgeordneten in die Vertreterversammlung des Versicherungsträgers. Versicherte und Arbeitgeber wählen ihre Vertreter. Sozialversicherungswahlen finden alle sechs Jahre statt.
Umlageverfahren	Das Umlageverfahren ist ein Finanzierungssystem, bei dem die durch Beiträge aufgebracht Mittel sogleich in die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen „umgelegt“ werden (Gegensatz: Ansammlung von Kapital).
Versichertenberater	Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund heißen die Versichertenältesten Versichertenberater und Versichertenberaterin. Sie haben die Aufgabe, Versicherte und Leistungsberechtigte zu beraten und zu betreuen sowie deren Interessen wahrzunehmen.
Versichertennummer	Die Versichertennummer wird in der Krankenversicherung verwendet, sie wird auch als Krankenversicherungsnummer bezeichnet. Jedem Versicherten der Krankenversicherung, auch den Familienversicherten, ist von der Krankenkasse, bei der er Mitglied ist, eine Versichertennummer zu vergeben. Er erhält darüber eine Krankenversichertenkarte. Unter der Versichertennummer führt die Krankenkasse ein Versichertenverzeichnis, das alle Angaben zum Versicherungsverhältnis und zur Feststellung des Leistungsanspruchs enthält.
Versicherung	Versicherung bedeutet: Gleichgewicht von Leistungen und Gegenleistungen. Der Versicherte muss einen Beitrag zahlen, der dem Wert der ihm (nach dem Versicherungsvertrag) zu gewährenden Leistungen entspricht. Die Höhe des Beitrages hängt von der Größe des Risikos ab (Gesundheitszustand, Alter), mit dem der einzelne Versicherte die Versichertengemeinschaft belastet (risikogerechte Beiträge). Das Versicherungsprinzip ist am deutlichsten in der Privatversicherung verwirklicht, in der Sozialversicherung zum Teil.
Versicherungsfall	Der Versicherungsfall ist das Ereignis, das in der Sozialversicherung den Leistungsanspruch auslöst. Versicherungsfälle sind in der Arbeitslosenversicherung die Arbeitslosigkeit, in der Krankenversicherung Krankheit und Entbindung sowie in der Unfallversicherung Arbeitsunfall und Berufskrankheit.
Versicherungsnummer	Die Versicherungsnummer (VSNR) wird in der Rentenversicherung verwendet, sie wird auch als Rentenversicherungsnummer bezeichnet. Jedem Versicherten der Rentenversicherung wird von dem bei Beginn der Versicherung zuständigen Versiche-

Träger eine VSNR vergeben. Über die Vergabe der VSNR erhält der Versicherte einen Sozialversicherungsausweis. Unter der VSNR wird das Versicherungskonto des Versicherten geführt.

Versicherungsträger

Versicherungsträger sind öffentlich-rechtliche Körperschaften, die die Aufgabe haben, die Sozialversicherung durchzuführen. Das bedeutet, dass sie die notwendigen Mittel (Beiträge) einziehen und daraus die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen gewähren müssen.

Versicherungszweig

Mit dem Wort Versicherungszweig bezeichnet man die Art der Sozialversicherung, der man aufgrund seiner Beschäftigung oder Beitragsleistung angehört. In der gesetzlichen Rentenversicherung gibt es zwei Zweige: die allgemeine Rentenversicherung und die knappschaftliche Rentenversicherung.

Versorgung

Versorgung (zum Beispiel Kriegsopferversorgung, Lastenausgleich) ist die Entschädigung für ein der Allgemeinheit erbrachtes persönliches Opfer. Im Gegensatz zur Versicherung führt nicht die eigene Beitragsleistung zur Versorgung, sondern ein vorausgegangenes Opfer. Die Versorgung wird durch Steuermittel finanziert.

Versorgungsausgleich

Versorgungsausgleich ist die Aufteilung der während der Ehe erworbenen Renten- und Versorgungsanswartschaften auf beide Ehepartner zu gleichen Teilen (ähnlich dem Zugewinn-Ausgleich).

Ausgleichspflichtig ist der Ehepartner mit den werthöheren Answartschaften oder Aussichten auf eine auszugleichende Versorgung. Dem berechtigten Ehepartner steht als Ausgleich die Hälfte des Wertunterschiedes zu. Ziel des Versorgungsausgleichs ist die eigenständige Soziale Sicherung der Frau im Fall der Scheidung.

Volkerversicherung

Volkerversicherung ist die Einbeziehung der nahezu gesamten Bevölkerung in das soziale Versicherungssystem des Staates und Leistungsgewährung entsprechend dem Beitragsaufkommen (mit staatlichen Zuschüssen) sowie Verwaltung des Systems auf genossenschaftlicher Grundlage (Selbstverwaltung).

Gegensatz ist die Staatsbürgerversorgung. Sie wird im Wesentlichen aus Steuermitteln finanziert, gewährt allen Bürgern eine gleich hohe Grundsicherung (Mindestversorgung) und wird vom Staat verwaltet.

- Vorruhestandsgeld** Das Vorruhestandsgeld ist keine Leistung der gesetzlichen Rentenversicherung. Es wird vom Arbeitgeber aufgrund tariflicher Vereinbarung gezahlt.
- Wander-
versicherung** Wanderversicherung liegt vor, wenn für einen Versicherten wirksame Beiträge zu mehreren Versicherungszweigen der gesetzlichen Rentenversicherung (zum Beispiel allgemeine Rentenversicherung und knappschaftliche Rentenversicherung) gezahlt wurden.
- Zusatzversorgung** Neben der allgemeinen Sozialversicherung und den Sonderversorgungssystemen gab es in der ehemaligen DDR eine ganze Reihe von Zusatzversorgungssystemen, beispielhaft wäre die Altersversorgung der Intelligenz zu nennen. Neben der Rente aus der Sozialversicherung erhielten die Berechtigten Leistungen aus der Zusatzversorgung. Die Ansprüche und Anwartschaften aus den Zusatzversorgungssystemen sind 1992 nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) grundsätzlich in die gesetzliche Rentenversicherung überführt worden. Die Freiwillige Zusatzrentenversicherung (FZR) war kein Zusatzversorgungssystem, sondern gehörte zur allgemeinen Sozialversicherung der DDR.

Sachverzeichnis

Abfindung von Renten der Unfallversicherung	175	Beitragshöhe in der	
Aktive Arbeitsförderung	110	→ allgemeinen Rentenversicherung	46
Aktueller Rentenwert	68, 71	→ Alterssicherung der Landwirte	92
Allgemeiner Rentenwert	101	→ Arbeitsförderung	109
Altersgrenze	61, 216	→ knappschaftlichen Rentenversicherung	84
Altersrenten	61, 86, 95	→ Krankenversicherung	139
Alterssicherung der Landwirte	90	→ Pflegeversicherung	181
Anfechtungsklage	206, 207	→ Unfallversicherung	163
Anschlussrehabilitation (AHB)	216	Beitragsnachweis,	
Anpassung der Leistungen der		Rentenversicherung	48, 85
→ Alterssicherung der Landwirte	101	Beitragstragung (Beitraglast) in der	
→ Rentenversicherung	72	→ allgemeinen Rentenversicherung	45
→ Unfallversicherung	171, 175	→ Alterssicherung der Landwirte	92
Anrechnungszeiten	49, 50	→ Arbeitsförderung	109
Arbeitsförderung	106	→ knappschaftlichen Rentenversicherung	84
Arbeitslosengeld	118	→ Krankenversicherung	143
Arbeitslosengeld II	128	→ Pflegeversicherung	182
Arbeitslosenversicherung, s. Arbeitsförderung	106	→ Unfallversicherung	163
Arbeitsmarktberatung	112	Beitragszeiten für die	
Arbeitsunfall	167	Wartezeit	49, 99
Arzneimittel	147, 151	Beitragszuschuss an Landwirte	93
Aufsichtspersonen	166	Beitrittsgebiet	
Ausbildungsvermittlung	111	(neue Bundesländer)	74, 216
		Bergmannsrente, s. Rente für	
Bedarfsgemeinschaft	127	Bergleute	86
Beitragsbemessungsgrenze in der		Berücksichtigungszeit	50
→ allgemeinen Rentenversicherung	46	Berufliche Orientierung	112
→ Arbeitsförderung	109	Berufliche Weiterbildung	116
→ knappschaftlichen Rentenversicherung	84	Berufsausbildung	114
→ Krankenversicherung	142	Berufsausbildungsbeihilfe	115
→ Pflegeversicherung	182	Berufsberatung	111
		Berufsförderungswerke	216
		Berufsgenossenschaft	176, 177
		Berufskrankheit	167, 168

Berufsorientierung	112	Familienversicherte	136, 180
Berufsunfähigkeit	58, 86	Feststellungsklage	206, 207
Berufung	209	Finanzierung der	
Beschwerde	210	→ allgemeinen Renten-	
Besteuerung von		versicherung	44
→ Beiträgen	78	→ Alterssicherung der Landwirte	92
→ Renten	78, 79	→ Arbeitsförderung	109
Beteiligte am Sozialgerichts-		→ knappschaftlichen	
verfahren	203	Rentenversicherung	84
Betriebliche Altersversorgung	38	→ Krankenversicherung	137
Betriebskrankenkasse	155	→ Pflegeversicherung	181
Betriebs- und Haushaltshilfe	102	→ Unfallversicherung	163
Bundesagentur für Arbeit	29, 125	Förderung der Teilhabe behinderter	
Bundesgarantie	44, 216	Menschen am Arbeitsleben	118
Bundesministerium für Arbeit		Freiwillige Versicherung in der	
und Soziales	217	→ allgemeinen Renten-	
Bundesministerium für		versicherung	43
Gesundheit	217	→ Alterssicherung der Landwirte	92
Bundessozialgericht	202, 210	→ Krankenversicherung	136
Bundesversicherungsamt	217	→ Unfallversicherung	162
		Früherkennung von Krankheiten	149
Datenschutz	218	Generationenvertrag	44, 218
Deutsche Rentenversicherung		Gesamtsozialversicherungs-	
Bund	25, 79	beitrag	142, 218
Deutsche Rentenversicherung		Gesetzliche Grundlage der	
Knappschaft-Bahn-See	80, 88, 156	→ allgemeinen Renten-	
Deutsche Rentenversicherung –		versicherung	38
Regionalträger	24, 80	→ Alterssicherung der	
Dynamisierung der Leistungen der		Landwirte	90
→ Alterssicherung		→ Arbeitsförderung	106
der Landwirte	101, 102	→ knappschaftlichen	
→ Rentenversicherung	72	Rentenversicherung	83
→ Unfallversicherung	171, 175, 176	→ Krankenversicherung	132
		→ Pflegeversicherung	178
Eingliederungsvereinbarung	112	→ Unfallversicherung	160
Eingliederungszuschuss	117	Gleitzone s. Midijob	
Einkommensanrechnung	65, 98, 173	(Übergangsbereich)	144
Entgeltpunkte	68, 69, 70	Grundsicherung	219
Ersatzkassen	156	Grundsicherung für Arbeit-	
Ersatzzeiten	49	suchende	126
Erwerbsfähige Leistungs-			
berechtigte	127	Haushaltshilfe	102, 151
Erwerbsminderung	57, 58, 94, 171	Heilbehandlung	54, 94, 168
Familienangehörige,		Heil- und Hilfsmittel	150, 151, 169
mitarbeitende	91	Hinzuverdienst bei Altersrenten	63, 97

Hinzuverdienst bei Renten wegen Erwerbsminderung	59, 95
Innungskrankenkasse	156
Insolvenzgeld	124
Intelligenzrente	219
Kapitalgedeckte Altersvorsorge	38
Kindererziehungsleistung	38, 74
Kindererziehungszeiten	41
Kinderheilverfahren	54
Klagearten	206
Knappschaftlicher Betrieb	84
Knappschaftliche Rentenversicherung	83
Knappschaftsausgleichsleistung	86
Konkursausfallgeld, s. Insolvenzgeld	124
Krankenbehandlung	149
Krankengeld	152
Krankenhausbehandlung	151
Krankenkasse	155
Krankenkassenwahlrecht	157
Krankenpflege	151
Krankenversicherung	132
Krankenversicherung der Rentner	76
Kurzarbeitergeld	122
Kurzzeitpflege	194
Landessozialgericht	202
Landwirte	91
Landwirtschaftliche Alterskasse	104
Landwirtschaftliche Krankenkasse	156
Leistungen der	
→ allgemeinen Rentenversicherung	38
→ Alterssicherung der Landwirte	90
→ Arbeitsförderung	106
→ knappschaftlichen Rentenversicherung	83
→ Krankenversicherung	132, 147
→ Pflegeversicherung	189
→ Unfallversicherung	160, 167

Leistungen zur primären Prävention	148
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der	
→ Arbeitsförderung	118
→ Rentenversicherung	53
→ Unfallversicherung	168
Leistungsklage	206, 207
Medizinische Rehabilitation, Leistungen in der	
→ Alterssicherung der Landwirte	94
→ Krankenversicherung	152
→ Rentenversicherung	52
→ Unfallversicherung	168
Medizinische Vorsorgeleistungen	148
Midijob (Übergangsbereich)	144
Minijob	40, 46, 219
Mitwirkung (Selbstverwaltung)	20
Mündlichkeitsgrundsatz	204
Mutterschaftsgeld	153
Nachweis (Beiträge – Rentenversicherung)	48, 85
Öffentlichkeitsgrundsatz	204
Offizialmaxime	204
Organe der Selbstverwaltung	20
Ortskrankenkasse	156
Persönliche Entgeltpunkte	68
Pflegebedingte Aufwendungen	195
Pflegebedürftigkeit	185
Pflegegeld	191
Pflegegrade	187
Pflegehilfsmittel	193
Pflegekasse	199
Pflegesachleistung	191
Pflegestufen	185, 187
Pflichtversicherung in der	
→ allgemeinen Rentenversicherung	39
→ Alterssicherung der Landwirte	91
→ Arbeitsförderung	107

→ knappschaftlichen Rentenversicherung	84
→ Krankenversicherung	133
→ Pflegeversicherung	179
→ Unfallversicherung	161
Pflegevorsorgefonds	183
Prävention	165
Private Pflegeversicherung	179, 180
Rechtliches Gehör	204
Rechtsmittel	209
Rehabilitation, Leistungen der	
→ allgemeinen Rentenversicherung	52
→ Alterssicherung der Landwirte	93
→ knappschaftlichen Rentenversicherung	85
→ Krankenversicherung	152
→ Unfallversicherung	168
Reisekosten	170
Rente an Verwandte	174
Rente für Bergleute	86
Rente wegen Alters	61, 86, 95
Rente wegen Kindererziehung (Erziehungsrente)	65
Rente wegen Todes	63
Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	57, 86, 94, 172
Rentenanpassung	72, 101, 175
Rentenansprüche im Beitrittsgebiet, Schutz der	74
Rentantrag	66
Rentenarten der	
→ Rentenversicherung	57, 86
→ Unfallversicherung	171
Rentenartfaktor	71, 87, 102
Rentenauskunft	51
Rentenformel der Rentenversicherung	68
Rentenhöhe in der	
→ allgemeinen Rentenversicherung	68
→ Alterssicherung der Landwirte	100

→ knappschaftlichen Rentenversicherung	87
→ Unfallversicherung	172
Renteninformation	51
Rentensplitting unter Ehegatten	70
Rentenwert	71, 101
Rentnerkrankenversicherung	76
Rentnerpflegeversicherung	77
Revision	209
Risikostrukturausgleich	138
Saison-Kurzarbeitergeld	123
Schutz der Rentenansprüche des Beitrittsgebiets	74
Seemannskasse	89, 219
Selbstverwaltung	19
Sicherheitsbeauftragte	166
Sonderversorgung	220
Sozialdaten	221
Sozialgeld	128, 129
Sozialgerichte	201
Sozialgesetzbuch	16, 222
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau	32, 104, 156, 177
Sozialversicherungsausweis	47
Sozialwahlen	19, 21, 224
Sperrzeit	121
Sprungrevision	209
Staatliche Förderung der Altersvorsorge	38
Steigerungszahl	100
Sterbegeld	172
Sterbeübergangszeit („Sterbevierteljahr“)	65, 71, 87, 173
Teilarbeitslosengeld	121
Teilrente der Altersrente	63
Teilstationäre Pflege	193
Träger der	
→ allgemeinen Rentenversicherung	24, 79
→ Alterssicherung der Landwirte	104
→ Arbeitsförderung	125

→ knappschaftlichen Rentenversicherung	88	→ Pflegeversicherung	178
→ Krankenversicherung	155	→ Unfallversicherung	160
→ Pflegeversicherung	199	Versorgungsausgleich	70
→ Unfallversicherung	176	Vertreterversammlung	20, 22
Transferkurzarbeitergeld	124	Verwaltungsausschuss	29
Übergangsgeld	56, 122, 171	Verwaltungsrat	20, 30, 31, 125, 155
Unfallverhütung	165	Vollstationäre Pflege	195
Unfallversicherung	160	Vorruhestandsgeld	226
Untätigkeitsklage	207	Vorstand	20, 22
Unternehmen der Landwirtschaft	91	Vorverfahren	205
Verhütung von Krankheiten	148	Wahlrecht der Krankenkassenmitgliedschaft	157
Verletztengeld	171	Waisenbeihilfe	174
Verletztenrente	171	Waisenrente	64, 98, 173
Versichertenummer	224	Wartezeit	50, 99
Versicherungsfall	167, 224	Wegeunfall	167
Versicherungsfreiheit in der		Weiterbildungsförderung	116
→ Alterssicherung der Landwirte	91	Widerspruch	205
→ Arbeitsförderung	108	Widerspruchsstelle	205
→ Pflegeversicherung	180	Wiederaufnahmeverfahren	210
→ Rentenversicherung	42	Winterbauförderung	109, 123
→ Unfallversicherung	162	Witwen-/Witwerbeihilfe	174
Versicherungsnummer	47, 224	Witwen-/Witwerrente aus der	
Versicherungspflicht in der		→ Alterssicherung der Landwirte	97
→ allgemeinen Rentenversicherung	39	→ Rentenversicherung	63
→ Alterssicherung der Landwirte	91	→ Unfallversicherung	173
→ Arbeitsförderung	107	Zahnersatz	150
→ knappschaftlichen Rentenversicherung	84	Zeiten aus einem Rentensplitting	50
→ Krankenversicherung	133	Zeiten aus einem Versorgungsausgleich	50
→ Pflegeversicherung	179	Zugangsfaktor	70
→ Unfallversicherung	161	Zurechnungszeit	50, 101
Versicherungspflichtverhältnis	19	Zusatzversorgung	226
Versicherungsschutz in der		Zuzahlung des Versicherten	
→ allgemeinen Rentenversicherung	38	→ für Heil- und Hilfsmittel	151
→ Arbeitsförderung	106	→ bei Krankenhausbehandlung	151
→ knappschaftlichen Rentenversicherung	83	→ bei medizinischen Leistungen zur Rehabilitation	54, 152
→ Krankenversicherung	132	Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung	140



Diese Broschüren erhalten Sie kostenlos.

Broschüren-Paket zum Thema „Junge Menschen“

Die Deutsche Rentenversicherung bietet auch jungen Menschen einen umfassenden Schutz im Fall der Fälle, zum Beispiel mit einer Rehabilitation oder einer Erwerbsminderungsrente.

Wie sich Berufsausbildung, ein Job neben dem Studium, freiwilliger Wehrdienst und Freiwilligendienste auswirken, welche Versicherungszeiten für Ihre spätere Rente zählen und viele andere Fragen werden Ihnen in diesen kostenlosen Broschüren beantwortet. Und obwohl die gesetzliche Rentenversicherung der wichtigste Baustein der Altersversorgung ist und bleibt, sollten Sie auch über die unterschiedlichen Möglichkeiten der privaten Vorsorge Bescheid wissen.

Die Broschüren können Sie über das kostenlose Servicetelefon der Deutschen Rentenversicherung unter 0800 10004800 oder im Internet über www.deutsche-rentenversicherung.de (Services → Broschüren & mehr → Broschüren-Pakete → Junge Menschen) bestellen.



www.rentenblicker.de
speziell für junge Leute



alles Wichtige
zum Rentensystem



Dieser Artikel wurde ausgedruckt unter der Adresse:

<https://www.ndr.de/nachrichten/niedersachsen/Extreme-Personalnot-Kliniken-schliessen-Stationen,pflege1188.html>

Stand: 15.07.2019 21:30 Uhr - Hallo Niedersachsen

Extreme Personalnot: Kliniken schließen Stationen

von Christina Harland und Amelia Wischnewski

Der Personalnotstand in der Pflege hat auch in Niedersachsen eine neue Dimension erreicht. Nach Recherchen des NDR Regionalmagazins [Hallo Niedersachsen](#) liegt die Zahl der Bewerbungen examinierter Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege in diesem Jahr auf einem dramatischen Tiefstand. Wie die Bundesagentur für Arbeit mitteilte, standen in Niedersachsen im Juni 2019 den insgesamt 965 gemeldeten offenen Stellen nur 315 Bewerber gegenüber.

"Wir bräuchten zehnmal so viele"

"Wir bräuchten tatsächlich zehnmal so viele Bewerber wie aktuell vorhanden sind", sagte Sonja Kazma von der Regionaldirektion Niedersachsen-Bremen der Agentur für Arbeit. Es sei derzeit fast Glückssache, wenn Bewerber und Stelle hinsichtlich der Vorstellungen von Einsatzort, Profil, Arbeitszeit, Bezahlung und persönlicher Eignung zueinander passten. "In der Arbeitsvermittlung gehen wir erfahrungsgemäß davon aus, dass man rechnerisch mindestens drei Bewerber oder Bewerberinnen pro Stelle braucht, um diese passend besetzen zu können. Demnach müssten es hier gut 3.000 Bewerber sein, es sind aber nur 315", so Kazma zu Hallo Niedersachsen.

WEITERE INFORMATIONEN



Niedrigste Bewerberzahl seit

MEHR AUS NIEDERSACHSEN



Stallbrand in Melle: 39-Jähriger

festgenommen

Kreuzfahrt-Reedereien lassen China-Reisende stehen

Abbiegeunfall in Lehrte: Anklage gegen Lkw-Fahrer

[Nachrichten - Übersicht](#)



Pflegekräftemangel: Frühchen-Versorgung gefährdet?

Aufgrund des Mangels an Pflegekräften warnt die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft vor Auswirkungen auf die Versorgung von Frühchen. Verschärfte Vorgaben sorgen für Probleme. (21.06.2019)
mehr

mindestens zehn Jahren

Damit bewegt sich die Zahl der Bewerber im ersten Halbjahr 2019 auf dem niedrigsten Stand seit mehr als zehn Jahren - mindestens. Die Erhebungen der Arbeitsvermittler reichen nur bis 2007 zurück. Damals kamen auf nur 417 offene Stellen immerhin noch 975 Bewerber. Das Verhältnis von Stellen und Bewerbern hat sich damit grundlegend

verändert.

Krankenhäuser schließen Stationen

Dieser Mangel an examinierten Fachkräften hat dramatische Folgen. Viele Krankenhäuser können einzelne Betten nicht mehr belegen oder schließen sogar ganze Stationen. Davon ist inzwischen jedes dritte Krankenhaus in Niedersachsen betroffen. Das ergab eine aktuelle repräsentative Umfrage der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft. Danach mussten im ersten Quartal dieses Jahres 34 Prozent der Kliniken Betten auf Intensivstationen sperren und Patienten abweisen.

Patienten müssen sich auf weite Wege einrichten



Werden Stationen geschlossen, müssen Patienten in ein weiter entferntes Krankenhaus fahren.

Für die Bereiche Geriatrie, Kardiologie und Unfallchirurgie meldeten etwa zehn Prozent der Häuser Bettensperrungen und Stationsschließungen, erfuhr Hallo Niedersachsen auf Anfrage. "Die Kliniken

kommen deutlich an ihre Grenzen. Und für die Patientinnen und Patienten bedeutet das, dass sie mit weiteren Wegen

rechnen müssen", sagte Marten Bielefeld, stellvertretender Geschäftsführer der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft.

Kritik an starren gesetzlichen Vorgaben

Seit Januar gelten bundesweit gesetzliche Vorgaben für die Anzahl an Fachkräften in der Geriatrie, auf Intensivstationen und in der Unfallchirurgie. Die Krankenhäuser finden aber nicht genug Personal, um die Untergrenzen einzuhalten. Diese sollen im Sinne des Patienten für mehr Sicherheit und Qualität auf den Stationen sorgen. Aus Sicht der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft sind die Grenzen zu starr. Marten Bielefeld kritisiert: "Der Preis, den Kliniken und Patienten für die Untergrenzen zahlen, ist hoch."

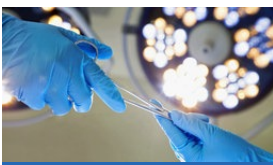
Der Klinikverbund der Region Hannover (KRH) warnt in seiner Jahresbilanz für 2018 vor einer fatalen Kettenreaktion: Kliniken müssten Betten sperren, hätten damit weniger Behandlungsfälle und weniger Erlöse. Zugleich seien sie aber gehalten, die gesetzlich vorgegebenen Strukturen aufrechtzuerhalten. Das führe unweigerlich ins finanzielle Defizit.

WEITERE INFORMATIONEN



Pflege: Sozialministerin will Verbesserungen

Gemeinsam mit Anbietern, Verbänden und Kommunen will die Landesregierung die Situation in der Pflege verbessern. Dazu lädt Sozialministerin Reimann zu einer Konferenz im Herbst ein. (05.07.2019) **mehr**



Bad Gandersheim: OP-Pause wegen Personalmangels

Neben dem Chefarzt der Helios-Klinik in Bad Gandersheim ist auch der leitende OP-Pfleger erkrankt. So begründet der Betreiber, dass bis September keine Operationen stattfinden. (03.07.2019) **mehr**



Umfrage: Kliniken sperren häufiger Intensivbetten



Ein Drittel der niedersächsischen Krankenhäuser hat einer Umfrage zufolge im ersten Quartal 2019 Intensivbetten gesperrt. Der Grund sei Fachkräftemangel auf Intensivstationen. (03.07.2019) **mehr**

Hallo NIEDERSACHSEN

Dieses Thema im Programm:

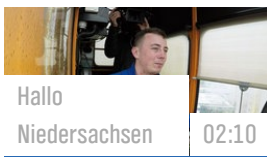
Hallo Niedersachsen | 15.07.2019 | 19:30 Uhr

97 Kommentare

Dieser Kommentarbereich ist geschlossen

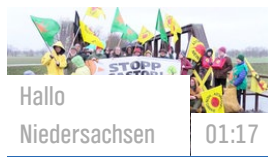
Kommentare anzeigen

MEHR NACHRICHTEN AUS NIEDERSACHSEN



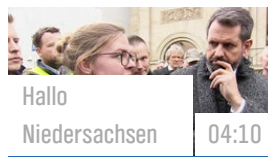
Hallo
Niedersachsen 02:10

Unterwegs mit dem größten mobilen Baukran



Hallo
Niedersachsen 01:17

Niedersachsen protestieren gegen Atommüll



Hallo
Niedersachsen 04:10

"Land schafft Verbindung": Wer steckt dahinter?

Vermischtes

Fachkräftemangel führt zu großen Sorgen bei Krankenhäusern

Montag, 8. Juli 2019



/Gorodenkoff, stockadobecom

München – Die Krankenhäuser in Deutschland stehen unter großem wirtschaftlichem Druck. Knapp ein Drittel schrieb 2018 Verluste, für 2019 rechnet fast jede zweite Klinik mit einem Defizit (47 Prozent), und nur noch knapp zwei Drittel (65 Prozent) erwarten steigende Umsätze. Im vergangenen Jahr waren es noch 82 Prozent. Das geht aus der heute veröffentlichten [Krankenhausstudie](#) der Unternehmensberatung Roland Berger hervor.

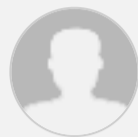
Der Befragung von Vorständen und Geschäftsführern der 400 größten deutschen Krankenhäuser zufolge sorgen sich die Krankenhausmanager aber vor allem um einen sich verschärfenden Fachkräftemangel. Deutschlandweit wollen sie allein in der Pflege rund 30.000 Stellen bis Ende des Jahres aufbauen. Doch 2018 suchten nur rund 11.000 Fachkräfte eine Arbeitsstelle. Deutschland fehlten also aktuell bereits rund 20.000 qualifizierte Arbeitnehmer für die Pflege im Klinikbereich, heißt es in der Krankenhausstudie.

Demografischer Wandel und der medizinisch-technische Fortschritt hätten zuletzt die Umsätze steigen lassen, sagte Peter Magunia, Partner bei Roland Berger. Doch diese Ära des Wachstums neige sich dem Ende entgegen. „Stagnierende Fallzahlen werden den Wettbewerb deutlich intensivieren und vermehrt zu Kooperationen oder Fusionen führen.“

Der Fachkräftemangel betrifft laut der Analyse sowohl kleinere Häuser in ländlichen Gebieten als auch größere mit Wachstumsambitionen. Den geplanten Stellenaufbau in der Pflege wollen sie mit vielseitigen Maßnahmen vorantreiben. „Verstärktes Marketing, attraktivere Konditionen, mehr Ausbildungsplätze sowie die Suche nach Personal aus dem Ausland stehen im Vordergrund“, erklärt Oliver Rong, Partner bei Roland Berger.

Darüber hinaus hoffen die Krankenhausmanager auf positive Effekte der 2020 in Kraft tretenden Ausbildungsreform. Dabei werden die Ausbildungen für Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege zusammengelegt. Die Kliniken erhoffen sich, dadurch mehr junge Menschen für die Pflege zu begeistern.

Skeptischer als im Vorjahr blicken die Befragten auf Spareffekte durch Digitalisierung. Nur 72 Prozent der Verantwortlichen versprechen sich einen positiven Niederschlag in der Bilanz. Im vergangenen Jahr waren es noch 93 Prozent. Die digitale Transformation stellt nach Ansicht der Studienteilnehmer eine erhebliche Zusatzbelastung für die Klinikorganisation dar. © *kna/aerzteblatt.de*



Biochemie

am Dienstag, 9. Juli 2019, 13:19

Fachkräftemangel führt zu großen Sorgen bei Krankenhäusern ???

An alle die im Krankenhaus Arbeiten, sind ja sehr nah an der Lösung.

Die im Kreißaal, Gebärsaal Arbeiten sind noch näher an der Lösung des Problems.

Es geht darum Geburtenanreize zu setzen, dieses ist doch die normalste Antwort auf die Frage. Alle Krankenhäuser und Hebammen werden sich verbinden und zusammen die Politik in diese Richtung verändern.

Helmut Schmidt 1918 - 2015:

Wer den Volksschwund mit Einwanderer aus anderen Kulturen lösen will der schafft sich noch dickere Probleme an statt sie zu lösen.

Sinngemäß, genaue Wortlaut kann man nachlesen.

Wenn wir uns die Notaufnahmen, Schwimmbäder, Schulklassen und verschiedene Stadtteile heute ansehen, dann kann man davon ausgehen es ist so.

Alle die in Krankenhäusern und in der pflege arbeiten kennen die Schwierigkeiten.

So sollten alle Krankenhäuser in Deutschland sich zusammenschließen und zusammen an einer Lösung arbeiten. Die Ziele müssen dann irgendwie in das öffentliche Sprechzimmer, Gesprächsraum, Diskussionsraum kommen.

Dann wird sich mit der Zeit etwas ändern.

Zitat von B. Schmidt:

"Als mit dem Pflegenotstand der 80iger Jahre immer mehr Tätigkeiten von der Pflege in den ärztlichen Bereich gerückt wurden, wurde der Pflegeberuf immer weiter degradiert und damit immer unattraktiver."

Es stellt sich doch die Frage, ist das die Sicht von Herrn B.Schmidt aus seinem Krankenhaus oder ist es in vielen anderen Krankenhäusern ähnlich.

Wie kann man das herausfinden?

Zusammenführung von Berufsgruppen wie Kranken-, Alten- und Kinderkrankenpflege

Es stellt sich hier die Frage, was ist beabsichtigt durch diese Zusammenführung und was erreicht man bei dieser Berufsgruppe?

Die Menschen die in diesen Beruf freiwillig arbeiten möchten haben psychologische Ähnlichkeiten in ihren Persönlichkeitstyp. Darum findet man in bestimmte Berufsgruppen auch öfters solche Persönlichkeitstypen.

Zum Beispiel Helferbedürfnis diese Menschen fühlen sich gut, gebraucht, wenn sie anderen Menschen helfen können. Diese Prägung geht oft bis in die Herkunftsfamilie zurück. Das ändert man auch nicht einfach, wie die Unterhose.

So muss dieses mit in die Arbeitsplanung einbezogen werden.

Ich habe gelesen, Quelle habe ich leider nicht mehr.

Das die Menschen in der Altenpflege im Schnitt 6 Jahre in dem Beruf arbeiten und dann austreten.

Warum ist dieses so, wenn es so ist?

Ich könnte mir vorstellen, es liegt zum Teil an den Persönlichkeitstypen, Mitgefühl, Spiegelneuron. Wenn unbewusst eine Selbstwerterhöhung durch helfen erwartet wird, es aber nicht dazu kommt, weil nun mal vieles nicht mehr so ist, wie es sein sollt bei alten Menschen. Dann wird bei einigen nichts mehr ausgelöst.

Mann wird täglich mit der Vergänglichkeit des Lebens konfrontiert.

Das kann nicht jeder, in der Menge und Zeit am Tag, auf Dauer ertragen.

Ich denke, dass es auch noch einen unterschied macht, ob die alten Menschen hilflos sind und dauerhaft im Bett liegen oder ob sie gehen können sich Unterhalten können usw.

Ich halte es auch für eine positive Entwicklung in einen bestimmten Alter oder Reife eine bestimmte Zeit in einen Alten und Pflegeheim zu arbeiten.

Es geht darum, dass die Menschen sehen, wie es sich entwickeln kann und so mehr unbewusst durch diese Erfahrung auf ihre Gesundheit achten.

Das man so vielleicht in Zukunft weniger Pflegebedürftige hat.

Dieses wäre besser für die Menschen im Alter und besser für die Pflegepersonen, weniger Pflegebedürftige mehr Geld für die Pflegepersonen.

Das darf sich aber nicht so entwickeln, dass übertrieben gesagt ein halbes Hähnchen für gesund erklärt wird, wie ich mich an eine Pointe aus einem Witz erinnere oder das man den alten den Tod wünscht, weil man mehr Geld bekommt.

Es ist ein Versuch, das Denken auf ein gesünderes und bewussteres Leben zu richten. Die Medien Film, Gespräche, Geschichten spielen dabei eine Rolle.

Das waren meine Gedanken, für heute, zu dieser Zeit, zu dem Thema, der helfen kann eine Lösung, Regelung zu finden.



B.Schmidt

am Dienstag, 9. Juli 2019, 09:43

Fachkräftemangel

Es ist ein Irrglaube, Fachkräfte durch Herabsetzen des Bildungsniveaus oder über Zusammenführung von Berufsgruppen wie Kranken-, Alten- und Kinderkrankenpflege, rekrutieren zu können. Auch "Fachkräfte" aus dem Ausland sind keine Lösung - gute Fachkräfte können überall gefunden werden - wenn sie eine Lobby haben! Es muss deutlich werden, dass Pflege kein Beruf ist, der allein durch Bettpfannen und unattraktive Arbeitszeiten geprägt ist!

Ich arbeite seit über 30 Jahren in einer Klinik im ländlichen Bereich. Als mit dem Pflegenotstand der 80iger Jahre immer mehr Tätigkeiten von der Pflege in den ärztlichen Bereich gerückt wurden, wurde der Pflegeberuf immer weiter degradiert und damit immer unattraktiver. Mittlerweile gibt es nur noch wenige Pflegekräfte, denen bewusst ist, wie viel Wissen und Eigenständigkeit sie einmal hatten - die Pflege ist zu einer dienenden, hinterherräumenden Gruppe von immer mehr Ärzten geworden.

Das Wissen der Pflege geht immer weiter verloren und die Medizin entwickelt sich zurück, bis durch Forschung und Sponsoring der Pharmaindustrie dieses alte Wissen der Pflege als Novum für die Ärzte wiederentdeckt wird.

Dies alles könnte verhindert werden, wenn die Pflege wieder gehört würde, die Ausbildung aufgewertet und das Wissen der Pflege entsprechend gewürdigt und entlohnt würde. Dann würde allein durch Mundpropaganda der zufriedenen Pflegekräfte die Attraktivität des Berufsbildes gesteigert und automatisch mehr junge Menschen diesen verantwortungsvollen Beruf erlernen wollen.

Aber dies wird sicherlich nicht erreicht, wenn die Berufszulassungskriterien heruntergeschraubt und immer mehr Hilfsberufe erfunden werden!

Alle Rechte vorbehalten. www.aerzteblatt.de



Was ist ein Pflegehelfer und wie kann man einen Pflegehelfer beauftragen?

Ohne die vielen Pflegehelfer, die sich täglich um die Versorgung und Pflege von älteren, kranken und pflegebedürftigen Menschen kümmern, könnte die Pflege hierzulande kaum aufrecht erhalten werden. In Deutschland besteht aufgrund des demographischen Wandels ein massiver Bedarf an Pflegepersonal, gerade an erfahrenen Pflegehelfern und Pflegehelferinnen. Diese Nachfrage kann nur durch den Zufluss aus den osteuropäischen Nachbarländern wie Polen, Tschechien, der Slowakei, Slowenien, Rumänien, Bulgarien oder den baltischen Staaten Estland, Lettland oder Litauen gedeckt werden, da es viel zu wenige einheimische

Kräfte gibt, die diese anspruchsvolle, oft körperlich anstrengende und nicht gut bezahlte Arbeit übernehmen wollen.

Was ist der Unterschied zwischen einer Pflegehilfe und einer Pflegekraft?

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer sind keine ausgebildeten Alten- oder Krankenpfleger, das heißt sie dürfen keinerlei medizinische Versorgung übernehmen. Dafür übernehmen Sie sowohl

Wir helfen Ihnen gerne weiter!

Stellen Sie uns unverbindlich Ihre Anfrage.

KOSTENLOSE BERATUNG

Quantifizierung der Personalverbesserungen in der stationären Pflege im Zusammenhang mit der Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes

**Expertise für das
Bundesministerium für Gesundheit**

28. Februar 2019

**Prof. Dr. Heinz Rothgang
Christian Wagner**

Kontaktadresse:
Prof. Dr. Heinz Rothgang
Bürgerwohlsweg 103
28215 Bremen
Tel.: 01522 4295620
eMail: rothgang@uni-bremen.de

Inhaltsverzeichnis

1	AUSGANGSPUNKT	5
2	ZIELSTELLUNG DER EXPERTISE	5
3	DATEN, METHODEN UND VORGEHENSWEISE	6
3.1	Daten.....	6
3.2	Methodik.....	7
3.3	Vorgehensweise.....	7
4	ERGEBNISSE	8
4.1	Ansatz 1: Veränderung der Stellenschlüssel bei jeweiliger Bewohnerstruktur.....	8
4.2	Ansatz 2: Veränderung der Stellenschlüssel bei Bewohnerstruktur des Jahres 2016 und Umrechnung der Pflegestufen auf Pflegegrade	20
4.3	Ansatz 3: Veränderung der Personalsituation gemäß Pflegestatistik	24
5	FAZIT	27
6	LITERATUR	30
7	ANHÄNGE	34
7.1	Anhang 1: Aufstellung des bpa über die Pflegeschlüssel am 11.07.2016	34
7.2	Anhang 2: Aufstellung des bpa über die Pflegeschlüssel am 07.05.2018	34
7.3	Anhang 3: Verwendete Pflegeschlüssel 2016.....	34
7.4	Anhang 4: Verwendete Pflegeschlüssel 2018.....	34
7.5	Anhang 5: Erläuterungen zu den verwendeten Pflegeschlüsseln	34

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Pflegebedürftige und deren Case-Mix im Dezember 2015	9
Tabelle 2: Pflegebedürftige und deren Case-Mix im Dezember 2017	9
Tabelle 3: Zahl der Bewohner pro Pflegekraft nach Pflegestufe gemäß Pflegeschlüssel im Juli 2016	9
Tabelle 4: Zahl der Bewohner pro Pflegekraft nach Pflegegrad gemäß Pflegeschlüssel im Mai 2018	11
Tabelle 5: Durchschnittliche Personalschlüssel einer Einrichtung mit 100 Bewohnern im Juli 2016 und Mai 2018 bei einer Bewohnerstruktur gemäß bundesdurchschnittlichem Case-Mix im Dezember 2015 bzw. Dezember 2017 im Ansatz 1a.....	13
Tabelle 6: Pflegebedürftige und d Für Berlin weist der bpa zudem einen Sonderschlüssel von umgerechnet 0,67 aus, der hier nicht weiter berücksichtigt wird eren länderspezifischer Case-Mix im Dezember 2015.....	15
Tabelle 7: Pflegebedürftige und deren länderspezifischer Case-Mix im Dezember 2017	16
Tabelle 8: Durchschnittliche Personalschlüssel einer Einrichtung mit 100 Bewohnern im Juli 2016 und Mai 2018 bei landesspezifischer Bewohnerstruktur im Dezember 2015 bzw. Dezember 2017 im Ansatz 1b.....	19
Tabelle 9: Bundesweite Bewohnerstruktur im Dezember 2015 umgerechnet in Pflegegrade gemäß der Überleitungsregeln des § 140 Abs. SGB XI	20
Tabelle 10: Durchschnittliche Personalschlüssel einer Einrichtung mit 100 Bewohnern im Juli 2016 und Mai 2018 bei einer Bewohnerstruktur gemäß Bundesdurchschnitt im Dezember 2015 und Überleitung der Pflegestufe in Pflegegrade im Ansatz 2a	21
Tabelle 11: Durchschnittliche Personalschlüssel einer Einrichtung mit 100 Bewohnern im Juli 2016 und Mai 2018 bei einer Bewohnerstruktur gemäß Landesdurchschnitt im Dezember 2015 und rechnerischer Überleitung der Pflegestufe in Pflegegrade im Ansatz 2b.....	23
Tabelle 12: Im Jahr 2015 in Pflege und Betreuung eingesetztes Personal in Vollzeitäquivalenten.....	25
Tabelle 13: Im Jahr 2017 in Pflege und Betreuung eingesetztes Personal in Vollzeitäquivalenten.....	25
Tabelle 14: Durchschnittliche Zahl der in Pflege und Betreuung eingesetzten Personen in Vollzeitäquivalenten in einer Einrichtung mit 100 Bewohnern im Ansatz 3	26

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Veränderung der Personalschlüssel gegenüber 2016 für eine Einrichtung mit 100 Bewohnern und jeweiliger Bewohnerstruktur gemäß Bundesdurchschnitt im Ansatz 1a.....	14
Abbildung 2:	Veränderung der Personalschlüssel gegenüber 2016 für eine Einrichtung mit 100 Bewohnern und Bewohnerstruktur gemäß jeweiligem Landesdurchschnitt im Ansatz 1b	20
Abbildung 3:	Veränderung der Personalschlüssel für eine Einrichtung mit 100 Bewohnern und Bewohnerstruktur 2016 gemäß Bundesdurchschnitt nach Überleitungsregel im Ansatz 2a.....	22
Abbildung 4:	Landesspezifischer Case-Mix im Dezember 2015 in Pflegegraden gemäß Überleitungsregeln nach § 140 SGB XI	22
Abbildung 5:	Veränderung der Personalschlüssel für eine Einrichtung mit 100 Bewohnern und Bewohnerstruktur 2016 gemäß Landesdurchschnitt nach Überleitungsregeln im Ansatz 2b	24
Abbildung 6:	Veränderung der Zahl der überwiegend in Pflege und Betreuung eingesetzten Personen in Vollzeitäquivalenten pro Bewohner vollstationärer Dauerpflegeeinrichtungen im Ansatz 3	27
Abbildung 7:	Zuwachs der Pflegekräfte für ein Durchschnittsheim im Zwei-Jahreszeitraum von 2016 bis 2018.....	29

1 Ausgangspunkt

Das Heimentgelt stationärer Pflegeeinrichtungen besteht aus drei Teilen, den Pflegesätzen, dem Entgelt für Unterkunft und Verpflegung sowie gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten (§ 82 SGB XI). Während die Investitionskosten und das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung für alle Bewohner¹ der jeweiligen Einrichtung identisch sind, werden die Pflegesätze differenziert. Bis zum 31.12.2016 wurden diesbezüglich drei *Pflegeklassen* unterschieden, deren Zuordnung die *Pflegestufen* gemäß § 15 SGB XI (in der Fassung vor dem PSG II) zugrunde gelegt wurden (§ 84 Abs. 2 Satz 3 SGB XI). Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) vom 21.12.2015 (BGBl. I, S. 2424) zum 1.1.2017 wurden die drei Pflegestufen durch fünf *Pflegegrade* ersetzt, so dass alle vertraglichen Verbindungen zwischen Pflegekassen, Einrichtungen und Bewohnern, die bisher auf der Aufteilung in drei Pflegestufen beruhen, angepasst werden mussten. Hierzu wurden im PSG II drei Optionen eröffnet: Neuverhandlungen, die allerdings in der Kürze der Zeit nicht für alle Einrichtungen möglich waren, eine formelbasierte Umrechnung gemäß § 92e SGB XI und ein vereinfachtes Umstellungsverfahren gemäß § 92c SGB XI (jeweils in der Fassung des PSG II). Die meisten Einrichtungen haben dabei von der Regelung des § 92c SGB XI Gebrauch gemacht, der die Möglichkeit eines angemessenen Zuschlags für die voraussichtlichen Kostensteigerungen auf Landesebene vorsieht. Die Vereinbarungen auf Landesebene beinhalten dabei häufig die Kopplung der Zuschläge an einen Personalmehreinsatz. Inwieweit dadurch die Personalsituation eines Durchschnittsheimen verbessert wurde, ist jedoch nicht bekannt.

2 Zielstellung der Expertise

Die Beantwortung dieser Frage ist aber pflegepolitisch von hohem Interesse, da seit langem über eine zu geringe Personalausstattung geklagt wird. Womöglich ist dieses Problem durch das PSG II schon zu einem gewissen Teil entschärft worden. Auch für die Beurteilung der bis 2020 durch die gemeinsame Selbstverwaltung zu erarbeitenden Vorschläge zu einem Personalbemessungsverfahren (§ 113c SGB XI) ist diese Frage von großer Bedeutung.

Ziel dieser Expertise ist es daher zu ermitteln, inwieweit sich

- a) die Personalziffern und -schlüsseln für vollstationäre Pflegeeinrichtungen der Dauerpflege und
- b) die tatsächliche Personalausstattung in Pflegeheimen

in Folge des PSG II verändert haben.

Da die Personalschlüssel auf Landesebene festgelegt werden, ist es notwendig, diese Analyse ebenfalls auf Landesebene durchzuführen. Um den Gesamteffekt sichtbar zu machen, werden jeweils aber auch Aussagen auf Bundesebene abgeleitet.

¹ Im vorliegenden Text wurde zu Gunsten einer besseren Lesbarkeit auf die parallele Verwendung differenzierter geschlechtsbezogener Personenbezeichnungen verzichtet. Wenn nicht anders bezeichnet, werden – ungeachtet des grammatischen Geschlechts – bei der Benennung von Personengruppen immer sowohl weibliche als auch männliche Personen adressiert.

3 Daten, Methoden und Vorgehensweise

Die Untersuchungsfrage ist empirischer Natur. Das Forschungsdesign wird daher zentral von den vorhandenen *Daten* geprägt, die nachstehend beschrieben werden (Abschnitt 3.1). Basierend auf den verfügbaren Daten wird eine darauf angepasste *Methodik* gewählt (Abschnitt 3.2), die zu einer entsprechenden *Vorgehensweise* führt (Abschnitt 3.3).

3.1 Daten

Das eigentliche Forschungsinteresse gilt der *tatsächlichen* Personalausstattung von Einrichtungen. Diese ist aber permanenten Veränderungen unterworfen und kann daher nur schwer nachvollzogen werden. Die *Pflegestatistik* gemäß § 109 SGB XI erhebt zweijährig zum 15. Dezember eines ungeraden Jahres die Zahl und Struktur der Bewohner von Pflegeheimen und deren Personalausstattung. Ein Vergleich der Pflegestatistik 2015 und 2017 kann daher Auskunft darüber geben, wie sich die Zahl der Bewohner, die Personalausstattung bzw. die sich als Quotient daraus ergebenden Versorgungsquoten zwischen diesen Zeitpunkten verändert haben, die jeweils etwa ein Jahr vor und nach Einführung der neuen Pflegegrade liegen. Allerdings weisen die veröffentlichten Daten des Statistischen Bundesamtes entscheidende Schwächen auf:

1. *Personenzahlen vs. Vollzeitäquivalente*: In der Pflegestatistik wird die *Zahl* der Beschäftigten ausgewiesen. Bezüglich deren Arbeitsvolumen werden nur klassierte Werte angegeben, etwa „teilzeitbeschäftigt mit über 50 %“ oder „teilzeitbeschäftigt mit weniger als 50 % aber nicht geringfügig“. Für die Umrechnung der Personenzahlen auf Vollzeitäquivalente werden zwar je nach ausgewiesener Arbeitsumfangsklasse Umrechnungsfaktoren genannt (Statistisches Bundesamt 2018a: 7), jedoch bleibt diese Umrechnung notgedrungen ungenau und mit erheblichen Fehlern behaftet. Zudem erfolgte die Entwicklung der Umrechnungsfaktoren nach Auskunft des Statistischen Bundesamtes bereits 2003 angelehnt an die „Ergebnisse des Mikrozensus über die normalerweise geleisteten Arbeitsstunden im Gesundheitswesen“ und wurden seitdem nicht angepasst.
2. *Einsatz in der Pflege*: Zur Frage, welche Personen in der Pflege eingesetzt werden, wird nur „nach dem überwiegenden Tätigkeitsbereich im Pflegeheim“ (Statistisches Bundesamt 2018a: 37) differenziert. Werden die Personen, deren überwiegender Tätigkeitsbereich in der „körperbezogenen Pflege“ und der „Betreuung“,² vollständig dem Pflegebereich zugerechnet, umgekehrt aber die Personen, deren überwiegender Tätigkeitsbereich in anderen Bereichen (z. B. der Verwaltung) liegen, gar nicht der Pflege zugerechnet, können hieraus Über- und Unterschätzungen resultieren. Dies gilt umso mehr, als aus dem Dokumentationsbogen für stationäre Pflegeeinrichtungen des Statistischen Bundesamtes hervorgeht, dass in dem jeweiligen Tätigkeitsbereich „nicht unbedingt [...] über 50 % der Arbeitszeit abgeleistet werden, sondern dass es im Pflegeheim keinen anderen Tätigkeitsbereich gibt, in dem die betreffende Person mehr arbeitet“ (Statistisches Bundesamt 2017a: 16).

Berechnungen auf dieser Datenbasis führen daher zu nur bedingt validen Ergebnissen. Allerdings ist davon auszugehen, dass die systematischen Fehler in ähnlichem Umfang sowohl bei der Pflegestatistik

² Diese beiden Begriffe ersetzen in der aktuellen Pflegestatistik die zuvor verwendete Kategorie „Pflege und Betreuung“.

tik 2015 als auch bei der für 2017 auftreten, sodass die sich ergebenden Differenzen ein höheres Maß an Gültigkeit haben als die absoluten Werte.

Angesichts der Unsicherheiten dieser Datenbasis wird zusätzlich auf die auf Landesebene vereinbarten *Stellenschlüssel und Personalziffern* zurückgegriffen. Diese geben allerdings nicht Auskunft über die tatsächlichen Personalausstattungen, sondern über die Personalausstattungen, die landesrechtlich *möglich* sind. Ein Vergleich der Personalschlüssel und der tatsächlichen Personalausstattung erlaubt somit auch Aussagen darüber, inwieweit bestehende Spielräume angesichts des bekannten Pflege(fach)kräftemangels in den letzten Jahren überhaupt ausgenutzt werden konnten. Fallen die Steigerungsraten der tatsächlichen Personalausstattung deutlich hinter die der Personalziffern und Stellenschlüssel zurück, ist dies ein Indiz dafür, dass eine Erhöhung der Stellenschlüssel ohne flankierende Maßnahmen zur Personalgewinnung in der derzeitigen Situation weniger erfolgversprechend ist.

Stellenschlüssel werden auf Landesebene insbesondere in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI oder durch Beschlüsse der Pflegesatzkommissionen gemäß § 86 SGB XI auf Landesebene vereinbart. Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa), die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege und der vdek wurden gebeten, entsprechende Aufstellungen von Vereinbarungen zur Verfügung zu stellen. Allerdings ist lediglich der bpa dieser Bitte kurzfristig nachgekommen und hat entsprechende Aufstellungen geliefert (s. Anhang 1 und 2). Zur Validierung dieser Werte wurden Landesrahmenverträge, weitere Vereinbarungen auf Landesebene und Schiedssprüche sowie frei zugängliche Sammlungen von Pflegeschlüsseln (z. B. WippCare, <https://www.michael-wipp.de/>) recherchiert. Insoweit sich validere Werte recherchieren ließen wurde von den Aufstellungen des bpa abgewichen. Die in den Berechnungen letztlich verwendeten Pflegeschlüssel sind in Anhang 3 und 4 aufgeführt. Etwaige Abweichungen zu den Schlüsseln des bpa wurden im Anhang 5 dokumentiert und begründet.

Insofern in den Ländern Korridore verhandelt wurden, werden – soweit keine weiterführenden Informationen recherchiert werden konnten – jeweils die Mittelwerte verwendet.

3.2 Methodik

Die Personalausstattung und die Pflegepersonalziffern unterscheiden sich danach, welche Pflegestufen- bzw. Pflegegradstruktur die jeweilige Einrichtung aufweist. Um Vergleichbarkeit zu ermöglichen, werden das Personal bzw. die Personalschlüssel jeweils für eine Einrichtung mit 100 Bewohnern berechnet, für deren Struktur die durchschnittliche Pflegestufen- bzw. Pflegegradmischung angesetzt wurde. Dabei werden jeweils zum einen die bundesweite Verteilung (Variante a) und zum anderen die landesspezifische Bewohnerzusammensetzung (Variante b) zugrunde gelegt.

3.3 Vorgehensweise

Insgesamt werden drei Ansätze verfolgt, und entsprechende Berechnungen angestellt:

Ansatz 1:

Der einfachste Ansatz für einen Vergleich der Entwicklung der Stellenschlüssel besteht darin, für eine vollstationäre Einrichtung der Dauerpflege mit 100 Bewohnern zu berechnen, welche Stellenschlüssel sich *für die jeweilige durchschnittliche Bewohnerschaft* auf Basis der seinerzeit gültigen Schlüssel basierend auf Pflegestufen und für die durchschnittliche Bewohnerschaft auf Basis der Pflegegrade

ergibt. Ein entsprechender Vergleich zeigt, wie sich die Stellensituation bzgl. der Pflegeschlüssel in einem 2-Jahreszeitraum vom Frühjahr 2016 bis zum Frühjahr 2018³ für eine Einrichtung mit durchschnittlichem Case-Mix verändert hat. Je nachdem, ob die bundesweiten oder die jeweiligen landesweiten Case-Mixe zugrunde gelegt werden, resultieren die Ansätze 1a und 1b.

Ansatz 2:

Allerdings ist es denkbar, dass sich der Case-Mix in diesem Zeitraum deutlich verändert hat. Dies ist direkt aber nicht überprüfbar, weil Pflegestufen und –grade nicht unmittelbar ineinander überführt werden können. Um diesen Effekt dennoch in den Blick zu nehmen, werden die Pflegestufenverteilungen aus dem Dezember 2016 gemäß den Überleitungsregeln nach § 140 Abs. 2 SGB XI in Pflegegrade umgerechnet. Für die dazu notwendigen Quoten von Bewohnern mit eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI (alte Fassung), wurde basierend auf der EViS-Studie angenommen, dass 46 % der Bewohner in Pflegestufe I, 69 % in Pflegestufe II und 88 % in Pflegestufe III ein EA-Merkmal hatten (s. Rothgang et al. 2015: 54). Für die hypothetisch übergeleitete *Bewohnerschaft zum Dezember 2015* wird dann anhand der neuen Personalschlüssel aus dem Mai 2018 eine Personalmenge errechnet, die der anhand der alten Personalschlüssel aus dem Juli 2016 gegenübergestellt wird. Allerdings sind die Überleitungsregeln bekanntlich sehr großzügig (s. Rothgang/Kalwitzki 2015), so dass die Bewohner im Vergleich zu einer Neubegutachtung etwas „zu hoch“ übergeleitet wurden. Entsprechend müssten bei tatsächlich unverändertem Case-Mix der errechnete Wert und damit auch die Personalschlüssel überzeichnet sein. Je nachdem, ob die bundesweiten oder die jeweiligen landesweiten Case-Mixe zugrunde gelegt werden, resultieren die Ansätze 2a und 2b.

Ansatz 3:

Ansatz 3 widmet sich dann den *tatsächlichen Personalausstattungen* und nicht den Stellenschlüsseln. Dabei wird für Dezember 2015 und 2017 das in der Pflegestatistik ausgewiesene Personal in Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege gemäß der überwiegenden Tätigkeitsbereiche und der Umrechnungsfaktoren entsprechend der Arbeitszeit (s. Abschnitt 3.1) in Vollzeitäquivalente umgerechnet und in Relation zur Zahl der Heimbewohner gesetzt. Um bessere Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wird diese Relation dann wieder auf eine Einrichtung mit 100 Bewohnern angewandt. Auf eine Berücksichtigung der Case-Mix-Struktur wird an dieser Stelle verzichtet.

4 Ergebnisse

Entsprechend der dargestellten Methodik ergeben sich die Ergebnisse für die drei beschriebenen Ansätze (Abschnitt 4.1 bis 4.3). Eine vergleichende Betrachtung dieser Ergebnisse erfolgt dann im Fazit (Abschnitt 5).

4.1 Ansatz 1: Veränderung der Stellenschlüssel bei jeweiliger Bewohnerstruktur

Tabelle 1 zeigt die Zahl der Pflegebedürftigen und ihren bundesweiten Case-Mix für den 15. Dezember 2015 gemäß Pflegestatistik. Eine Differenzierung nach Pflegestufen liegt in der Pflegestatistik lediglich für die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in stationärer Versorgung vor, also inklusive Kurz-

³ Die verwendeten Personalschlüssel beziehen sich auf Juli 2016 und Mai 2018. Hinsichtlich der Belegung wurden Daten für Dezember 2015 und Dezember 2017 verwendet.

zeit-, Tages- sowie Nachtpflege. Die entsprechenden Quoten wurden hier auch für die vollstationäre Pflege angewandt, um so die Werte in Tabelle 1 zu errechnen. Entsprechend enthält Tabelle 2 die Verteilung für Dezember 2017.

Tabelle 1: Pflegebedürftige und deren Case-Mix im Dezember 2015

Pflegestufenstruktur der Heimbewohner im Dezember 2015				
	Pflegestufen	Pflegebedürftige in Pflegeheimen	in vollstationärer Pflege	Anteilswerte
Bund	PS 0	22.682	20.096	2,6%
	PS I	338.197	299.643	38,9%
	PS II	340.869	302.010	39,2%
	PS III	168.698	149.466	19,4%
	insgesamt	870.446	771.215	100,0%

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017b, S. 8.

Tabelle 2: Pflegebedürftige und deren Case-Mix im Dezember 2017⁴

Pflegetheradstruktur der Heimbewohner Dezember 2017				
	Pflegestufen	Pflegebedürftige in Pflegeheimen	in vollstationärer Pflege	Anteilswerte
Bund	PG 1	8.712	7.484	1,0%
	PG 2	202.427	173.885	22,1%
	PG 3	298.062	256.035	32,6%
	PG 4	266.942	229.303	29,2%
	PG 5	139.593	119.910	15,2%
	insgesamt	915.736	786.617	100,0%

Quelle: Statistisches Bundesamt 2018b, S. 14.

Um die Personalstellen für das „Musterpflegeheim“ mit 100 Bewohnern und bundesweitem Case-Mix (*Ansatz 1a*) berechnen zu können, sind weiterhin die *Stellenschlüssel* erforderlich. Diese sind für Juli 2016 und Mai 2018 in Tabelle 3 und Tabelle 4 angegeben. Insoweit Korridore vereinbart wurden, werden für die Berechnungen die jeweiligen Mittelwerte zugrunde gelegt. Abweichungen von dieser Regel sind ausgewiesen.

Tabelle 3: Zahl der Bewohner pro Pflegekraft nach Pflegestufe gemäß Pflegeschlüssel im Juli 2016⁵

	Pflegestufe	Schlüssel bzw. Mittelwert des Korridors.	Untergrenze des Korridors	Obergrenze des Korridors
Bund	PS 0	8,10		
	PS I	3,78		
	PS II	2,59		
	PS III	1,93		
BW	PS 0	7,06	4,47	9,64
	PS I	3,55	3,13	3,96
	PS II	2,53	2,23	2,83

⁴ Eine Differenzierung nach Pflegestufen liegt in der Pflegestatistik lediglich für die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in stationärer Versorgung vor, also inklusive Kurzzeit-, Tages- sowie Nachtpflege. Zur Ermittlung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen nach Pflegegrad wurde deshalb die Quote der Pflegebedürftigen (Statistisches Bundesamt 2017, S. 8) in vollstationärer Dauerpflege (=88,6 %) mit den Gesamtzahlen (Statistisches Bundesamt 2017, S. 8) multipliziert.

⁵ Zusätzlich wurden in einigen Bundesländern Sonderschlüssel vereinbart, die unabhängig von den normalen Pflegeschlüsseln die Einstellung zusätzlichen Personals ermöglichen. Sonderschlüssel mit Bezug zur Pflege wurden bei den Personalberechnungen berücksichtigt (s. Anhang 3 und 5).

	PS III	1,87	1,65	2,08
BY ⁶	PS 0	6,7		
	PS I	3		
	PS II	2,25		
	PS III	1,9		
BE	PS 0	7,25		
	PS I	4,01		
	PS II	2,5		
	PS III	1,97		
BB	PS 0	8,05		
	PS I	3,93		
	PS II	2,83		
	PS III	1,96		
HB	PS 0	6,54	6,28	6,79
	PS I	3,93	3,77	4,08
	PS II	2,45	2,35	2,55
	PS III	1,96	1,88	2,04
HH	PS 0	12,55	12,31	12,79
	PS I	4,14	4,06	4,22
	PS II	2,44	2,39	2,48
	PS III	1,73	1,69	1,76
HE	PS 0	4,86		
	PS I	3,4		
	PS II	2,42		
	PS III	1,89		
MV	PS 0	8,05	8,05	8,05
	PS I	4,19	3,87	4,51
	PS II	2,89	2,52	3,26
	PS III	2,02	1,82	2,22
NI	PS 0	13,3	12,16	14,5
	PS I	4,08	3,65	4,5
	PS II	2,72	2,43	3
	PS III	2,01	1,82	2,2
NRW	PS 0	8		
	PS I	4		
	PS II	2,5		
	PS III	1,8		
RP	PS 0	7		
	PS I	3,8		
	PS II	2,65		
	PS III	1,8		
SL	PS 0	7		
	PS I	3,66		
	PS II	2,65		
	PS III	2,05		
SN	PS 0	8,05	8,05	8,05
	PS I	3,9	3,3	4,5
	PS II	2,6	2,3	2,9
	PS III	1,75	1,6	1,9

⁶ In Bayern galten zu diesem Zeitpunkt für „normale“ Pflegeeinrichtungen und gerontopsychiatrische Einrichtungen zwei verschiedene Schlüssel. Da etwa 90 % der Heime die Standardschlüssel verwendeten, werden diese für die Berechnungen herangezogen (s. Anhang 3 und 5).

ST	PS 0	8,05	8,05	8,05
	PS I	4,08	3,65	4,5
	PS II	2,72	2,43	3
	PS III	2,01	1,82	2,2
SH ⁷	PS 0	10,5	9	12
	PS I	5,03	4,05	6
	PS II	3,53	3,05	4
	PS III	2,54	2,28	2,8
TH	PS 0	2,83		
	PS I	2,83		
	PS II	2,83		
	PS III	2,83		

Quelle: Eigene Zusammenstellung, s. Anhang 3.

Tabelle 4: Zahl der Bewohner pro Pflegekraft nach Pflegegrad gemäß Pflegeschlüssel im Mai 2018⁸

	Pflegegrad	Schlüssel bzw. Mittelwert des Korridors.	Untergrenze des Korridors	Obergrenze des Korridors
Bund	PG 1	6,90		
	PG 2	4,14		
	PG 3	2,91		
	PG 4	2,24		
	PG 5	1,99		
BW	PG 1	5,29	4,47	6,11
	PG 2	4,13	3,49	4,76
	PG 3	2,87	2,47	3,26
	PG 4	2,23	1,90	2,55
	PG 5	2,02	1,72	2,32
BY	PG 1	6,70		
	PG 2	3,71		
	PG 3	2,60		
	PG 4	1,99		
	PG 5	1,79		
BE	PG 1	7,25		
	PG 2	3,90		
	PG 3	2,80		
	PG 4	2,20		
	PG 5	1,80		
BB	PG 1	4,21		
	PG 2	3,28		
	PG 3	2,89		
	PG 4	2,25		
	PG 5	1,76		
HB	PG 1	6,27	6,21	6,33
	PG 2	4,89	4,84	4,94
	PG 3	2,98	2,95	3,01
	PG 4	2,12	2,10	2,14

⁷ Laut bpa verwenden in Schleswig-Holstein 90 % der Einrichtungen den Maximalschlüssel. Für die Berechnungen legen wir demnach diesen zugrunde.

⁸ Zusätzlich wurden in einigen Bundesländern Sonderschlüssel vereinbart, die unabhängig von den normalen Pflegeschlüsseln die Einstellung zusätzlichen Personals ermöglichen. Sonderschlüssel mit Bezug zur Pflege wurden bei den Personalberechnungen berücksichtigt (s. Anhang 4 und 5).

	PG 5	1,88	1,86	1,90
HH	PG 1	13,40		
	PG 2	4,60		
	PG 3	2,80		
	PG 4	1,99		
	PG 5	1,77		
HE	PG 1	5,57		
	PG 2	3,90		
	PG 3	2,60		
	PG 4	2,04		
	PG 5	1,86		
MV ⁹	PG 1	5,20	6,08 / 4,71	8,05 / 5,68
	PG 2	4,12	3,59 / 3,72	4,52 / 4,52
	PG 3	3,11	2,40 / 2,80	3,41 / 3,42
	PG 4	2,47	1,76 / 2,22	2,71 / 2,71
	PG 5	2,25	1,76 / 2,02	2,48 / 2,48
NI	PG 1	6,50		
	PG 2	4,29		
	PG 3	3,00		
	PG 4	2,27		
	PG 5	2,05		
NRW	PG 1	8,00		
	PG 2	4,66		
	PG 3	3,05		
	PG 4	2,24		
	PG 5	2,00		
RP	PG 1	8,60		
	PG 2	4,24		
	PG 3	3,40		
	PG 4	2,65		
	PG 5	1,80		
SL	PG 1	2,87		
	PG 2	2,87		
	PG 3	2,87		
	PG 4	2,87		
	PG 5	2,87		
SN	PG 1	8,00	7,60	8,40
	PG 2	4,35	4,13	4,57
	PG 3	2,80	2,66	2,94
	PG 4	2,10	2,00	2,21
	PG 5	1,95	1,85	2,05
ST	PG 1	nicht vereinbart		
	PG 2	4,09	3,67	4,50
	PG 3	3,02	2,70	3,34
	PG 4	2,36	2,11	2,61
	PG 5	1,96	1,82	2,10
SH ¹⁰	PG 1	6,34	5,71	6,96

⁹ In Mecklenburg-Vorpommern ist es bisher zu keiner Einigung zu neuen Personalkorridoren nach Pflegegraden gekommen. In den Spalten „Untergrenze des Korridors“ und „Obergrenze des Korridors“ entspricht die zuerst genannte Zahl dem Maximalwert der Forderung der Leistungserbringer, die zweite Zahl der Forderung der Kostenträger. In den Pflegesatzverhandlungen können nur die von den Kostenträgern angebotenen Werte umgesetzt werden. Daher wird für praxisnahe Werte der Mittelwert der Forderung der Kostenträger zugrunde gelegt (s. Anhang 4).

	PG 2	4,94	4,46	5,43
	PG 3	3,64	3,28	3,99
	PG 4	2,84	2,56	3,12
	PG 5	2,56	2,31	2,81
TH	PG 1	2,60		
	PG 2	2,60		
	PG 3	2,60		
	PG 4	2,60		
	PG 5	2,60		

Quelle: Eigene Zusammenstellung, s. Anhang 4.

Werden die Case-Mix-Relationen auf die Mittelwerte der Stellenschlüssel bezogen, ergibt sich Tabelle 5, in der angegeben ist, wie viele in Vollzeitäquivalenten gerechnete Pflegekräfte in den Personalschlüsseln vorgesehen sind, um 100 Pflegebedürftige zu versorgen, wenn diese den jeweils durchschnittlichen Case-Mix aufweisen. Zusätzlich sind die Differenz in Stellen und der Stellenaufwuchs in Prozent des Ausgangswertes enthalten.

Tabelle 5: Durchschnittliche Personalschlüssel einer Einrichtung mit 100 Bewohnern im Juli 2016 und Mai 2018 bei einer Bewohnerstruktur gemäß bundesdurchschnittlichem Case-Mix im Dezember 2015 bzw. Dezember 2017 im Ansatz 1a

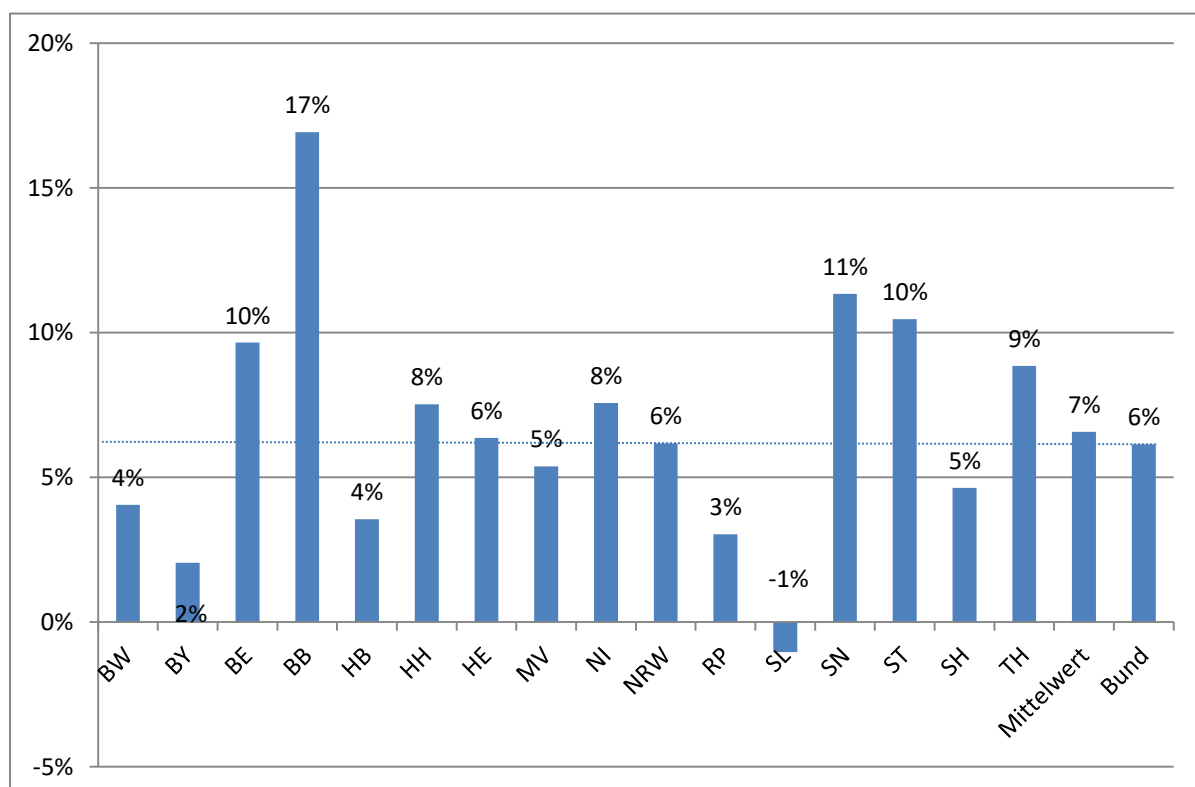
Ansatz 1a				
Bundesland	Juli 2016	Mai 2018	Differenz in Stellen	Differenz in %
BW	39,45	41,05	1,60	4,1%
BY	40,94	41,78	0,84	2,0%
BE	37,22	40,81	3,59	9,7%
BB	34,94	40,85	5,91	16,9%
HB	36,17	37,45	1,28	3,5%
HH	37,91	40,76	2,85	7,5%
HE	38,40	40,84	2,44	6,4%
MV	34,41	36,26	1,85	5,4%
NI	34,80	37,43	2,63	7,6%
NRW	36,47	38,72	2,25	6,2%
RP	37,14	38,27	1,13	3,0%
SL	36,22	35,84	-0,38	-1,0%
SN	38,26	42,60	4,34	11,3%
ST	33,92	37,47	3,55	10,5%
SH	39,01	40,82	1,81	4,6%
TH	35,34	38,46	3,13	8,8%
Mittelwert	36,91	39,34	2,43	6,6%
Bund	37,45	39,75	2,30	6,1%

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2017b, S. 8 und 2018b, S. 14f.) sowie der landesspezifischen Personalschlüssel (s. Anhang 3 und 4).

¹⁰ Laut bpa verwenden in Schleswig-Holstein 90 % der Einrichtungen den Maximalschlüssel. Für die Berechnungen legen wir demnach diesen zugrunde.

Bundesweit zeigt sich ein Stellenplus von 2,3 Vollzeitstellen für ein Heim mit 100 Bewohnern. Dies entspricht einer Steigerung um 6,1 % des Ausgangswertes. Dieser Wert liegt etwas unter dem – ungewichteten – Mittelwert über die 16 Bundesländer, der 6,6 % beträgt (Tabelle 5). Grund hierfür ist, dass die bevölkerungsreichen Bundesländer (NRW, Bayern, Baden-Württemberg), die entsprechend viele Pflegebedürftige haben, unterdurchschnittliche Steigerungsraten aufweisen und der gewogene Mittelwert daher unter dem ungewichteten Mittelwert liegt. Bemerkenswert sind die Länderunterschiede (Abbildung 1): Während sich die Personalschlüssel in Bayern und Rheinland-Pfalz nur geringfügig erhöht und im Saarland sogar leicht verschlechtert haben, hat sich die Personalausstattung gemäß dieses Messverfahrens in drei Ländern (Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt) um mehr als 10 % verbessert. Überdurchschnittliche Steigerungen verzeichneten auch Berlin, Hamburg, Niedersachsen und Thüringen. Insgesamt ist ein leichter, negativer Zusammenhang zwischen dem Ausgangswert und der Verbesserung der Stellenschlüssel zu verzeichnen. So weisen beispielsweise Brandenburg und Sachsen-Anhalt niedrige Ausgangswerte und hohe Zuwachsraten auf, während Baden-Württemberg, Bayern und Schleswig-Holstein als Länder mit den „besten“ Schlüsseln ein geringes Wachstum von unter 5 % zu verzeichnen haben.¹¹

Abbildung 1: Veränderung der Personalschlüssel gegenüber 2016 für eine Einrichtung mit 100 Bewohnern und jeweiliger Bewohnerstruktur gemäß Bundesdurchschnitt im Ansatz 1a



Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2017b, S. 8 und 2018b, S. 14f.) sowie der landesspezifischen Personalschlüssel (s. Anhang 3 und 4).

¹¹ Dabei weist eine Regression der Ausgangswerte auf die Steigerungsraten allerdings ein eher geringes Bestimmtheitsmaß von $r^2 = 0,145$ auf.

Die Vorgehensweise in *Ansatz 1b* entspricht grundsätzlich der in *Ansatz 1a*. Der einzige Unterschied besteht darin, dass in *Ansatz 1b* nicht ein einheitlicher bundesweiter Case-Mix, sondern länderspezifische Case-Mixe verwendet werden. Diese sind in Tabelle 6 (für Dezember 2015) und in Tabelle 7 (für Dezember 2017) abgebildet.

Tabelle 6: Pflegebedürftige und deren länderspezifischer Case-Mix im Dezember 2015

Pflegestufenstruktur der Heimbewohner im Dezember 2015				
	Pflegestufen	Pflegebedürftige in Pflegeheimen	in vollstationärer Pflege	Anteilswert in vollstationärer Pflege
Bund	PS 0	22.682	20.096	3%
	PS I	338.197	299.643	39%
	PS II	340.869	302.010	39%
	PS III	168.698	149.466	19%
	insgesamt	870.446	771.215	100%
BW	PS 0	3.247	2.844	3%
	PS I	38.199	33.462	37%
	PS II	41.237	36.124	40%
	PS III	20.146	17.648	20%
	insgesamt	102.829	90.078	100%
BY	PS 0	5.292	4.789	4%
	PS I	46.299	41.901	39%
	PS II	42.538	38.497	36%
	PS III	24.290	21.982	21%
	insgesamt	118.419	107.169	100%
BE	PS 0	977	891	3%
	PS I	13.661	12.459	44%
	PS II	11.628	10.605	37%
	PS III	5.124	4.673	16%
	insgesamt	31.390	28.628	100%
BB	PS 0	330	273	1%
	PS I	10.350	8.570	35%
	PS II	13.083	10.833	45%
	PS III	5.426	4.493	19%
	insgesamt	29.189	24.168	100%
HB	PS 0	90	76	1%
	PS I	2.949	2.480	41%
	PS II	2.633	2.214	37%
	PS III	1.450	1.219	20%
	insgesamt	7.122	5.990	100%
HH	PS 0	835	747	5%
	PS I	6.590	5.898	38%
	PS II	6.317	5.654	37%
	PS III	3.419	3.060	20%
	insgesamt	17.161	15.359	100%
HE	PS 0	1.013	915	2%
	PS I	22.795	20.584	40%
	PS II	21.796	19.682	38%
	PS III	11.320	10.222	20%
	insgesamt	56.924	51.402	100%
MV	PS 0	174	150	1%
	PS I	8.477	7.307	39%
	PS II	9.304	8.020	42%
	PS III	3.989	3.439	18%

	insgesamt	21.944	18.916	100%
NI	PS 0	1.961	1.679	2%
	PS I	40.975	35.075	39%
	PS II	39.798	34.067	38%
	PS III	21.113	18.073	20%
	insgesamt	103.847	88.893	100%
NRW	PS 0	3.584	3.186	2%
	PS I	70.721	62.871	39%
	PS II	70.542	62.712	39%
	PS III	36.000	32.004	20%
	insgesamt	180.847	160.773	100%
RP	PS 0	1.445	1.309	4%
	PS I	15.682	14.208	41%
	PS II	15.179	13.752	39%
	PS III	6.158	5.579	16%
	insgesamt	38.464	34.848	100%
SL	PS 0	645	568	6%
	PS I	4.908	4.324	42%
	PS II	4.287	3.777	37%
	PS III	1.868	1.646	16%
	insgesamt	11.708	10.315	100%
SN	PS 0	599	530	1%
	PS I	19.287	17.069	35%
	PS II	23.554	20.845	43%
	PS III	10.976	9.714	20%
	insgesamt	54.416	48.158	100%
ST	PS 0	380	340	1%
	PS I	11.405	10.207	36%
	PS II	13.984	12.516	44%
	PS III	5.773	5.167	18%
	insgesamt	31.542	28.230	100%
SH	PS 0	1.855	1.686	5%
	PS I	15.264	13.875	41%
	PS II	13.479	12.252	36%
	PS III	6.407	5.824	17%
	insgesamt	37.005	33.638	100%
TH	PS 0	255	224	1%
	PS I	10.635	9.359	38%
	PS II	11.510	10.129	42%
	PS III	5.239	4.610	19%
	insgesamt	27.639	24.322	100%

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017b, S. 8.

Tabelle 7: Pflegebedürftige und deren länderspezifischer Case-Mix im Dezember 2017

Pflegegradstruktur der Heimbewohner im Dezember 2017				
	Pflegegrad	Pflegebedürftige in Pflegeheimen	in vollstationärer Pflege	Anteilswert in vollstationärer Pflege
Bund	PG 1	8.712	7.484	1%
	PG 2	202.427	173.885	22%
	PG 3	298.062	256.035	33%
	PG 4	266.942	229.303	29%
	PG 5	139.593	119.910	15%
	insgesamt	915.736	786.617	100%

BW	PG 1	779	672	1%
	PG 2	21.833	18.842	21%
	PG 3	35.261	30.430	33%
	PG 4	32.440	27.996	31%
	PG 5	16.014	13.820	15%
	insgesamt	106.327	91.760	100%
BY	PG 1	2.811	2.505	2%
	PG 2	28.880	25.732	23%
	PG 3	38.921	34.679	31%
	PG 4	33.981	30.277	27%
	PG 5	19.817	17.657	16%
	insgesamt	124.410	110.849	100%
BE	PG 1	341	306	1%
	PG 2	8.530	7.651	27%
	PG 3	10.676	9.576	33%
	PG 4	8.614	7.727	27%
	PG 5	3.841	3.445	12%
	insgesamt	32.002	28.706	100%
BB	PG 1	78	62	0%
	PG 2	5.730	4.538	19%
	PG 3	10.182	8.064	34%
	PG 4	9.771	7.739	32%
	PG 5	4.358	3.452	14%
	insgesamt	30.119	23.854	100%
HB	PG 1	38	31	1%
	PG 2	1.464	1.192	21%
	PG 3	2.353	1.915	34%
	PG 4	2.067	1.683	30%
	PG 5	1.042	848	15%
	insgesamt	6.964	5.669	100%
HH	PG 1	294	263	2%
	PG 2	4.204	3.754	24%
	PG 3	5.356	4.783	30%
	PG 4	5.134	4.585	29%
	PG 5	2.676	2.390	15%
	insgesamt	17.664	15.774	100%
HE	PG 1	491	431	1%
	PG 2	13.944	12.243	23%
	PG 3	19.417	17.048	32%
	PG 4	17.539	15.399	29%
	PG 5	9.270	8.139	15%
	insgesamt	60.661	53.260	100%
MV	PG 1	94	74	0%
	PG 2	5.353	4.240	22%
	PG 3	8.192	6.488	34%
	PG 4	6.907	5.470	29%
	PG 5	3.379	2.676	14%
	insgesamt	23.925	18.949	100%
NI	PG 1	832	686	1%
	PG 2	24.769	20.434	22%
	PG 3	36.213	29.876	33%
	PG 4	31.892	26.311	29%
	PG 5	17.677	14.584	16%
	insgesamt	111.383	91.891	100%

NRW	PG 1	1.014	865	1%
	PG 2	41.876	35.720	22%
	PG 3	61.500	52.460	32%
	PG 4	55.750	47.555	29%
	PG 5	30.802	26.274	16%
	insgesamt	190.942	162.874	100%
RP	PG 1	668	588	2%
	PG 2	9.825	8.646	24%
	PG 3	13.050	11.484	32%
	PG 4	11.537	10.153	29%
	PG 5	5.329	4.690	13%
	insgesamt	40.409	35.560	100%
SL	PG 1	263	227	2%
	PG 2	3.284	2.831	26%
	PG 3	4.008	3.455	32%
	PG 4	3.380	2.914	27%
	PG 5	1.669	1.439	13%
	insgesamt	12.604	10.865	100%
SN	PG 1	135	117	0%
	PG 2	9.920	8.561	17%
	PG 3	19.239	16.603	34%
	PG 4	18.670	16.112	33%
	PG 5	9.458	8.162	16%
	insgesamt	57.422	49.555	100%
ST	PG 1	177	152	1%
	PG 2	7.677	6.572	23%
	PG 3	11.264	9.642	34%
	PG 4	9.631	8.244	29%
	PG 5	4.455	3.813	13%
	insgesamt	33.204	28.423	100%
SH	PG 1	617	545	2%
	PG 2	9.704	8.578	25%
	PG 3	12.684	11.213	33%
	PG 4	10.340	9.141	27%
	PG 5	5.192	4.590	13%
	insgesamt	38.537	34.067	100%
TH	PG 1	80	69	0%
	PG 2	5.434	4.668	19%
	PG 3	9.746	8.372	33%
	PG 4	9.289	7.979	32%
	PG 5	4.614	3.963	16%
	insgesamt	29.163	25.051	100%

Quelle: Statistisches Bundesamt 2018b, S. 14f.

Werden diese Case-Mixe mit den Personalschlüsseln der Tabelle 3 und Tabelle 4 verknüpft, ergeben sich für das „Musterpflegeheim“ mit 100 Bewohnern die in Tabelle 8 enthaltenen Personalstellen. Wiederum sind in der Tabelle auch die absoluten Differenzen gemessen in der Zahl der Stellen und in Prozent des Ausgangswertes enthalten.

Bezogen auf das Bundesgebiet unterscheiden sich die Ergebnisse auf Basis der länderspezifischen Case-Mixe nicht wesentlich von der Variante 1a. Der gewogene Mittelwert, bei dem die Zahl der Heimbewohner pro Bundesland als Gewicht verwendet wurde, steigt nunmehr um 6,2 % und der nicht gewichtete Mittelwert um 6,7 %. Auf Länderebene unterscheiden sich die Steigerungsraten in

der Regel um weniger als 0,4 Stellen für 100 Bewohner bzw. 1 Prozentpunkt. Lediglich im Saarland steigt die Stellenzunahme um 3,9 Prozentpunkte, wenn die landesspezifische Belegung berücksichtigt wird, während sie in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu Ansatz 1a um 2,6 Prozentpunkte zurückgeht.

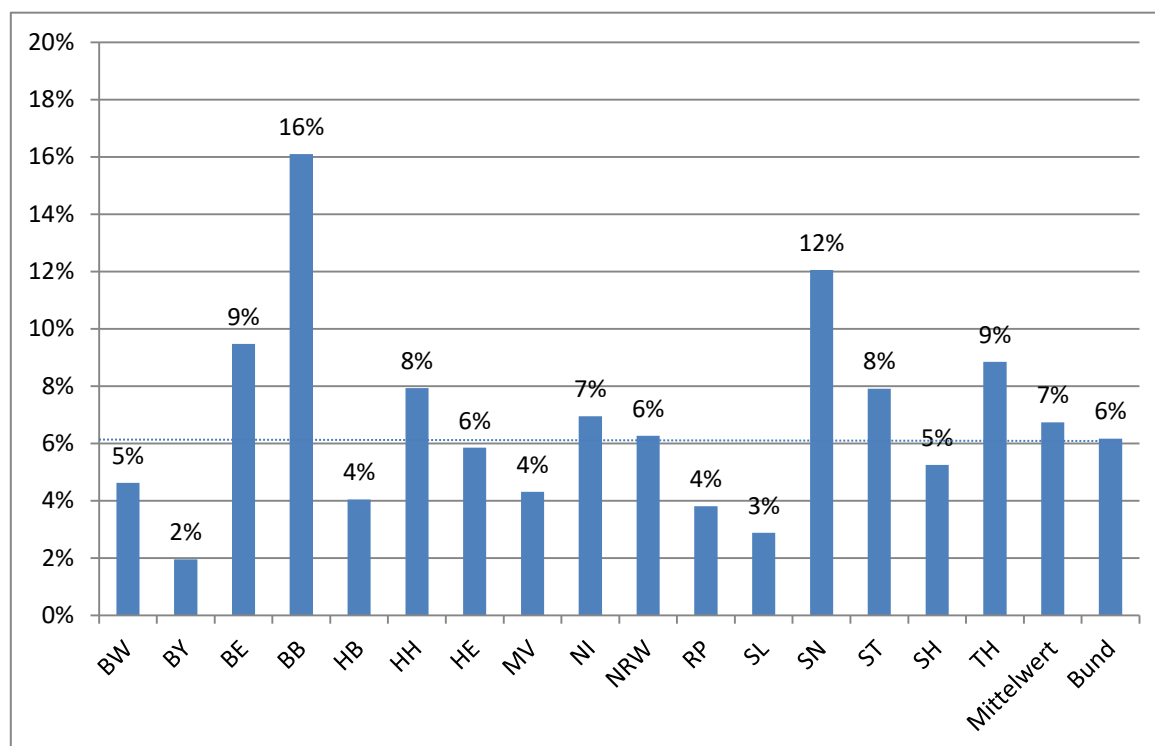
Tabelle 8: Durchschnittliche Personalschlüssel einer Einrichtung mit 100 Bewohnern im Juli 2016 und Mai 2018 bei landesspezifischer Bewohnerstruktur im Dezember 2015 bzw. Dezember 2017 im Ansatz 1b

Ansatz 1b				
Bundesland	Juli 2016	Mai 2018	Differenz in Stellen	Differenz in %
BW	39,53	41,36	1,83	4,6%
BY	40,46	41,25	0,79	2,0%
BE	36,06	39,47	3,41	9,5%
BB	35,49	41,20	5,71	16,1%
HB	36,22	37,68	1,46	4,0%
HH	37,33	40,29	2,96	7,9%
HE	38,49	40,74	2,25	5,9%
MV	34,66	36,15	1,49	4,3%
NI	35,05	37,49	2,44	7,0%
NRW	36,69	38,98	2,30	6,3%
RP	36,05	37,43	1,37	3,8%
SL	34,84	35,84	1,00	2,9%
SN	39,24	43,97	4,73	12,1%
ST	34,46	37,18	2,73	7,9%
SH	38,07	40,06	2,00	5,2%
TH	35,34	38,46	3,13	8,8%
Mittelwert	36,75	39,22	2,48	6,7%
Bund	37,42	39,72	2,31	6,2%

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2017b, S. 8 und 2018b, S. 14f.) sowie der landesspezifischen Personalschlüssel (s. Anhang 3 und 4).

Abbildung 2 zeigt die prozentuale Veränderung der Personalschlüssel gegenüber 2016 für eine Einrichtung mit 100 Plätzen gemäß der jeweiligen Bewohnerstruktur auf Landesebene. Die Werte unterscheiden sich – mit Ausnahme der beiden Ausreißer Saarland und Sachsen-Anhalt, wenig von den Ergebnissen des Ansatzes 1a. Die Verbesserung der Stellenschlüssel ist aber etwas ausgeprägter als im Ansatz 1a (6,7 % statt 6,6 % für den gewogenen bundesdeutschen Durchschnitt).

Abbildung 2: Veränderung der Personalschlüssel gegenüber 2016 für eine Einrichtung mit 100 Bewohnern und Bewohnerstruktur gemäß jeweiligem Landesdurchschnitt im Ansatz 1b



Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2017b, S. 8 und 2018b, S. 14f.) sowie der landesspezifischen Personalschlüssel (s. Anhang 3 und 4).

4.2 Ansatz 2: Veränderung der Stellenschlüssel bei Bewohnerstruktur des Jahres 2016 und Umrechnung der Pflegestufen auf Pflegegrade

Um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass sich der Case-Mix eines durchschnittlichen Pflegeheims im Zeitraum von Frühjahr 2016 bis Frühjahr 2018 merklich verändert haben könnte, wird in einem zweiten Ansatz eine *Überleitung der Bewohnerstruktur* zum Dezember 2015 gemäß den Überleitungsregeln nach § 140 Abs. 2 SGB XI und den angenommenen EA-Quoten (s.o.) simuliert.

Wird in *Ansatz 2a* von der bundesweiten Bewohnerstruktur im Dezember 2015 ausgegangen (Tabelle 1), resultiert aus dieser Überleitung die in Tabelle 9 angegebene Bewohnerstruktur gemäß der neuen Pflegegrade.

Tabelle 9: Bundesweite Bewohnerstruktur im Dezember 2015 umgerechnet in Pflegegrade gemäß der Überleitungsregeln des § 140 Abs. SGB XI

Pflegegradstruktur der Heimbewohner im Dezember 2015				
	Pflegestufen	Pflegebedürftige in Pflegeheimen	in vollstationärer Pflege	Anteilswerte
Bund	PG 2	178.253	157.932	20,5%
	PG 3	288.296	255.430	33,1%
	PG 4	255.443	226.323	29,4%
	PG 5	148.454	131.530	17,1%
	insgesamt	870.446	771.215	100,0%

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017b, S. 8f.

Wird die so simulierte Pflegegradverteilung zugrunde gelegt und mit den Personalschlüsseln von Mai 2018 (Tabelle 4) kombiniert, ergeben sich die in Tabelle 10 enthaltenen durchschnittlichen Personalschlüssel einer Einrichtung mit 100 Bewohnern basierend auf der Bewohnerstruktur des Dezember 2015 und den Stellenschlüsseln im Mai 2018. Wiederum sind diese Schlüssel den Originalwerten für Juli 2016 gegenübergestellt und die Differenzen zum Juli 2016.

Tabelle 10: Durchschnittliche Personalschlüssel einer Einrichtung mit 100 Bewohnern im Juli 2016 und Mai 2018 bei einer Bewohnerstruktur gemäß Bundesdurchschnitt im Dezember 2015 und Überleitung der Pflegestufe in Pflegegrade im Ansatz 2a

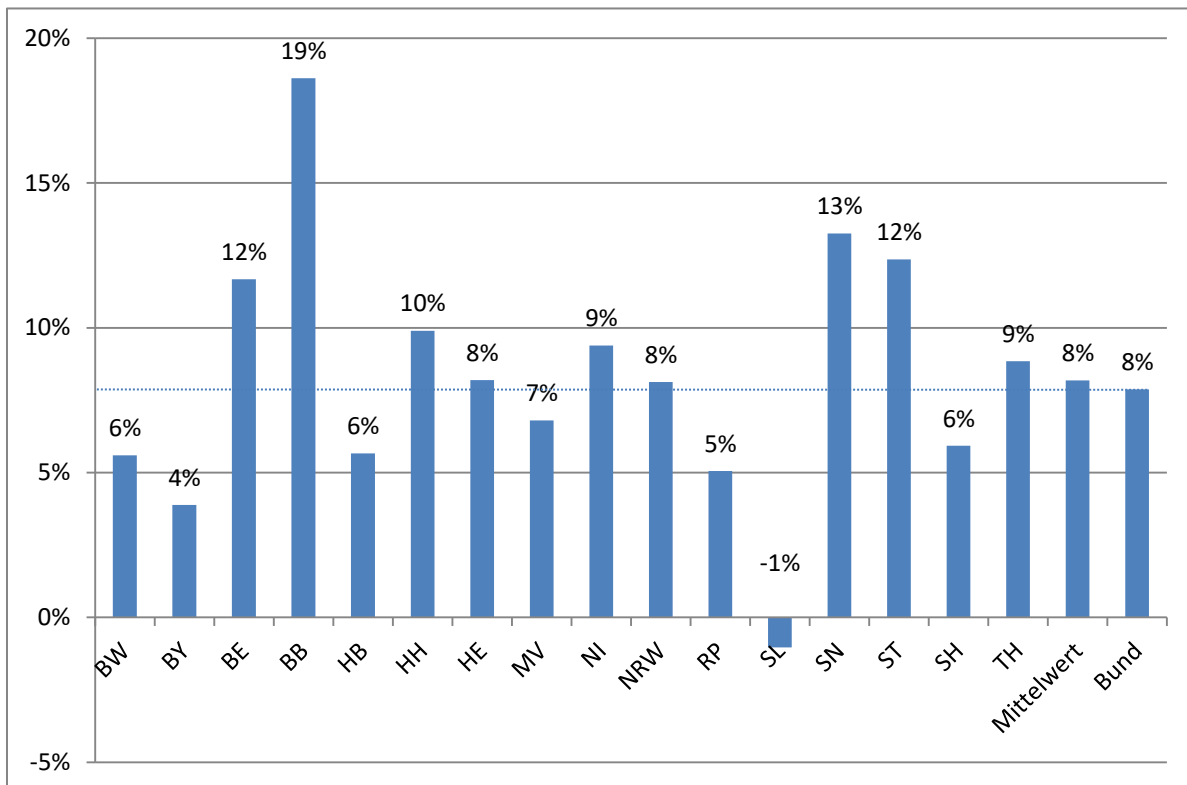
Ansatz 2a				
Bundesland	Juli 2016	Dez. 2017	Differenz in Stellen	Differenz in %
BW	39,45	41,66	2,21	5,6%
BY	40,94	42,53	1,59	3,9%
BE	37,22	41,56	4,34	11,7%
BB	34,94	41,44	6,50	18,6%
HB	36,17	38,22	2,05	5,7%
HH	37,91	41,66	3,75	9,9%
HE	38,40	41,54	3,14	8,2%
MV	34,41	36,75	2,34	6,8%
NI	34,80	38,06	3,27	9,4%
NRW	36,47	39,43	2,96	8,1%
RP	37,14	39,02	1,88	5,1%
SL	36,22	35,84	-0,38	-1,0%
SN	38,26	43,33	5,07	13,3%
ST	33,92	38,12	4,19	12,4%
SH	39,01	41,33	2,31	5,9%
TH	35,34	38,46	3,13	8,8%
Mittelwert	36,91	39,93	3,02	8,2%
Bund	37,45	40,40	2,95	7,9%

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2017b, S. 8) sowie der länderspezifischen Personalschlüssel (s. Anhang 3 und 4).

Die resultierende Differenz zwischen Juli 2016 und Mai 2018 beträgt in diesem Ansatz bundesweit durchschnittlich 2,95 Vollzeitstellen bzw. 7,9 % des Ausgangswertes (Tabelle 10). Damit übersteigen sie die bundesweite Veränderungsrate in Ansatz 1a um 0,65 Vollzeitstellen bzw. 1,8 Prozentpunkte. Ursache hierfür dürfte die „zu hohe“ Überleitung der Bestandsbewohnerschaft zum 1.1.2017 sein.

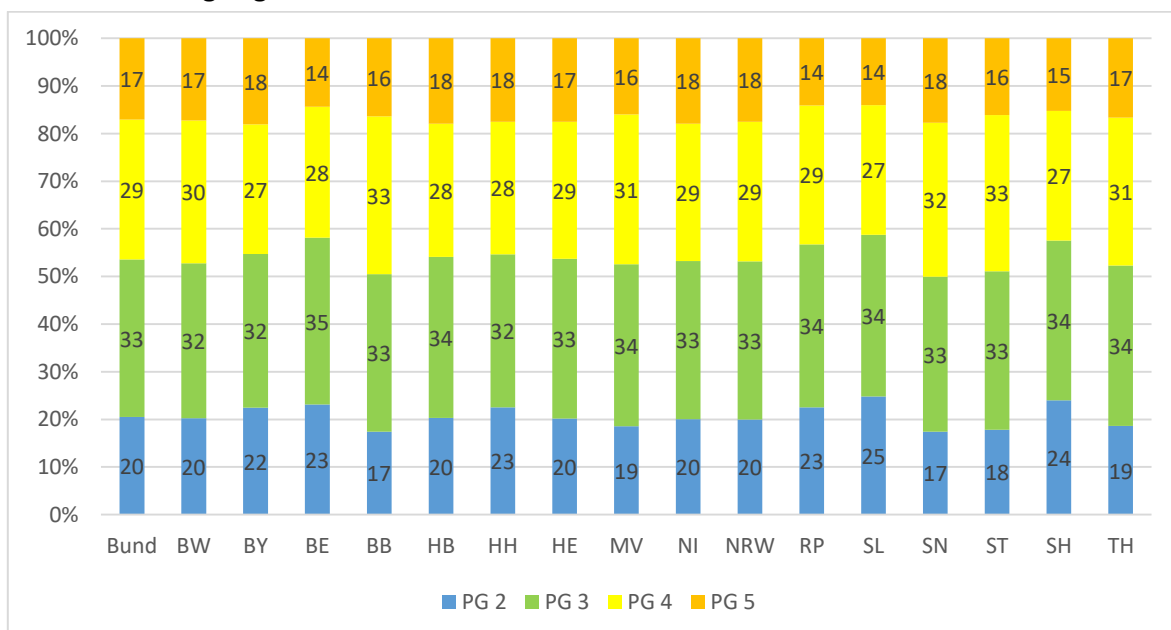
Nach Bundesländern differenziert ist die prozentuale Veränderung der Personalschlüssel für eine Einrichtung mit 100 Bewohnern und einer bundesdurchschnittlichen Bewohnerstruktur auf Basis des Dezembers 2015 in Abbildung 3 dargestellt. Aufgrund des Überleitungseffektes fallen die länderspezifischen Personalsteigerungen in Variante 2a höher aus als in Ansatz 1a. Grundsätzlich ergibt sich aber ein ähnliches Bild, da die zugrunde gelegten Personalschlüssel in beiden Ansätzen gleich sind. Die Veränderungswerte fallen hier zwischen 1,4 Prozentpunkten (Mecklenburg-Vorpommern) und 2,4 Prozentpunkten (Hamburg) höher aus als in Variante 1a. Durch die Tatsache, dass für das Jahr 2018 in Thüringen und Saarland pflegestufenunabhängige Personalschlüssel herangezogen werden, unterscheiden sich die Ergebnisse des Ansatzes 2a für diese Länder nicht von Ansatz 1a.

Abbildung 3: Veränderung der Personalschlüssel für eine Einrichtung mit 100 Bewohnern und Bewohnerstruktur 2016 gemäß Bundesdurchschnitt nach Überleitungsregel im Ansatz 2a



Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2017b, S. 8) sowie der landesspezifischen Personalschlüssel (s. Anhang 3 und 4).

Abbildung 4: Landesspezifischer Case-Mix im Dezember 2015 in Pflegegraden gemäß Überleitungsregeln nach § 140 SGB XI



Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2017b, S. 8), der landesspezifischen Personalschlüssel (s. Anhang 3 und 4).

Analog zum Ansatz 1 wird auch im Rahmen des Ansatzes 2 eine Berechnung auf Grundlage der *landesspezifischen Case-Mixes* durchgeführt. Für *Ansatz 2b* müssen zunächst die Pflegestufenverteilungen im Dezember 2015 auf Länderebene gemäß den Überleitungsregeln in Pflegegradverteilungen umgerechnet werden (Abbildung 4). Wie die Abbildung zeigt, unterscheiden sich die Verteilungen zwischen den Ländern zwar, jedoch in eher geringem Umfang.

Insofern ist es nicht erstaunlich, dass auch die durch Kombination der Stellenschlüssel auf Länderebene für Mai 2018 (Tabelle 4) und der aus der fiktiven Überleitung sich ergebenden Case-Mix-Strukturen in Pflegegraden für Dezember 2015 auf Landesebene (Abbildung 4) resultierenden durchschnittlichen Personalschlüssel einer Einrichtung mit 100 Bewohnern und Bewohnerstruktur gemäß Landesdurchschnitt im Dezember 2015 in Ansatz 2b (Tabelle 11) sehr große Ähnlichkeiten mit den in Ansatz 2a enthaltenen Werten aufweisen.

Tabelle 11: Durchschnittliche Personalschlüssel einer Einrichtung mit 100 Bewohnern im Juli 2016 und Mai 2018 bei einer Bewohnerstruktur gemäß Landesdurchschnitt im Dezember 2015 und rechnerischer Überleitung der Pflegestufe in Pflegegrade im Ansatz 2b

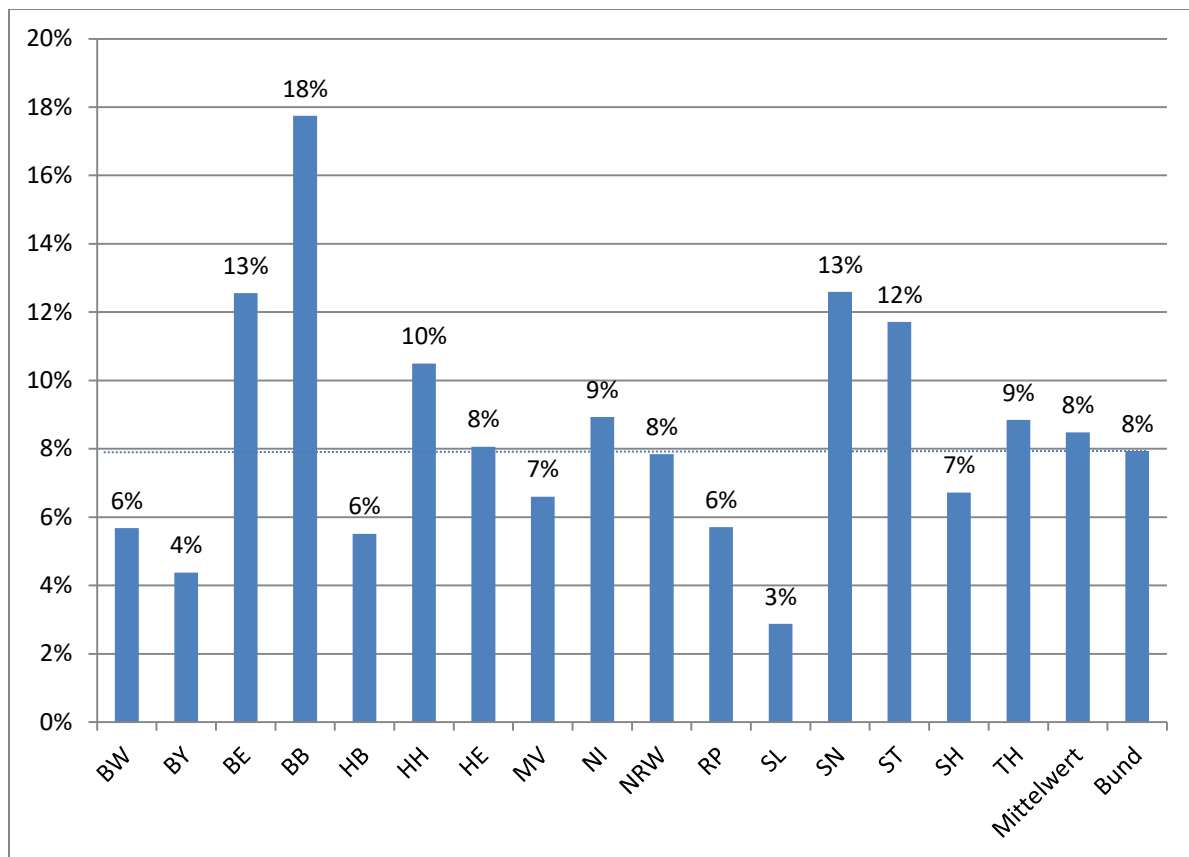
Ansatz 2b				
Bundesland	Juli 2016	Dez. 2017	Differenz in Stellen	Differenz in %
BW	39,53	41,78	2,24	5,7%
BY	40,46	42,23	1,77	4,4%
BE	36,06	40,58	4,53	12,6%
BB	35,49	41,78	6,30	17,7%
HB	36,22	38,22	2,00	5,5%
HH	37,33	41,25	3,92	10,5%
HE	38,49	41,59	3,10	8,1%
MV	34,66	36,95	2,29	6,6%
NI	35,05	38,18	3,13	8,9%
NRW	36,69	39,56	2,88	7,8%
RP	36,05	38,11	2,06	5,7%
SL	34,84	35,84	1,00	2,9%
SN	39,24	44,18	4,94	12,6%
ST	34,46	38,49	4,04	11,7%
SH	38,07	40,63	2,56	6,7%
TH	35,34	38,46	3,13	8,8%
Mittelwert	36,75	39,87	3,12	8,5%
Bund	37,42	40,39	2,97	7,9%

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2017b, S. 8) sowie der landesspezifischen Personalschlüssel (s. Anhang 3 und 4).

Der ungewichtete Mittelwert über alle Länder fällt auch hier etwas höher aus als in der Variante a (8,5 % in Variante 2b gegenüber 8,2 % in Variante 2a). Gleiches gilt für die Differenz in absoluten Stellen (3,12 gegenüber 3,02). Die bundesweiten Steigerungsraten sind in Ansatz 2a und 2b annähernd gleich.

Die prozentuale Veränderung der Personalschlüssel für eine exemplarische Einrichtung mit 100 Bewohnern und einer länderspezifischen Bewohnerstruktur auf Basis des Dezembers 2015 wird in Abbildung 5 dargestellt. Ähnlich wie bei Ansatz 1 unterscheiden sich die Ergebnisse des Ansatzes 2b nicht wesentlich von der Variante 2a. Lediglich das Saarland sticht hervor, das bei dieser Berechnung einen Stellenzuwachs von 3 % verbuchen kann, während das Land in Ansatz 2a einen Stellenverlust von 1 % verzeichnet hat. Die Unterschiede der anderen Bundesländer zwischen beiden Berechnungsvarianten liegen zwischen -0,2 (Brandenburg) und +0,25 Personalstellen (Schleswig-Holstein) bzw. -0,9 und +0,8 Prozentpunkten.

Abbildung 5: Veränderung der Personalschlüssel für eine Einrichtung mit 100 Bewohnern und Bewohnerstruktur 2016 gemäß Landesdurchschnitt nach Überleitungsregeln im Ansatz 2b



Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2017b, S. 8) sowie der länderspezifischen Personalschlüssel (s. Anhang 3 und 4).

4.3 Ansatz 3: Veränderung der Personalsituation gemäß Pflegestatistik

Unabhängig von Personalschlüsseln wird in Ansatz 3 ein Vergleich auf Grundlage *tatsächlicher Personalausstattungen* nach der Pflegestatistik (2017b und 2018b) vorgenommen. Wie bereits in Abschnitt 3.1 ausgeführt, weist die Pflegestatistik allerdings einige Unschärfen auf. So bereiten sowohl die Umrechnung der Anzahl des eingesetzten Personals in Vollzeitäquivalente als auch die Abgrenzung des Pflegepersonals von sonstigen Mitarbeitern Schwierigkeiten. Tabelle 12 und Tabelle 13 enthalten die Zahl der der überwiegend in körperbezogener Pflege und Betreuung eingesetzten Personen, den

durchschnittlichen Umfang ihrer Tätigkeit als Anteil einer Vollzeitstelle und die sich daraus ergebenden Vollzeitäquivalente zum Dezember 2015 (Tabelle 12) bzw. zum Dezember 2017 (Tabelle 13).

Tabelle 12: Im Jahr 2015 in Pflege und Betreuung eingesetztes Personal in Vollzeitäquivalenten

	(1)	(2)	(3) = (1) * (2)
	Überwiegend in Körperbezogener Pflege und Betreuung eingesetzte Personen	Durchschnittliche Arbeitszeit als Anteile einer Vollzeitstelle	Vollzeitäquivalente für körperbezogene Pflege und Betreuung
Bund	498.537	67,52	336.587
BW	64.215	63,13	40.539
BY	69.881	70,27	49.102
BE	15.432	77,20	11.913
BB	13.451	74,21	9.981
HB	4.089	66,09	2.702
HH	9.337	71,65	6.690
HE	33.381	67,11	22.402
MV	10.520	73,74	7.757
NI	55.355	67,88	37.575
NRW	116.404	63,30	73.684
RP	22.412	64,58	14.473
SL	6.879	67,82	4.665
SN	26.980	71,73	19.351
SA	15.544	74,94	11.648
SH	20.450	70,96	14.510
TH	14.207	72,38	10.283

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017b, Tabelle 3.2 und 3.3.

Tabelle 13: Im Jahr 2017 in Pflege und Betreuung eingesetztes Personal in Vollzeitäquivalenten

	(1)	(2)	(3) = (1) * (2)
	Überwiegend in Körperbezogener Pflege und Betreuung eingesetzte Personen	Durchschnittliche Arbeitszeit als Anteile einer Vollzeitstelle	Vollzeitäquivalente für körperbezogene Pflege und Betreuung
Bund	512.307	68,14	349.060
BW	66.426	63,76	42.350
BY	71.133	71,08	50.561
BE	15.937	76,27	12.155
BB	14.086	74,06	10.431
HB	4.352	67,33	2.930
HH	9.768	71,76	7.009
HE	34.165	68,08	23.258
MV	11.059	73,44	8.122
NI	57.155	67,71	38.697
NRW	118.374	63,91	75.653
RP	22.856	65,50	14.971
SL	7.159	68,90	4.932
SN	28.787	72,42	20.848
SA	16.026	75,77	12.143
SH	20.241	71,00	14.371
TH	14.783	72,94	10.782

Quelle: Statistisches Bundesamt 2018b, Tabelle 1.6 und 1.7.

Werden diese Zahlen in Relation zu den Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege gesetzt (Statistisches Bundesamt 2017b, Tabelle 2.1 und 2.2 bzw. Statistisches Bundesamt 2018b, Tabelle 1.3 und 1.4), ergeben sich die in Tabelle 14 ausgewiesenen Pflege- und Betreuungsrelationen für eine Einrichtung mit 100 Einwohnern. Auf eine Differenzierung der Bewohner nach Pflegestufen oder Pflegegraden wurde dabei verzichtet. Implizit wird damit auch wieder ein bundesdurchschnittlicher Case-Mix unterstellt.

Tabelle 14: Durchschnittliche Zahl der in Pflege und Betreuung eingesetzten Personen in Vollzeit-äquivalenten in einer Einrichtung mit 100 Bewohnern im Ansatz 3

Ansatz 3				
Bundesland	Dez. 2015	Dez. 2017	Differenz in Stellen	Differenz in %
BW	45,00	46,15	1,15	2,6%
BY	45,82	45,61	-0,20	-0,4%
BE	41,61	42,34	0,73	1,8%
BB	41,30	43,73	2,43	5,9%
HB	45,12	51,69	6,58	14,6%
HH	43,56	44,43	0,88	2,0%
HE	43,58	43,67	0,09	0,2%
MV	41,01	42,86	1,85	4,5%
NI	42,27	42,11	-0,16	-0,4%
NRW	45,83	46,45	0,62	1,3%
RP	41,53	42,10	0,57	1,4%
SL	45,23	45,40	0,17	0,4%
SN	40,18	42,07	1,89	4,7%
ST	41,26	42,72	1,46	3,5%
SH	43,14	42,19	-0,95	-2,2%
TH	42,28	43,04	0,76	1,8%
Mittelwert	43,04	44,16	1,12	2,6%
Bund	43,64	44,37	0,73	1,7%

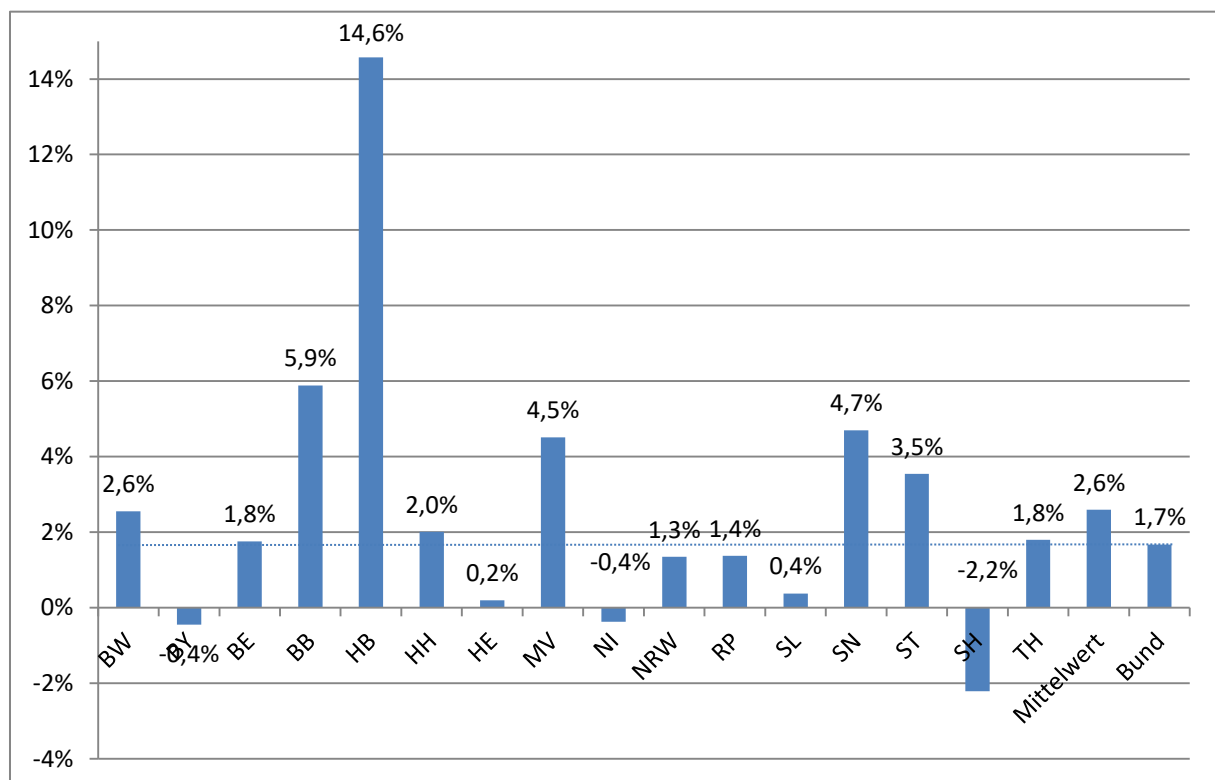
Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2017b, S.8 und 2018b, S. 14f.)

Die absoluten Werte sind deutlich höher als in den Ansätzen 1 und 2. Dies dürfte auf die genannten Unschärfen bei der Abgrenzung der in Pflege und Betreuung eingesetzten Personen und der Umrechnung in Vollzeitäquivalente zurückzuführen sein. Diese Unschärfen bestehen aber im Dezember 2015 und 2017 gleichermaßen. Es kann daher unterstellt werden, dass die im Vergleich der beiden Zeitpunkte deutlich werdende Entwicklung durchaus valide ist. Demnach hat sich die Pflege- und Betreuungsrelation in Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege im Betrachtungszeitraum um 1,7 % verbessert. Dieser Wert ist niedriger als in den Ansätzen 1 und 2, aber immer noch deutlich positiv. Nach Aussagen des Statistischen Bundesamtes (2018a, S. 15) ist die Zahl der Beschäftigten in vollstationärer Pflege von Dezember 2015 bis Dezember 2017 (gemessen in Vollzeitäquivalenten) um 5,2 % gestiegen, während sich die Zahl der Bewohner um 4,5 % erhöht hat. Hieraus resultiert eine Verbesserung der Versorgungsrelation von 0,7 %. Dass sich für Pflege und Betreuung gemäß den

obigen Berechnungen ein höherer Wert ergibt, impliziert, dass sich die Zahl der Beschäftigten in Pflege und Betreuung deutlicher gesteigert hat als in den anderen Leistungsbereichen der Pflegeheime.

Bezogen auf die einzelnen Bundesländer ergibt sich das in Abbildung 6 enthaltene Bild, dass sich von den Ergebnissen der Ansätze 1 und 2 (Abbildung 2, Abbildung 3, Abbildung 5 und Abbildung 6) deutlich unterscheidet. So weist das Land Bremen hier die höchsten Zuwachsraten auf, während es in den Ansätzen 1 und 2 unterdurchschnittliche Wachstumsziffern hatte.

Abbildung 6: Veränderung der Zahl der überwiegend in Pflege und Betreuung eingesetzten Personen in Vollzeitäquivalenten pro Bewohner vollstationärer Dauerpflegeeinrichtungen im Ansatz 3



Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2017b, S. 8 und 2018b, S. 14f.)

5 Fazit

Insgesamt haben die Berechnungen gezeigt, dass die Zahl der Pflegekräfte bzw. der überwiegend in Pflege und Betreuung eingesetzten Personen gemessen in Vollzeitäquivalenten in einem Zweijahreszeitraum, der die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die damit verbundene Umstellung der Pflegeschlüssel umfasst, erkennbar gestiegen ist.

Allerdings ist dieser Effekt nicht ganz einfach zu quantifizieren. Um verschiedene Effekte berücksichtigen zu können, wurden vorstehend drei verschiedene Ansätze verfolgt:

- Ansatz 1(b) hat anhand der im Juli 2016 und Mai 2018 geltenden Pflegeschlüssel auf Landesebene untersucht, wie sich die in Vollzeitäquivalenten gemessene Zahl der Pflegekräfte für ein Heim mit 100 Bewohnern und durchschnittlicher Bewohnerstruktur verändert hat. Auf Bundesebene zeigt sich dabei eine Zuwachsrate von 6,2 % (Abbildung 7). Wird der für Mai

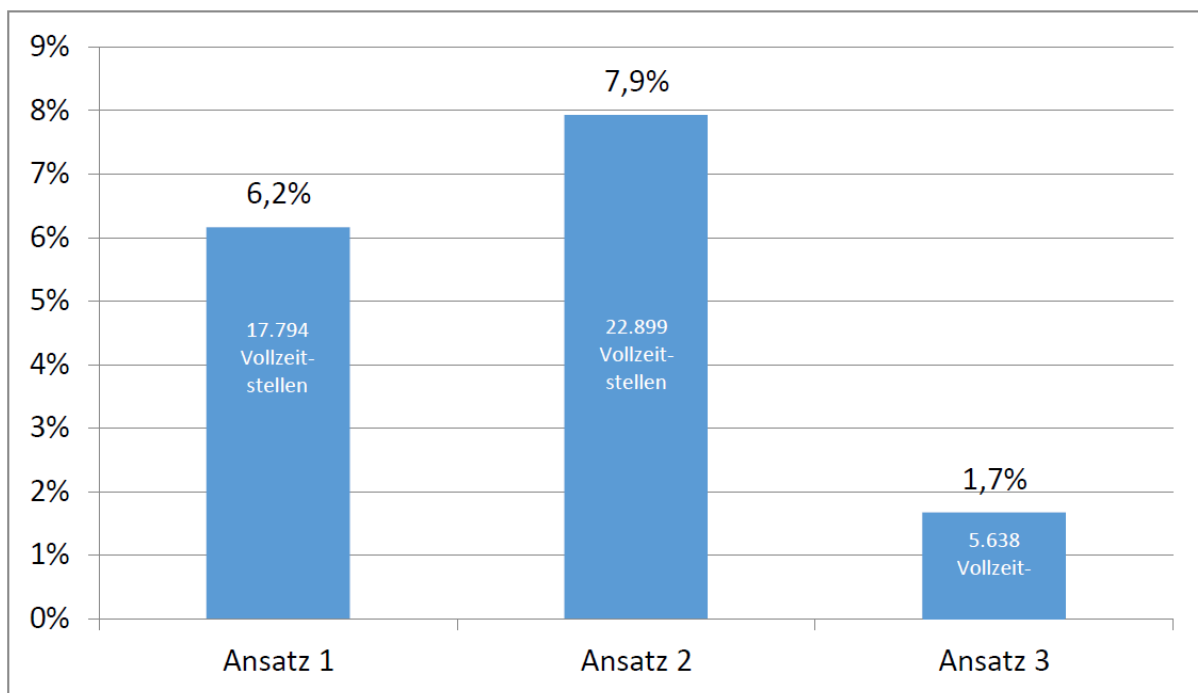
2016 errechnete durchschnittliche Pflegeschlüssel von 37,42 (Ansatz 1b) auf die zugrunde gelegten 771.215 Bewohner (Tabelle 1) angewandt, ergibt sich eine rechnerische Personalausstattung von 288.558 Vollzeitbeschäftigten. Bezogen auf diese Zahl entspricht eine Erhöhung um 6,2 % einer Personalmehrung von 17.794 Stellen. Im hier betrachteten Zweijahreszeitraum haben sich die Stellenschlüssel demnach so verändert, dass damit bei je durchschnittlicher Bewohnerstruktur – gemessen in Pflegestufen bzw. Pflegegraden – insgesamt eine Pflegepersonal ausweitung im Umfang von knapp 18 Tausend Vollzeitäquivalenten ermöglicht wird.

- Ansatz 2 diente dazu zu berücksichtigen, dass sich die Bewohnerstruktur zwischen diesen zwei Zeitpunkten womöglich unterschieden hat. Daher wurden die Berechnungen für die Bewohnerstruktur im Dezember 2015 durchgeführt, die – um die Schlüssel für 2018 nutzen zu können – anhand der Überleitungsregeln des § 140 SGB XI auf Pflegegrade umgerechnet wurde. Hierbei ergab sich eine Verbesserung der Personalausstattung für ein Durchschnittsheim von 7,9 % (Abbildung 7). Gerechnet in Vollzeitäquivalenten entspricht dies – wiederum unter Zugrundelegung eines durchschnittliche Pflegeschlüssels von 37,42 (Ansatz 1b) und 771.215 Bewohnern (Tabelle 1) – einem Personalvolumen von 22.899 Vollzeitstellen. Die höhere Zuwachsrate ist dabei insbesondere darauf zurückzuführen, dass die Überleitungsregeln sehr großzügig sind und daher zu einem, im Vergleich zu einer Neubegutachtung, „zu hohen“ Pflegegradmix führen. Unter Berücksichtigung dieses Effektes bestätigt Ansatz 2 letztlich die Ergebnisse von Ansatz 1 und liefert keine Indizien dafür, dass die Verbesserung der Versorgungsrelationen auf ein höheres Ausmaß der Pflegebedürftigkeit zurückgeführt werden kann.
- Ansatz 3 bezieht sich nicht mehr auf Pflegeschlüssel, sondern auf das tatsächlich eingesetzte Pflegepersonal. Aufgrund von Unschärfen in den Daten sind die absoluten Zahlen zwar weniger verlässlich, die Entwicklung ist hingegen gut ablesbar. Demnach sind die tatsächlichen Beschäftigtenzahlen für überwiegend in Pflege und Betreuung eingesetztes Personal im Zweijahreszeitraum von Dezember 2015 bis Dezember 2017 um 1,7 % gestiegen (Abbildung 7). Wiederum bezogen auf die Bewohnerzahl von 771.215 entspricht dies – bei der in Ansatz 3 ausgewiesenen höheren Personalintensität pro Bewohner – insgesamt 5.638 Vollzeitstellen. Allein um die Betreuungsrelation aufrechtzuerhalten, musste das Personalvolumen in Pflegeheimen bereits steigen. Darüber hinaus ergibt diese Berechnung aber eine Personalmehrung in der Pflege im Umfang von knapp 5 Tausend Vollzeitäquivalenten, die eine Verbesserung der Betreuungsrelationen geführt haben.

Demnach haben sich die Pflegeschlüssel stärker verbessert als die tatsächliche Personalausstattung der Heime mit Pflegekräften. Angesichts des bekannten Pflegekräftemangels und der hohen Zahl offener Stellen, ist auch das ein sehr plausibles Ergebnis: Der tatsächliche Personalaufwuchs in Einrichtungen ist zwar erkennbar, bleibt aber hinter dem Aufwuchs zurück, der durch Anpassung der Stellenschlüssel möglich wäre.

Für die Pflegepolitik ergibt sich daraus eine wichtige Implikation: Die alleinige Anhebung von Stellenschlüsseln führt – insbesondere kurzfristig – nicht zu einer entsprechenden Verbesserung der Versorgungssituation, wenn sie nicht durch Maßnahmen flankiert wird, die gleichzeitig das Angebot an Pflegekräften erhöhen. Nur im Verbund von höheren Stellenschlüsseln und anderen Maßnahmen, die die Attraktivität des Berufs erhöhen, kann ein Ausbau der Personalkegel in Pflegeeinrichtungen gelingen.

Abbildung 7: Zuwachs der Pflegekräfte für ein Durchschnittsheim im Zwei-Jahreszeitraum von 2016 bis 2018



6 Literatur

- Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Frauen Thüringen (2015). Einführung eines verbindlichen Pflegeschlüssels in der stationären Altenpflege. Verfügbar unter:
https://www.asf-thueringen.de/dl/Antrag_ASF_Pflegeschluessel.pdf [letzter Zugriff am 24.02.2018].
- Bayerischer Landtag (2018). Antwort des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 27.11.2017 auf eine schriftliche Anfrage vom 13.10.2017. Drucksache 17/19249. Verfügbar unter:
http://www1.bayern.landtag.de/www/ElanTextAblage_WP17/Drucksachen/Schriftliche%20Anfragen/17_0019249.pdf [letzter Zugriff am 27.02.2018].
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2015). Vollzug des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (Vollzug des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG) sowie der hierzu erlassenen Rechtsverordnung (AVR'leWOqG). Verfügbar unter:
https://www.schwan-partner.de/fileadmin/Redaktion_uploads/SMIN-SDR-1115061015270.pdf [letzter Zugriff am 22.02.2018].
- Bremische Bürgerschaft (2017). Antwort des Senats auf die Große Anfrage der Fraktion der CDU. Verfolgt Bremen den richtigen Ansatz im Umgang mit Menschen mit Demenz? Drucksache 19/1075. Verfügbar unter:
https://www.bremische-buergerschaft.de/drs_abo/2017-05-24_Drs-19-1075_cc714.pdf [letzter Zugriff am 24.02.2018].
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) (2010). Inhalt der rahmenvertraglichen Regelungen zum Pflegepersonal der einzelnen Länder. Verfügbar unter:
https://www.bagues.de/spur-download/sht/04_10an3.pdf [letzter Zugriff am 24.02.2018].
- Deutscher Bundestag (2016): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau), Nicole Gohlke, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Drucksache 18/7536. Personalbemessung in der stationären und ambulanten Altenpflege. Verfügbar unter:
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/079/1807911.pdf> [letzter Zugriff am 22.02.2018].
- Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern (2016). Schiedsstelle nach § 76 SGB XI. Aktenzeichen: 05/14 SGB XI SchSt. Verfügbar unter:
http://www.ksv-mv.de/fileadmin/download/Sozialhilfe/Vertragliche_Grundlagen/Schiedsspruch_25.11.2015_komplett.pdf [letzter Zugriff am 24.02.2018].
- Landesverbände der Pflegekassen Sachsen-Anhalt (2018). Antrag auf Aktualisierung des bestehenden Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI für vollstationäre Pflege. Verfügbar unter:
https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/san/pflege/stationaer/aktualisierung_verhandlung_vollstationaer.pdf [letzter Zugriff am 27.02.2018].
- Rahmenvertrag Baden-Württemberg (2002) [=Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg]. Fassung vom 09.07.2002, bestätigt durch Festsetzung der SGB XI-Schiedsstelle vom 11.09.2002 sowie ergänzt durch Beschluss vom 12.09.2002. Verfügbar unter:
https://www.vdek.com/LVen/BAW/Service/Pflegeversicherung/Stat_Pflege/_jcr_content/par/download/file.res/vp_rahmenvertrag_bw.pdf [letzter Zugriff am 22.02.2018].
- Rahmenvertrag Berlin (2011) [=Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI zur vollstationären Pflege im Land Berlin]. Verfügbar unter:
https://www.aok-berlin.de/fileadmin/user_upload/Service/Pflegeversicherung/Stat_Pflege/_jcr_content/par/download/file.res/vp_rahmenvertrag_berlin.pdf [letzter Zugriff am 22.02.2018].

- gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bln/pflege/stationaer/bln_pflege_rv_vollstat_011011.pdf [letzter Zugriff am 27.02.2018].
- Rahmenvertrag Berlin (2016) [=Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 und 2 zur vollstationären Pflege im Land Berlin]. 1. Ergänzungsvereinbarung. Verfügbar unter:
https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bln/pflege/stationaer/ergaenzungsvereinbarung_vollstat.pdf [letzter Zugriff am 24.02.2018].
- Rahmenvertrag Brandenburg (2015) [=Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur Sicherstellung der vollstationären Pflege im Land Brandenburg]. Anlage 1: Personalbemessung im Land Brandenburg ab 01.01.2016. Verfügbar unter:
https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/brb/pflege/stationaer/anlage_1_personalrichtwl_01012016_u.pdf [letzter Zugriff am 24.02.2018].
- Rahmenvertrag Brandenburg (2016) [=Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur Sicherstellung der vollstationären Pflege im Land Brandenburg]. Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag vom vom 26.05.2016. Verfügbar unter:
https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bln/pflege/stationaer/ergaenzungsvereinbarung_vollstat.pdf [letzter Zugriff am 24.02.2018].
- Rahmenvertrag Hamburg (2009) [=Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gem. § 75 SGB XI für die Freie und Hansestadt Hamburg]. Verfügbar unter:
<https://www.hamburg.de/contentblob/1666286/0a2e9dd7aa2aaa38998f7c86be6fc70d/data/rv-vollstationaere-pflege.pdf> [letzter Zugriff am 24.02.2018].
- Rahmenvertrag Hamburg (2016) [=Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gem. § 75 SGB XI für die Freie und Hansestadt Hamburg]. Verfügbar unter:
https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Qualitaet/Gesetze/_75_SGB_XI/RV_VS_Hamburg_01Januar2017.pdf [letzter Zugriff am 24.02.2018].
- Rahmenvertrag Hessen (2009) [=Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Hessen]. Verfügbar unter:
<https://www.biva.de/dokumente/gesetze/Landesrahmenvertrag-VS-HE.pdf> [letzter Zugriff am 24.02.2018].
- Rahmenvertrag Hessen (2017) [=Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Hessen]. Verfügbar unter:
https://www.vdab.de/fileadmin/Daten/Laender/Hessen/Unterlagen-und-Gruendung/SGB_XI_stat/Endfassung_RV_75_Stationaer_mit_Unterschrift.pdf [letzter Zugriff am 24.02.2018].
- Rahmenvertrag Niedersachsen (2009) [=Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 i. V. m. Abs. 2 SGB XI zur vollstationären Pflege im Land Niedersachsen]. Verfügbar unter:
https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Qualitaet/Gesetze/_75_SGB_XI/RV_VS_Niedersachsen_01August2009.pdf [letzter Zugriff am 24.02.2018].
- Rahmenvertrag Sachsen (2012) [=Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege im Freistaat Sachsen]. Verfügbar unter:
<https://lvhs-sachsen.de/vertraege/vertrag/SGBXI-stat/RV-2012.pdf> [letzter Zugriff am 24.02.2018].
- Rahmenvertrag Schleswig-Holstein (2016) [=Vertrag zur Änderung des Rahmenvertrages über die vollstationäre pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Schleswig-Holstein]. Verfügbar unter:

- https://www.vdek.com/LVen/SHS/Vertragspartner/Pflegeversicherung61806/stationaere-pflege/_jcr_content/par/download_16/file.res/Vollstation%c3%a4rer%20Rahmenvertrag%20%c3%84nderung%201.1.2017.pdf [letzter Zugriff am 24.02.2018].
- Rothgang, Heinz / Fünfstück, Mathias / Neubert, Lydia / Czwikla, Jonas / Hasseler, Martina (2015): Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 13. GKV-Spitzenverband: Berlin
- Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas / Müller, Rolf / Runte, Rebecca / Unger, Rainer (2016a): BARMER GEK Pflegereport 2016. Siegburg: Asgard.
- Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas / Grabow, Jan / Tybussek, Kai / Richter, Jochen (2016b): Die Altenhilfe im Wandel – Curacon-Studie 2016. Münster: Curacon.
- Saarländische Pflegegesellschaft (2011). Personalausstattung in Pflegeheimen. Verfügbar unter: <https://www.saarlaendische-pflegegesellschaft.de/zahlen-daten-fakten/personalausstattung-in-pflegeheimen.html> [letzter Zugriff am 27.02.2018].
- Schiedsstelle für Pflegesatzangelegenheiten gemäß § 80 SGB XII und § 76 SGB XI beim Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein (2005). Entscheidung in der Schiedssache Az.: VIII SchS 448.222081-00052. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/LVen/SHS/Vertragspartner/Pflegeversicherung61806/stationaere-pflege/_jcr_content/par/download_3/file.res/Vollstation%c3%a4r%20Rahmenvertrag%20Schiedsspruch%2007.12.2005.pdf [letzter Zugriff am 24.02.2018].
- Schiedsstelle nach § 76 SGB XI für Rheinland-Pfalz (2014). Verfügbar unter: https://www.vdek.com/LVen/RLP/Vertragspartner/Pflege/Vollstationaere_Pflege/_jcr_content/par/download/file.res/2014_10_13_Rahmen_Schiedsspruch.pdf [letzter Zugriff am 24.02.2018].
- Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales (2016). Rundschreiben Pflege Nr. 01/2016 über Umsetzung des Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II und PSG III) in der Hilfe zur Pflege zum 01.01.2017. Verfügbar unter: https://www.berlin.de/sen/soziales/themen/berliner-sozialrecht/kategorie/rundschreiben/2016_01pflege-572055.php [letzter Zugriff am 24.02.2018].
- Statistisches Bundesamt (2017a): Dokumentationsbogen A-807 zur Pflegestatistik. Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) am 15.12.2017.
- Statistisches Bundesamt (2017b): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich - Pflegeheime.
- Statistisches Bundesamt (2018a): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.
- Statistisches Bundesamt (2018b): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegeheime.
- Verband Deutscher Alten und Behindertenhilfe e.V. (2017). Schiedsspruch zu Abschnitt III des Rahmenvertrags gem. § 75 Abs. 1 SGB XI für die vollstationäre Pflege in Baden-Württemberg. Verfügbar unter: https://www.vdab.de/fileadmin/Daten/Laender/Baden-Wuerttemberg/Unterlagen-und-Gruendung/20170223_Schiedsspruch_Abschnitt_III_Rahmenvertrag_Baden_Wuerttemberg_stationaer.pdf [letzter Zugriff am 28.02.2018].
- Vincentz Network (2017). Überleitung der Personalmenge. Nordrhein-Westfalen: Personalschlüssel werden angepasst. In: CAREkonkret. Ausgabe 17. 28.04.2017. Verfügbar unter: <https://www.rosenbaum->

nagy.de/files/downloads/EigeneArtikel/04.2017CareKonkret_Tillmann_Sloane.pdf [letzter Zugriff am 27.02.2018].

Vincentz Network (2018). Pflegepersonalschlüsse in Niedersachsen. In: CARE Invest. 6/18. Verfügbar unter:

<https://www.lueders->

[warneboldt.de/fileadmin/Aktuelles/CareInvest_06_2018Beitrag2_LWP.pdf](https://www.lueders-warneboldt.de/fileadmin/Aktuelles/CareInvest_06_2018Beitrag2_LWP.pdf) [letzter Zugriff am 27.02.2018].

Wipp-Care (2017). Pflegekennzahlen, Pflegeschlüssel und Personalschlüssel. Verfügbar unter:

<https://www.michael-wipp.de/fachbeitraege/pflegekennzahlen/> [letzter Zugriff am 27.02.2018].

7 Anhänge

7.1 Anhang 1: Aufstellung des bpa über die Pflegeschlüssel am 11.07.2016

7.2 Anhang 2: Aufstellung des bpa über die Pflegeschlüssel am 07.05.2018

7.3 Anhang 3: Verwendete Pflegeschlüssel 2016

7.4 Anhang 4: Verwendete Pflegeschlüssel 2018

7.5 Anhang 5: Erläuterungen zu den verwendeten Pflegeschlüsseln

Anhang 1: Aufstellung des bpa über die Pflegeschlüssel am 11.07.2016

Land	Korridor	PS 0	PS I	PS II	PS III	PDL	QMB	SD
BW	Mittelwert	7,06	3,55	2,53	1,87			
	höchster	4,47	3,13	2,23	1,65			
	niedrigster	9,64	3,96	2,83	2,08			
BY	Mittelwert	6,05	2,85	2,18	1,90			
	höchster	5,40	2,70	2,10	1,90			
	niedrigster	6,70	3,00	2,25	1,90			
BE		8,01	4,01	2,50	1,97	1,00	0,67	
BB		-	4,91	3,04	2,08			
HB	Mittelwert	6,54	3,93	2,45	1,96			
	höchster	6,28	3,77	2,35	1,88			
	niedrigster	6,79	4,08	2,55	2,04			
HH		12,5	4,10	2,40	1,70			
HE		5,10	3,53	2,52	1,96			
MV	Mittelwert	-	4,39	3,01	2,04			
	höchster	-	4,07	2,64	1,83			
	niedrigster	-	4,71	3,38	2,24			
NI	Mittelwert	13,33	4,08	2,72	2,01	1,00		
	höchster	12,16	3,65	2,43	1,82	1,00		
	niedrigster	14,50	4,50	3,00	2,20	1,00		
NRW		8,00	4,00	2,50	1,80			
RP		8,60	4,20	2,80	1,80	2,00		
SL		6,00	3,20	2,65	2,05			
SN	Mittelwert	-	3,90	2,60	1,75			1,84
	höchster	-	3,30	2,30	1,60			1,67
	niedrigster	-	4,50	2,90	1,90			2,00
ST	Mittelwert	-	4,08	2,72	2,01			
	höchster	-	3,65	2,43	1,82			
	niedrigster	-	4,50	3,00	2,20			
SH ¹²	Mittelwert	10,50	5,03	3,53	2,54	1,00	0,50	
	höchster	9,00	4,05	3,05	2,28	1,00	0,50	
	niedrigster	12,00	6,00	4,00	2,80	1,00	0,50	
TH		2,83	2,83	2,83	2,83			

Anmerkung: PDL = Pflegedienstleitung, QMB= Qualitätsmanagementbeauftragte; SD = Sozialdienst/Betreuung.
Für Berlin weist der bpa zudem einen Sonderschlüssel von umgerechnet 0,67 aus, der hier nicht weiter berücksichtigt wird.

¹² Zusätzlicher Sonderschlüssel in Höhe von 6,29 Vollzeitkräften für Nachtdienste.

Anhang 2: Aufstellung des bpa über die Pflegeschlüssel am 07.05.2018

Land	mit Korridor	Pflegrade					Sonderschlüssel				
		PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	PDL	QMB ¹³	SD ¹⁴	Betreu- ung	PSG II
BW ¹⁵	Mittelwert	5,29	4,13	2,87	2,23	2,02	0,50	1,25			
	höchster	4,47	3,49	2,47	1,90	1,72	1,00	2,50			
	niedrigster	6,11	4,76	3,26	2,55	2,32	0,00	0,00			
BY		6,70	3,71	2,60	1,99	1,79					
BE		7,25	3,90	2,80	2,20	1,80	1,00	0,67			
BB		4,21	3,28	2,89	2,25	1,76	1,00				
HB	Mittelwert	6,27	4,89	2,98	2,12	1,88					
	höchster	6,21	4,84	2,95	2,10	1,86					
	niedrigster	6,33	4,94	3,01	2,14	1,90					
HH		13,40	4,60	2,80	1,99	1,77					
HE		5,57	3,90	2,60	2,05	1,86					
		5,74	4,02	2,68	2,12	1,91					
MV	Mittelwert	5,20	4,12	3,11	2,47	2,25					
	Forderung LE	6,08	3,59	2,40	1,76	1,76					
	Forderung LE	8,05	4,52	3,41	2,71	2,48					
	Angebot KT	4,71	3,72	2,80	2,22	2,02					
NI	Mittelwert	5,55	4,00	2,80	2,12	1,91	1,00				
	höchster	4,60	3,70	2,59	1,96	1,76	1,00				
NRW	niedrigster	6,50	4,29	3,00	2,27	2,05	1,00				
		8,00	4,66	3,05	2,24	2,00					2,55
RP		8,60	4,24	3,40	2,65	1,80	1,00	0,90		2,00	
SL		2,87	2,87	2,87	2,87	2,87	1,00				
SN	Mittelwert	8,00	4,35	2,80	2,10	1,95	1,25			2,86	
	höchster	8,40	4,57	2,94	2,21	2,05				2,72	
	niedrigster	7,60	4,13	2,66	2,00	1,85				3,01	
ST	Mittelwert		4,09	3,02	2,36	1,96					1,00
	höchster		3,67	2,70	2,11	1,82					1,00
	niedrigster		4,50	3,34	2,61	2,10					1,00
SH ¹⁶	Mittelwert	6,34	4,94	3,64	2,84	2,56	1,00	0,50			
	höchster	5,71	4,46	3,28	2,56	2,31	1,00	0,50			
	niedrigster	6,96	5,43	3,99	3,12	2,81	1,00	0,50			
TH		2,6	2,6	2,6	2,6	2,6					

¹³ Qualitätsmanagementbeauftragte.

¹⁴ Sozialdienst. Für Berlin weist der bpa zudem einen Sonderschlüssel von umgerechnet 0,67 aus, der hier nicht weiter berücksichtigt wird

¹⁵ Zusätzlicher Sonderschlüssel in Höhe von 0,88 Vollzeitkräften (Maximal: 1,25, Minimal: 0,5) für „Qualität“.

¹⁶ Zusätzlicher Sonderschlüssel in Höhe von 6,29 Vollzeitkräften für Nachtdienste.

Anhang 3: Verwendete Pflegeschlüssel 2016

Land	Korridor	PS 0	PS I	PS II	PS III	Sonderpersonalschlüssel	Datum
BW	MW	7,06	3,55	2,53	1,87	PDL Qualität	1,00 1,25 01.01.2003
	höchster	4,47	3,13	2,23	1,65		
	niedrigster	9,64	3,96	2,83	2,08		
BY		6,7	3	2,25	1,9		01.01.2016
BE		7,25	4,01	2,5	1,97	PDL QM	1,00 0,67 01.01.2011
BB		-	3,93	2,83	1,96	PDL	1,00 01.01.2016
HB	MW	6,54	3,93	2,45	1,96		01.01.2004
	höchster	6,28	3,77	2,35	1,88		
	niedrigster	6,79	4,08	2,55	2,04		
HH	MW	12,55	4,14	2,44	1,73	PDL	1,00 17.11.2009
	höchster	12,31	4,06	2,39	1,69		
	niedrigster	12,79	4,22	2,48	1,76		
HE		4,86	3,4	2,42	1,89		01.05.2009
MV	MW	-	4,19	2,89	2,02	PDL	1,67 01.07.2009
	höchster	-	3,87	2,52	1,82		
	niedrigster	-	4,51	3,26	2,22		
NI	MW	13,33	4,08	2,72	2,01	PDL	1,00 01.01.2009
	höchster	12,16	3,65	2,43	1,82		
	niedrigster	14,5	4,5	3	2,2		
NRW		8	4	2,5	1,8		01.10.1999
RP		7	3,8	2,65	1,8	PDL	1,00 01.01.2016
SL		7,6	3,66	2,65	2,05	PDL	1,00 01.01.2011
SN	MW	-	3,9	2,6	1,75	Sozialdienst/Betreuung	1,84 01.06.2012
	höchster	-	3,3	2,3	1,6		
	niedrigster	-	4,5	2,9	1,9		
ST	MW	-	4,08	2,72	2,01		23.04.2004
	höchster	-	3,65	2,43	1,82		
	niedrigster	-	4,5	3	2,2		
SH	MW	10,50	5,03	3,53	2,54	PDL Qualität Nachdienst	1,00 0,50 6,29 01.07.1996
	höchster	9	4,05	3,05	2,28		
	niedrigster	12	6	4	2,8		
TH		2,83	2,83	2,83	2,83		2005

Anhang 4: Verwendete Pflegeschlüssel 2018

Land	Korridor	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	Sonderpersonalschlüssel		Datum
BW	MW	5,29	4,13	2,87	2,23	2,02	PDL Qualität	1,00 2,5	01.03.2017
	höchster	4,47	3,49	2,47	1,9	1,72			
	niedrigster	6,11	4,76	3,26	2,55	2,32			
BY		6,7	3,71	2,6	1,98	1,79			01.10.2017
BE		7,25	3,9	2,8	2,2	1,8	Qualität	0,67	01.01.2017
BB		4,21	3,28	2,89	2,25	1,76	PDL	1	01.07.2017
HB	MW	6,27	4,89	2,98	2,12	1,88			01.01.2017
	höchster	6,21	4,84	2,95	2,1	1,86			
	niedrigster	6,33	4,94	3,01	2,14	1,9			
HH		13,4	4,6	2,8	1,99	1,77	PDL	1	01.01.2017
HE		5,57	3,9	2,6	2,05	1,86			01.07.2018
MV	MW	5,20	4,12	3,11	2,47	2,25	PDL	1,67	01.01.2017
	Vorschläge KT	4,71	3,72	2,8	2,22	2,02			
	Vorschläge KT	5,68	4,52	3,42	2,71	2,48			
	Vorschläge LE	6,92	3,87	2,52	1,82	1,82			
	Vorschläge LE	8,05	4,52	3,41	2,71	2,48			
NI		6,5	4,29	3	2,25	2,05	PDL	1	01.01.2019
NRW		8	4,66	3,05	2,24	2	Sonderschlüssel PSG II	2,55	01.01.2017
RP		8,6	4,24	3,4	2,65	1,8	PDL Qualität Betreuung	1 0,9 2	01.01.2017
SL		2,87	2,87	2,87	2,87	2,87	PDL	1	01.01.2017
SN	MW	8,0	4,4	2,8	2,1	2,0	PDL Sozialdienst/Betreuung	1,25 2,86	01.01.2017
	höchster	7,6	4,13	2,66	2	1,85			
	niedrigster	8,4	4,57	2,94	2,21	2,05			
ST	MW		4,09	3,02	2,36	1,96	Sonderschlüssel PSG II	1	01.01.2017
	höchster		3,67	2,7	2,11	1,82			
	niedrigster		4,5	3,34	2,61	2,1			
SH	MW	6,34	4,94	3,64	2,84	2,56	PDL QM Nachtdienst	1 0,57 0,67	01.01.2017
	höchster	5,71	4,46	3,28	2,56	2,31			
	niedrigster	6,96	5,43	3,99	3,12	2,81			
TH		2,6	2,6	2,6	2,6	2,6			01.01.2017

Anhang 5: Erläuterungen zu den verwendeten Pflegeschlüsseln

Vom Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste wurde eine Zusammenstellung der landes-spezifischen Pflegeschlüssel vor dem PSG II (Stand: 11.07.2016, s. Anhang 1) sowie nach dem PSG II (Stand: 07.05.2018, s. Anhang 2) zur Verfügung gestellt. Bei der Verifizierung dieser Werte traten jedoch Abweichungen auf, sodass für die in dieser Arbeit durchgeführten Berechnungen teilweise von der Zusammenstellung der bpa abgewichen wurde und stattdessen Pflegeschlüssel aus anderen Quellen verwendet wurden. Die für die Berechnungen im Rahmen dieser Studie herangezogenen Werte können im Anhang 4 eingesehen werden, während an dieser Stelle die Recherche und die Entscheidung zugunsten dieser Werte dokumentiert werden.

Verwendete Pflegeschlüssel 2016 vor Einführung des PSG II

Im Folgenden werden für jedes Bundesland die verwendeten Pflegeschlüssel sowie die Quelle angegeben. Dabei werden zunächst die Pflegeschlüssel vor Einführung des PSG II und anschließend die verwendeten Werte für die Situation nach dem PSG II erläutert. Die entsprechenden Quellen sind im Literaturverzeichnis hinterlegt.

Baden-Württemberg

Die vom bpa zur Verfügung gestellten Pflegeschlüssel für Baden-Württemberg entsprechen den Schlüsseln, die im [Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI vom 09.07.2002](#) festgelegt wurden und seitdem gelten. Zusätzlich wurden ein Sonderpersonalschlüssel für die Pflegedienstleitung in Höhe von einer Vollzeitkraft sowie für Qualitätsmanagement in Höhe von 1,25 Vollzeitkräften berücksichtigt, die seit dem 01.01. bzw. dem 01.04.2016 gelten (Wipp-Care 2017).

Bayern

Für die Personalschlüssel Bayerns gibt der bpa in seiner Aufstellung einen Korridor von Minimal- und Maximalwerten an. Zwischenzeitlich konnte durch Kontakt zum bpa jedoch geklärt werden, dass es sich hierbei um zwei Werte handelt, bei denen der eine für „normale“ Einrichtungen und der höhere für Einrichtungen mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt gilt. Nur der erstgenannte Wert wird daher Standardpersonalschlüssel herangezogen ist. Dass diese Werte maßgeblich sind, geht auch aus einem Dokument des [Bayrischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege \(2015\)](#) hervor.

Berlin

Die Werte für die Pflegeschlüssel I bis III in Berlin konnten mit dem [Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI zur vollstationären Pflege mit Stand vom 01.10.2011](#) validiert werden (Rahmenvertrag Berlin 2011). Ein abweichender Schlüssel wurde jedoch für die Pflegestufe 0 (7,25 statt 8,01) verwendet, der aus einem [Rundschreiben der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales](#) hervorgeht (2016). Der Sonderschlüssel für die Sozialarbeit in Höhe von 0,67 Vollzeitstellen bleibt bei den Berechnungen unberücksichtigt, da hier auf die Pflege fokussiert wird.

Brandenburg

Für Brandenburg wurden für die Pflegestufen I bis III abweichende Schlüssel verwendet, die aus dem [Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI mit Gültigkeit ab 01.01.2016](#) hervorgehen und damit als aktuell anzusehen sind. Außerdem wurde zusätzlich ein Sonderpersonalschlüssel für die Pflegedienstleitung in Höhe von einer Vollzeitkraft berücksichtigt (Rahmenvertrag Brandenburg 2015).

Bremen

Die Personalschlüssel für Bremen wurden durch eine [Antwort des Bremer Senats auf eine Große Anfrage der Fraktion der CDU vom 24.05.17](#) verifiziert. Tatsächlich existierten in Bremen bis zum PSG II insgesamt 21 unterschiedliche Pflegeschlüsselkorridore. Für die Berechnungen in dieser Studie wurden deshalb die maximalen Bandbreiten für jede Pflegestufe berücksichtigt und der sich daraus ergebende Mittelwert gebildet (Bremische Bürgerschaft 2017).

Hamburg

Die Personalschlüssel für Hamburg unterscheiden sich von den bpa-Werten dahingehend, als dass in der vorliegenden Studie die zweite Nachkommastelle resultierend aus dem [Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI vom 17.11.2009](#) berücksichtigt wurden. Darüber hinaus wurde eine zusätzliche Stelle für die Pflegedienstleitung in Höhe von einer Vollzeitkraft einbezogen (Rahmenvertrag Hamburg 2009).

Hessen

Die hessischen Pflegeschlüssel wurden basierend auf dem Personalanhaltswert von 3,4 für die Pflegestufe I in Kombination mit entsprechenden Äquivalenzziffern berechnet und unterscheiden sich von den Angaben des bpa. Die Werte wurden dem [Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI](#) entnommen (Rahmenvertrag Hessen 2009).

Mecklenburg-Vorpommern

Für die Personalschlüssel in Mecklenburg-Vorpommern wurde ein [Schiedsspruch der Schiedsstelle nach § 76 SGB XI vom 01.02.2016](#) berücksichtigt in dessen Zuge auch ein Sonderschlüssel in Höhe von 1:60 Vollzeitkräften (mindestens 0,75 Vollzeitkräfte) eingeführt wurde (Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern 2016). Dies entspricht 1,67 Vollzeitkräften bei einer Belegung von 100 Pflegebedürftigen.

Niedersachsen

Die vom bpa zur Verfügung gestellten Pflegeschlüssel für Niedersachsen konnten durch den [Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 i. V. m. Abs. 2 SGB XI](#) zur vollstationären Dauerpflege validiert werden, der zum 01.01.2009 in Kraft getreten ist (Rahmenvertrag Niedersachsen 2009).

Nordrhein-Westfalen

Die nordrhein-westfälischen Personalschlüssel vor dem PSG II galten seit dem 01.10.1999 und gehen aus einem Dokument der [Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe](#) hervor (BAGüS 2010).

Rheinland-Pfalz

Auch für Rheinland-Pfalz wurde ein [Schiedsspruch der Schiedsstelle nach § 76 SGB XI](#) berücksichtigt, der am 01.10.2014 festgelegt und am 01.01.2016 in Kraft getreten ist. Neben den verbesserten Personalschlüsseln wurde auf Basis dieses Schiedspruches ein Sonderschlüssel von einer Vollzeitstelle für die Pflegedienstleitung eingeführt, der bei den Berechnungen berücksichtigt wurde (Schiedsstelle nach § 76 SGB XI für Rheinland-Pfalz 2014).

Saarland

Für das Saarland wurden vom bpa abweichende Pflegeschlüssel für die Pflegestufe 0 und I verwendet, die ab dem 01.01.2011 gegolten haben und bis zum 31.12.2013 von allen Pflegeeinrichtungen erfüllt werden mussten ([Saarländische Pflegegesellschaft 2011](#)). Zusätzlich zu den validierten Pflegeschlüsseln wurde ein Sonderschlüssel in Höhe von einer Vollzeitkraft für die Pflegedienstleitung berücksichtigt ([Deutscher Bundestag 2016: 15](#)).

Sachsen

Die vom bpa zur Verfügung gestellten Pflegeschlüssel sowie der Sonderschlüssel für den Sozialdienst in Sachsen konnten durch den entsprechenden [Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI in der Fassung vom 01.06.2012](#) verifiziert werden (Rahmenvertrag Sachsen 2012).

Sachsen-Anhalt

Die Schlüssel Sachsen-Anhalts wurden durch eine [Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE zur Personalbemessung in der stationären und ambulanten Altenpflege vom 17.03.2016](#) validiert (Deutscher Bundestag 2016: 15).

Schleswig-Holstein

Die zu berücksichtigenden Personalschlüssel und Sonderschlüssel Schleswig-Holsteins wurden von der [Schiedsstelle für Pflegetsatzangelegenheiten gemäß § 80 SGB XII und § 76 SGB XI beim Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein](#) festgelegt und entsprechen den Angaben der bpa (Schiedsstelle für Pflegetsatzangelegenheiten gemäß § 80 SGB XII und § 76 SGB XI beim Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein 2005).

Thüringen

In Thüringen gibt es keine verbindlichen Pflegeschlüssel. Der bpa gibt für Thüringen einen pflegestufenunabhängigen Durchschnittswert von 2,83 an, der durch einen [Antrag der Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Frauen \(2015\)](#) sowie Wipp-Care (2017) verifiziert werden konnte.

Verwendete Pflegeschlüssel im Jahr 2018 nach Einführung des PSG II

Im Folgenden werden die verwendeten Pflegeschlüssel für die Abbildung der Situation nach zum Stichtag 07.05.2018 diskutiert.

Baden-Württemberg

Die maßgeblichen Personalschlüssel für die 2017 neu eingeführten Pflegegrade in Baden-Württemberg wurden durch einen Schiedsspruch der Schiedsstelle nach § 76 SGB XI am 23.02.2017 mit Wirkung zum 01.03.2017 festgelegt ([Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. 2017](#)). Diese Schlüssel stimmen mit denen vom bpa übermittelten Werten überein. Statt eines Mittelwertes bei den Sonderschlüsseln für die Pflegedienstleitung und Qualitätsmanagement wurden für die Berechnungen dieser Studie jedoch die Maximalwerte (1 Vollzeitstelle bzw. 2,5 Vollzeitstellen) verwendet, da diese maßgeblich für ein Durchschnittsheim mit 100 Betten sind (Wipp-Care 2017).

Bayern

Die vom bpa angegebenen Werte konnten durch [eine Antwort des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege auf die Frage einer Abgeordneten vom 21.11.2017](#) verifiziert werden (Bayerischer Landtag 2018).

Berlin

Die Umstellung der Personalschlüssel von Pflegestufen auf Pflegegrade erfolgte in Berlin durch eine [Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI](#) (Rahmenvertrag Berlin 2016). Mit dieser konnten die regulären Personalschlüssel sowie die Sonderpersonalschlüssel verifi-

ziert werden. Der Sonderschlüssel für den Sozialdienst in Höhe von 0,67 Vollzeitstellen werden bei den Berechnungen nicht berücksichtigt.

Brandenburg

Ebenso wie in Berlin wurde die Umstellung der Pflegeschlüssel auf Pflegegrade durch eine [Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI](#) festgehalten (Rahmenvertrag Brandenburg 2016), mit der die vom bpa übermittelten Schlüssel validiert werden konnten.

Bremen

Da derzeit in Bremen keine Vereinbarung auf Landesebene existiert, wird im Rahmen dieser Studie auf die Zahlen zurückgegriffen, die der bpa zur Verfügung gestellt hat. Dabei handelt es sich um einen Vorschlag der AG der Landesempfehlungskommission.

Hamburg

Die Personalschlüssel Hamburgs konnten durch den neuen [Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI](#) verifiziert werden. Aus diesem wurde außerdem ein Sonderschlüssel für eine Vollzeitkraft für die Pflegedienstleitung abgeleitet (Rahmenvertrag Hamburg 2016).

Hessen

Der Personalschlüssel für Hessen richtet sich nach einem Personalanhaltswert von 3,9 für den Pflegegrad 2 in Kombination mit entsprechenden Äquivalenzziffern. Die Werte entstammen dem [Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 15 SGB XI für das Land Hessen mit Wirkung am 01.07.2018](#) (Rahmenvertrag Hessen 2018). Der bpa hat in seiner Aufstellung etwas niedrigere Pflegeschlüssel errechnet und geht zudem von einem niedrigeren Durchschnittswert aus, dessen Zustandekommen nicht klar ist.

Mecklenburg-Vorpommern

Auch in Mecklenburg-Vorpommern kam es bisher zu keiner Einigung für Personalkorridore nach Pflegegraden. Der bpa gibt in seiner Aufstellung die Forderungen der Leistungserbringer sowie die Angebote der Kostenträger an. Da in Pflegesatzverhandlungen nur die von den Kostenträgern angebotenen Werte umgesetzt werden können, wird den Anmerkungen des bpa gefolgt und für praxisnahe Werte der Mittelwert der Angebote der Kostenträger zugrunde gelegt. Darüber hinaus wird ein Sonderschlüssel in Höhe von 1:60 Vollzeitkräften berücksichtigt, der bei einer Einrichtung mit 100 Betten 1,67 Stellen entspricht (Wipp-Care 2017).

Niedersachsen

Die vom bpa angegebenen Werte für Niedersachsen stellen ein Angebot der Kostenträger dar, das zu einem früheren Zeitpunkt, zu dem noch kein geeinter Rahmenvertrag existierte, unterbreitet worden war. Wipp-Care führt auf seiner Homepage nicht vertraglich vereinbarte „Überleitungspflegeschlüssel“ für die Zeit nach Einführung der Pflegegrade auf. In der Zwischenzeit wurden jedoch zum 01.01.2019 neue Mindestmengen gemäß § 75 SGB XI vereinbart ([Vincentz Network 2018](#)). Diese neu beschlossenen Personalschlüssel liegen damit außerhalb des von uns berücksichtigten Zeitraumes. Dennoch werden im Rahmen dieser Studie die neuen Mindestmengen berücksichtigt, da diese tatsächliche Werte darstellen, während die Angaben des bpa lediglich Angebote in einem Verhandlungsprozess sind, die als beste Schätzung zum Verhandlungsergebnis anzusehen sind. Diese können jetzt aber durch das tatsächliche Verhandlungsergebnis ersetzt werden. Der vom bpa angegebene Sonderschlüssel in Höhe von einer Vollzeitstelle für die Pflegedienstleitung wird übernommen, eine Verifizierung dieses Wertes war nicht möglich.

Nordrhein-Westfalen

Neue Personalschlüssel für Nordrhein-Westfalen wurden am 16.03.2017 vom Grundsatzausschuss zur Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege in Nordrhein-Westfalen beschlossen ([Vincentz Network 2017](#)). Diese entsprechen den Werten der bpa-Aufstellung. Der Sonderschlüssel in Höhe von 2,55 Vollzeitkräften konnte indes nicht validiert werden, wird aber bei den Berechnungen berücksichtigt.

Rheinland-Pfalz

Die Recherche zur Validierung der Werte für Rheinland-Pfalz blieb leider erfolglos. Aus diesem Grund werden die Werte des bpa übernommen.

Saarland

Im Saarland existieren derzeit keine landeseinheitlichen Schlüssel. Nach Auskunft des bpa ist der Personalkörper auf Basis des 1. Quartals 2016 „festgefroren“. Stattdessen wird ein individueller Personalschlüssel angewendet, der stark davon abhängt, wie die Verteilung der Pflegestufen vor der Umstellung war. Der bpa hält daher den angegebenen Durchschnittswert für wenig repräsentativ. Mangels Alternativen wird im Rahmen dieser Studie jedoch auf diesen Wert zurückgegriffen.

Sachsen

Auch in Sachsen kam es bisher nicht zu einer Vereinbarung eines landeseinheitlichen Schlüssels. Der bpa gibt in seiner Aufstellung die „beabsichtigten“ Richtwerte inklusive der Toleranzbereiche an, die in einem neuen Rahmenvertrag vereinbart werden sollen. Für die Berechnungen dieser Studie werden daher diese Werte herangezogen.

Sachsen-Anhalt

Die neuen Personalrichtwerte für Sachsen-Anhalt konnten durch ein [Antragsformular der Landesverbände der Pflegekassen Sachsen-Anhalt auf Aktualisierung des bestehenden Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI für vollstationäre Pflege](#), das diese Werte aufgelistet, verifiziert werden (Landesverbände der Pflegekassen Sachsen-Anhalt 2018). Der vom bpa angegebene Sonderschlüssel in Höhe von einer Vollzeitkraft konnte nicht validiert werden, wird jedoch bei den Berechnungen berücksichtigt.

Schleswig-Holstein

Die aktuellen Personalschlüssel sowie die Sonderschlüssel Schleswig-Holsteins wurden durch eine [Änderung des Rahmenvertrages gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI mit Wirkung vom 01.01.2017](#) verifiziert (Rahmenvertrag Schleswig-Holstein 2016). Bei den Berechnungen bleiben jedoch die Personalstellen für Nachtwachen in Höhe von 6,29 Vollzeitkräften unberücksichtigt.

Thüringen

Auch Thüringen verfügt über keinen landeseinheitlichen Personalschlüssel. Die Einrichtungen haben nach Aussage des bpa die Möglichkeit ihren individuellen Schlüssel durch zusätzliche PSG II-Kräfte auf bis zu 2,6 zu verbessern. Dieser Wert wird daher jeweils für die Pflegegrade 1 bis 5 herangezogen.

**Festlegungen des GKV–Spitzenverbandes
nach § 8 Absatz 6 SGB XI
zur Finanzierung von Vergütungszuschlägen für zusätzliche Pflegestellen
in vollstationären Pflegeeinrichtungen
(Vergütungszuschlags–Festlegungen)**

vom
04.02.2019

Der GKV–Spitzenverband¹ hat im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen

auf Grundlage des § 8 Absatz 6 SGB XI²

am 04.02.2019 die nachfolgenden Bestimmungen festgelegt. Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Festlegungen am 27.02.2019 genehmigt.

¹ Der GKV–Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI

² Sofern nicht anders verwiesen, handelt es sich im Folgenden um die Vorschriften in der ab 01.01.2019 gültigen Fassung des SGB XI

Inhalt

Präambel.....	3
1. Geltungsbereich.....	3
2. Voraussetzungen für die Antragstellung.....	3
3. Antragstellung	4
4. Anspruch	6
5. Höhe des Vergütungszuschlags	6
6. Entscheidung über den Antrag	7
7. Auszahlung des Vergütungszuschlags	7
8. Nachweisverfahren	8
9. Gemeinsame Servicestelle der Pflegekassen.....	8
10. Berichtswesen der Pflegekassen	8
11. Inkrafttreten	9

Präambel

Mit dem am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen Pflegepersonal-Stärkungsgesetz wurden verschiedene Maßnahmen zur Entlastung und Stärkung des Pflegepersonals in ambulanten und stationären Einrichtungen geschaffen. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sollen mit insgesamt rund 13.000 zusätzlichen Pflegestellen im Rahmen eines Sofortprogramms bei ihrer Leistungserbringung unterstützt werden, ohne dass dies mit einer finanziellen Belastung der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen verbunden ist. Die Vergütungszuschläge werden pauschal aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung und durch die private Pflege-Pflichtversicherung finanziert; die Mittel werden dem Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt.

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Finanzierung zusätzlicher Pflegestellen nach § 8 Absatz 6 SGB XI. Der Anspruch auf einen Vergütungszuschlag ist je nach Einrichtungsgröße gestaffelt (von 0,5 bis 2,0 Pflegestellen). Voraussetzung für die Gewährung des Vergütungszuschlags ist, dass die Pflegeeinrichtung über neu eingestelltes oder über Stellenaufstockung erweitertes Pflegepersonal verfügt, das über das Personal hinausgeht, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 SGB XI vorzuhalten hat. Das zusätzliche Pflegepersonal muss zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen vorgesehen sein, und es muss sich bei dem Personal um Pflegefachkräfte handeln. Nur für den Fall, dass die vollstationäre Pflegeeinrichtung nachweist, dass es ihr in einem Zeitraum von über vier Monaten nicht gelungen ist, geeignete Pflegefachkräfte einzustellen, kann sie ausnahmsweise auch für die Beschäftigung von zusätzlichen Pflegehilfskräften, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, einen Vergütungszuschlag erhalten. Die Auszahlung an die einzelne Pflegeeinrichtung erfolgt jeweils zum 15. des laufenden Monats einheitlich über eine Pflegekasse.

Die vorliegenden Festlegungen regeln das Nähere für die Antragstellung, das Nachweisverfahren sowie das Zahlungsverfahren.

1. Geltungsbereich

Die Festlegungen gelten für die Pflegekassen und die Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen, einschließlich der Einrichtungen für Kurzzeitpflege.

2. Voraussetzungen für die Antragstellung

- (1) Antragsberechtigt sind alle nach § 72 SGB XI zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen, die
 1. über das Pflegepersonal verfügen, welches sie nach der geltenden Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 SGB XI jeweils vorzuhalten haben und zusätzlich
 2. über neu eingestelltes oder über Stellenaufstockung erweitertes Pflegepersonal verfügen.

- (2) Zum Zeitpunkt der Antragstellung muss ein zwischen einer zusätzlichen Pflegefachkraft und dem Träger der Pflegeeinrichtung geschlossener Arbeitsvertrag oder eine Arbeitsvertragsergänzung vorliegen. Der Zeitpunkt des vertraglich vorgesehenen Arbeitsbeginns kann in der Zukunft liegen, er darf jedoch grundsätzlich nicht mehr als sechs Monate vor Antragstellung zurückliegen. Hiervon ausgenommen sind Arbeitsverträge, die bereits im Hinblick auf das Inkrafttreten der Vergütungszuschlagsregelung des § 8 Absatz 6 SGB XI abgeschlossen wurden, wie beispielsweise von Auszubildenden, die im Jahr 2018 ihren Abschluss zur Pflegefachkraft gemacht haben, sowie auch Arbeitsverträge mit Berufsrückkehrern. Die Beteiligten haben hierbei im Einzelfall pragmatische Lösungen zu finden, die die Zielstellung des Gesetzgebers zur Gewinnung von zusätzlichen Pflegefachkraftstellen umsetzen.
- (3) Abweichend von Absatz 2 kann ein mit einer zusätzlichen Pflegehilfskraft geschlossener Arbeitsvertrag oder eine Arbeitsvertragsergänzung sowie ein mit derselben Pflegehilfskraft bestehender Ausbildungsvertrag über die Ausbildung zur Pflegefachkraft nach Krankenpflegegesetz, Altenpflegegesetz bzw. Pflegeberufegesetz zugrunde gelegt werden, wenn es der Pflegeeinrichtung in einem Zeitraum von über vier Monaten nachweislich nicht gelungen ist, geeignete Pflegefachkräfte einzustellen.
- (4) Die zusätzliche Pflegekraft nach Absatz 2 oder Absatz 3 muss zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen vorgesehen sein.

3. Antragstellung

- (1) Bei Vorliegen der Antragsvoraussetzungen nach Ziffer 2 kann die vollstationäre Pflegeeinrichtung einen Antrag auf Zahlung eines Vergütungszuschlags für zusätzliches Pflegepersonal stellen. Der Antrag ist an eine als Partei der Pflegesatzvereinbarung beteiligte Pflegekassese, deren Landesverband oder den Verband der Ersatzkassen e. V. in dem Bundesland zu richten, in dem die Pflegeeinrichtung zugelassen ist.
- (2) Der Antrag bedarf der Schriftform und ist durch den Träger der Einrichtung zu unterzeichnen. Der Antrag hat nachfolgende Angaben und Nachweise zu enthalten; ein Antragsmuster ist als Anlage beigefügt.
 - Name, Sitz und Institutskennzeichen (IK) der Pflegeeinrichtung
 - Name und Anschrift des Trägers der Einrichtung
 - Platzzahl entsprechend dem Versorgungsvertrag, inklusive eingestreuter Kurzzeitpflege-Plätze
 - Angabe, ob der Zuschlag aufgrund einer Stellenaufstockung (Erweiterung des Beschäftigungsumfangs) des vorhandenen Personals oder aufgrund einer Neueinstellung erfolgt bzw. eine Kombination von beidem

- Angabe, ob der Zuschlag für eine Pflegefachkraft oder für eine Pflegehilfskraft nach Ziffer 2 Absatz 3 beantragt wird bzw. eine Kombination von beidem
- Zeitpunkt des Beginns und – bei Befristung – des Endes des jeweiligen Arbeitsvertrages bzw. der Arbeitsvertragsergänzung (Tätigkeitsbeginn und –ende)
- Höhe des beantragten monatlichen Vergütungszuschlags
- Angabe des Stellenanteils, der dem beantragten Vergütungszuschlag zugrunde liegt (Vollzeitäquivalent)
- Angabe und Nachweis der Bezahlung der für den Vergütungszuschlag beschäftigten Person; die Bezahlung umfasst neben dem vertraglich vereinbarten Brutto-Arbeitnehmerentgelt einschließlich Zusatzzahlungen auch die Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung. Kalkulatorische Sach-, Overhead- und Regiekosten bleiben unberücksichtigt
- Ggf. Angabe des Tarifvertrages, der der Vergütung des Pflegepersonals sowie der zusätzlichen Pflegekräfte der Einrichtung zugrunde liegt
- Ggf. Angabe des Sachgrundes bei übertariflicher Bezahlung
- Erklärung, dass das entsprechend der aktuellen Pflegesatzvereinbarung festgelegte Pflegepersonal vorgehalten wird. Als Anhaltspunkt sind die Personalbesetzung im Funktionsbereich Pflege in Vollzeitäquivalenten sowie die Belegungsstruktur zum Zeitpunkt der Antragstellung beizufügen; weitere Nachweise sind ggf. auf Anforderung der zuständigen Pflegekasse im Rahmen eines Personalabgleichs nach § 84 Absatz 6 SGB XI vorzulegen.

Zusätzlich hat der Pflegeeinrichtungsträger mit seiner Unterschrift zu erklären, dass:

- der Vergütungszuschlag zweckgebunden vollständig zur Finanzierung des zusätzlichen Pflegepersonals verwendet wird.
- er Änderungen der dem Antrag zugrundeliegenden Sachverhalte unverzüglich der Pflegekasse anzeigt, die den Vergütungszuschlag auszahlt.
- mit den über den Vergütungszuschlag finanzierten Stellenanteilen bzw. den auf diesen Stellen Beschäftigten keine weitere Vergütungspflicht nach SGB V oder SGB XI begründet werden darf.
- die zusätzlichen Stellen nachweisbar abgegrenzt vom Mindestpersonal gemäß Pflegesatzvereinbarung oder von anderweitigen Personalmengen geführt werden.
- zu viel oder zu Unrecht erhaltene Vergütungszuschläge eine Rückzahlungspflicht geleisteter Beträge bewirken.

(3) Mit dem Antrag hat der Pflegeeinrichtungsträger den jeweils zwischen der zusätzlichen Pflegefachkraft und dem Träger der Pflegeeinrichtung geschlossenen Arbeitsvertrag oder die Arbeitsvertragsergänzung sowie die Berufsurkunde als Pflegefachkraft zur Einsichtnahme vorzuhalten.

- (4) Im Falle der Beantragung eines Vergütungszuschlags für eine zusätzliche Pflegehilfskraft nach Ziffer 2 Absatz 3 hat der Pflegeeinrichtungsträger mit dem Antrag zur Einsichtnahme vorzuhalten:
- Nachweis der veröffentlichten Stellenausschreibungen oder anderer Wege zur Stellenbesetzung für die zusätzlich zu besetzende Stelle als Pflegefachkraft, die mindestens vier Monate unbesetzt blieb,
 - den zwischen der zusätzlichen Pflegehilfskraft und dem Träger der Pflegeeinrichtung geschlossenen Arbeitsvertrag oder die Arbeitsvertragsergänzung,
 - den zwischen der zusätzlichen Pflegehilfskraft und dem Träger der Pflegeeinrichtung geschlossenen Ausbildungsvertrag.

4. Anspruch

- (1) Ein Anspruch auf die Zahlung eines Vergütungszuschlags besteht bei Erfüllung der Antragsvoraussetzungen nach Ziffer 2 und bei Vorlage eines Antrags nach Ziffer 3.
- (2) Der Anspruch auf Zahlung des nach Ziffer 6 festgelegten Vergütungszuschlags gilt ab dem in dem nach Ziffer 3 nachgewiesenen Arbeitsvertrag bzw. Arbeitsvertragsergänzung festgelegten Tätigkeitsbeginn, frühestens jedoch ab Eingang des Antrags (ggf. rückwirkend ab Beginn des Monats der Antragstellung) bei einer als Partei der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Pflegekasse, deren Landesverband oder dem Verband der Ersatzkassen e. V.. Die Auszahlung des Vergütungszuschlages nach Ziffer 7 erfolgt frühestens, nachdem sämtliche Antragsunterlagen nach Ziffer 3, einschließlich aller erforderlichen Angaben und Nachweise, vollständig vorliegen.
- (3) Der Anspruch auf Zahlung des Vergütungszuschlags besteht nicht bei Wegfall der Antragsvoraussetzungen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Pflegeeinrichtung nicht nur vorübergehend nicht über das Pflegepersonal verfügt, das sie nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 SGB XI vorzuhalten hat und damit das aufgrund § 8 Absatz 6 SGB XI eingestellte Personal nicht mehr als zusätzlich gilt.
- (4) Der Anspruch besteht auch nicht, wenn die der Bemessung des Vergütungszuschlags zugrunde liegenden Arbeits-/Ausbildungsverhältnisse nicht mehr bestehen. Im Falle von Stellennachbesetzungen bzw. -aufstockungen, die die tatsächlichen Aufwendungen unberührt lassen (z. B. gleiche Einstufungen), besteht der Anspruch auf Zahlung des nach Ziffer 6 festgelegten Vergütungszuschlags in gleicher Höhe fort.

5. Höhe des Vergütungszuschlags

- (1) Die Höhe des Vergütungszuschlags einer Pflegeeinrichtung bemisst sich an den tatsächlichen Aufwendungen für zusätzlich
- eine halbe Stelle bei Pflegeeinrichtungen mit bis zu 40 Plätzen,
 - eine Stelle bei Pflegeeinrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen,

- anderthalb Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit 81 bis zu 120 Plätzen und
- zwei Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit mehr als 120 Plätzen.

Die Platzzahl bezieht sich auf die vollstationäre Gesamtkapazität inklusive eingestreuter bzw. flexibler Kurzzeitpflegeplätze gemäß Versorgungsvertrag.

- (2) Es werden das nachgewiesene Bruttoarbeitnehmerentgelt einschließlich Zusatzzahlungen und die Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung zugrunde gelegt; darüber hinausgehende Ausgaben im Zusammenhang mit der Stellenbesetzung, z. B. Kosten für Stellengesuche oder -vermittlung, werden nicht berücksichtigt. Kalkulatorische Sach-, Overhead- und Regiekosten bleiben ebenfalls unberücksichtigt.
- (3) Die Höhe des Vergütungszuschlags ist nach § 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 SGB XI begrenzt auf die Höhe tarifvertraglich vereinbarter Gehälter sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen. Für eine darüber hinausgehende Bezahlung bedarf es eines sachlichen Grundes.
- (4) Der Vergütungszuschlag für eine Pflegehilfskraft ist auf die Differenz des Arbeitgeberbruttogehalts der Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung zuzüglich des Arbeitgeberanteils an den Sozialversicherungsbeiträgen begrenzt. Die Finanzierung der Ausbildungsvergütung über den Ausbildungsfonds nach dem Pflegeberufegesetz sowie zwischenzeitlich über den Ausbildungsfonds in den Ländern bleibt unberührt. Bereits über den Pflegesatz nach § 85 SGB XI finanzierte Bestandteile sind hierbei zu berücksichtigen.

6. Entscheidung über den Antrag

Die für die Auszahlung nach Ziffer 7 bestimmte Pflegekasse prüft das Vorliegen der Voraussetzungen zur Gewährung eines Vergütungszuschlags anhand des Antrags und der erforderlichen Nachweise für die Neueinstellung zusätzlicher Pflegekräfte gemäß Ziffer 3. Die Entscheidung über die Gewährung des Vergütungszuschlags erfolgt durch Verwaltungsakt (Bescheid) gegenüber dem Träger der jeweiligen Pflegeeinrichtung. Der Verwaltungsakt bestimmt insbesondere die Höhe und Laufzeit des Vergütungszuschlags. Er ist zu begründen; im Falle einer ablehnenden Entscheidung sind die Gründe für die Nichtgewährung anzugeben.

7. Auszahlung des Vergütungszuschlags

- (1) Die Auszahlung an die Pflegeeinrichtung erfolgt jeweils zum 15. des laufenden Monats einheitlich über eine auf Landesebene bestimmte zuständige Pflegekasse.
- (2) Die Pflegekasse zahlt den Vergütungszuschlag unter Verwendung der gegenüber der Arbeitsgemeinschaft IK nach § 103 SGB XI i. V. m. § 293 Absatz 1 SGB V gemeldeten Bankverbindung der Pflegeeinrichtung aus.

8. Nachweisverfahren

- (1) Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, die der Berechnung des nach Ziffer 6 festgelegten Vergütungszuschlags zugrunde gelegten Bezahlung der zusätzlichen Pflegekraft jederzeit einzuhalten.
- (2) Die über den Vergütungszuschlag finanzierten zusätzlichen Stellen und die der Berechnung des Vergütungszuschlags zugrunde gelegte Bezahlung der auf diesen Stellen Beschäftigten sind von den Pflegeeinrichtungen unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 6 Satz 3 und 4 und Absatz 7 SGB XI auf Verlangen der zuständigen Pflegekasse innerhalb von zehn Werktagen nachzuweisen. Hierzu sind insbesondere Lohnjournale der zusätzlichen Pflegekraft für einen vorgegebenen Zeitraum und die Jahresmeldung zur Sozialversicherung der zusätzlichen Pflegekraft für das vorangegangene Kalenderjahr zur Einsichtnahme vorzulegen.
- (3) Sofern sich aus dem Nachweisverfahren nach Absatz 2 oder aus sonstigen Gründen eine Verpflichtung zur Rückzahlung von an die Einrichtung geleisteten Beträgen ergibt, erfolgt die Rückzahlung an die durch die zuständige Pflegekasse mitgeteilte Bankverbindung der Pflegekasse.

9. Gemeinsame Servicestelle der Pflegekassen

- (1) Abweichend von Ziffer 6 können die Pflegekassen im Land zur gemeinsamen und einheitlichen Wahrnehmung der Aufgaben nach § 8 Absatz 6 SGB XI eine gemeinsame Servicestelle einrichten.
- (2) Das Nähere zu Aufgaben, Organisation und Finanzierung vereinbaren die beteiligten Pflegekassen unter Berücksichtigung der nachfolgenden Grundsätze (§ 94 SGB X):
 - Die gemeinsame Servicestelle zeichnet für die Prüfung der im Land eingehenden Anträge zuständig.
 - Die Festsetzung von Höhe und Zeitraum des Vergütungszuschlages erfolgt durch die gemeinsame Servicestelle.
 - Die Auszahlung des Vergütungszuschlags erfolgt gemäß Ziffer 7 dieser Festlegung.

Die kassenartenübergreifende Vereinbarung zur gemeinsamen Servicestelle ist durch die Landesverbände der Pflegekassen im Land mit Wirkung für die Pflegekassen zu treffen.

10. Berichtswesen der Pflegekassen

Zur Erfüllung der jährlichen gesetzlichen Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes nach § 8 Absatz 6 Satz 14 SGB XI führt die für die Zahlung zuständige Pflegekasse eine jeweils zum

Stichtag 01.10. abrufbare Übersicht über die Zahl der durch die Vergütungszuschläge finanzierten Pflegekräfte und den Stellenzuwachs (in Vollzeitäquivalenten).

11. Inkrafttreten

Diese Festlegungen treten am Tag nach der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Kraft.

**Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes
nach § 8 Absatz 7 SGB XI
zur Förderung von Maßnahmen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen
zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf**

Der GKV-Spitzenverband¹ hat im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

auf Grundlage des § 8 Absatz 7 Satz 10 SGB XI

am 28.03.2019 die nachfolgenden Richtlinien beschlossen. Den Verbänden der Leistungserbringer auf Bundesebene wurde Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Richtlinien am 26.04.2019 genehmigt.

¹ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI

Präambel

Mit dem am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen Pflegepersonal-Stärkungsgesetz wurden verschiedene Maßnahmen zur Entlastung und Stärkung des Pflegepersonals in ambulanten und stationären Einrichtungen geschaffen. Durch die zielgerichtete, zeitlich auf sechs Jahre angelegte Förderung von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf von professionell in der Pflege Tätigen soll die Attraktivität des Pflegeberufs gestärkt werden. Durch die Förderung dieser Maßnahmen soll den Pflegekräften ermöglicht werden, ihre berufliche Tätigkeit besser mit ihrem Familienleben, insbesondere bei der Betreuung von Kindern oder von pflegebedürftigen Angehörigen in Einklang zu bringen. Zur Förderung dieser Maßnahmen werden aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung durch den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt. Die vorliegenden Richtlinien regeln die Voraussetzungen, die Ziele, den Inhalt und die Durchführung der Förderung sowie das Verfahren zur Vergabe der Fördermittel.

Die Richtlinien sind verbindlich für die Pflegekassen, Landesverbände der Pflegekassen und Ersatzkassen. Sie gelten für alle in § 1 geregelten Maßnahmen.

§ 1 Gegenstand der Förderung

(1) Gefördert werden Maßnahmen von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern.

(2) In der Pflege tätige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach Absatz 1 sind alle in der Einrichtung arbeitsvertraglich unmittelbar beschäftigte Personen im Pflege- und Betreuungsdienst unabhängig davon, ob es sich um Fach- oder Hilfskräfte handelt. Ein Einschluss weiterer Beschäftigten-Gruppen (z. B. Hauswirtschaft) in die Maßnahmen ist unschädlich, solange die Beschäftigten nach Satz 1 die Mehrheit der mit der Maßnahme erreichten Personen bilden.

(3) Das Ziel der Verbesserung der Vereinbarkeit nach Absatz 1 liegt vor, wenn die Maßnahmen zur Lösung der Herausforderungen im Alltag der Beschäftigten nach Absatz 2 beitragen, die sich aus dem Zusammenspiel beruflicher und familiärer Aufgaben und Pflichten sowie außerberuflich übernommener Pflege- und Betreuungsaufgaben ergeben.

(4) Förderfähig sind individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von in der Pflege tätigen Mitarbeitenden ausgerichtet sind, sowie Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf.

Dies können beispielsweise sein:

- Niedrigschwellige Angebote, trägereigene Kindertagesstätten, die Unterstützung und Anpassung bzw. Erweiterung von Betreuungsangeboten auf die Ferienzeiten, an den Wo-

chenenden und Feiertagen oder auf Zeiten des Nachtdienstes oder Randzeiten, sowie Angebote zur Betreuung von pflegebedürftigen Menschen,

- Beratung/ Coaching, Schulungen und Weiterbildungen der Führungskräfte und der in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Stärkung der Vereinbarkeit von familiären und beruflichen Anforderungen mit dem Ziel, flexible Arbeitszeiten für Pflegekräfte zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sicherzustellen (Sensibilisierung, Dienstplan-/Einsatzplangestaltung, Entwicklung und Etablierung alternativer Personalmanagementmodelle),
- Projekte zur Einführung neuer familienorientierter Personalmanagementmodelle,
- Beratungsleistungen zur Optimierung der Dienstplangestaltung.

(5) Betreuungsangebote sind förderfähig, wenn sie dazu dienen, das Ziel nach § 1 Absatz 1 sicherzustellen (z. B. wenn sie Betreuungszeiten abdecken, die von den regionalen üblich angebotenen Öffnungszeiten abweichen oder wenn sie ein individuell passgenaueres Angebot abbilden).

(6) Die Maßnahmen können durch mehrere in örtlicher Nähe befindliche Pflegeeinrichtungen im Verbund durchgeführt werden, sofern der Träger einer einzelnen Einrichtung die Gesamtverantwortung für die zweckmäßige Verwendung der Fördermittel übernimmt.

(7) Von der Förderung ausgeschlossen sind Maßnahmen,

1. die auf die Erfüllung ohnehin bestehender Pflichten des Einrichtungsträgers als Arbeitgeber gegenüber seinen Beschäftigten, die sich aus dem Arbeitszeitgesetz (ArbZG), dem Gesetz über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge (TzBfG), dem Gesetz zum Elterngeld und zur Elternzeit (BEEG), dem Gesetz über die Pflegezeit (PflegeZG), dem Gesetz über die Familienpflegezeit (FPfZG) oder weiteren arbeitnehmerschutzrechtlichen Vorschriften ergeben, gerichtet sind,
2. als Bestandteil tarifvertraglicher oder vergleichbarer Regelungen dem Arbeitsentgelt zuzurechnen sind oder als Arbeitgeberleistungen zusätzlich zum regulären Arbeitslohn gezahlt werden,
3. deren Kosten in der Pflegevergütung nach dem Zweiten Abschnitt des Achten Kapitels SGB XI bereits vollständig berücksichtigt sind,
4. deren Kosten bereits unter Einsatz sonstiger Fördermittel vollumfänglich finanziert werden,

§ 2 Verteilung und Höhe der Fördermittel

(1) Aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung werden durch den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt.

(2) Der Gesamtförderbetrag von 100 Millionen Euro je Kalenderjahr wird unter Berücksichtigung der Anzahl der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durch das Bundesversicherungsamt (BVA) auf die Länder verteilt. Maßgeblich für die jährliche Verteilung der Förderbeträge sind die nach Ländern aufgeschlüsselten Daten des Statistischen Bundesamtes (Pflegestatistik) der zum 1. Januar des Jahres, für das die Verteilung erfolgt, verfügbaren Statistik. Das BVA teilt den Landesverbänden der Pflegekassen und Ersatzkassen die Höhe des auf das jeweilige Land verteilten Förderbetrags mit.

(3) Die Förderung der Maßnahmen i. S. d. § 1 erfolgt in Form eines Zuschusses in Höhe von bis zu 50 v. H. der durch die Pflegeeinrichtung für die Maßnahme verausgabten Mittel. Die Höhe des Zuschusses ist pro Pflegeeinrichtung auf 7.500 Euro je Kalenderjahr begrenzt. Führt eine Pflegeeinrichtung mehrere Maßnahmen durch, so beträgt der Zuschuss je Kalenderjahr bis zu 50 v. H. der gesamten verausgabten Mittel, begrenzt auf insgesamt 7.500 Euro.

(4) Eine Pflegeeinrichtung, die den Förderhöchstbetrag in Höhe von 7.500 Euro innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen hat, kann den Förderzuschuss nach Absatz 3 Satz 2 im Folgejahr um den nicht verbrauchten Betrag aus dem Vorjahr erhöhen. Dies gilt nur insoweit, dass der für das Land im vorangegangenen Jahr bereitgestellte Gesamtförderbetrag nach Absatz 2 nicht ausgeschöpft ist.

§ 3 Voraussetzungen für die Förderung

(1) Anspruchsberechtigt sind alle nach § 72 SGB XI zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.

(2) Förderfähig sind Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf i. S. d. § 1, die im laufenden Kalenderjahr, frühestens ab 01.01.2019, durchgeführt und für die Eigenmittel eingesetzt wurden. Der Antrag auf Förderung kann jedoch frühestens ab Inkrafttreten der Richtlinien und spätestens bis zum 31.12.2024 gestellt werden.

(3) Eine Förderung kann nur erfolgen, sofern die nach § 2 Absatz 2 an das jeweilige Bundesland zugewiesenen Fördermittel vor Ablauf des Kalenderjahres nicht ausgeschöpft sind.

§ 4 Antragsverfahren

(1) Ein Antragsverfahren ist sowohl vor der Durchführung der Maßnahmen auf der Basis eines Kostenvoranschlags (prospektiv) als auch nach Durchführung der Maßnahmen auf der Basis von Rechnungen (retrospektiv) möglich. Bei einem prospektiven Verfahren hat der Antragsteller sich zu verpflichten, die Maßnahme zügig durchzuführen.

(2) Der Antrag ist an eine als Partei der Pflegesatzvereinbarung beteiligte Pflegekasse, deren Landesverband oder den Verband der Ersatzkassen e. V. in dem Bundesland zu richten, in dem die Pflegeeinrichtung zugelassen ist.

(3) Der Antrag bedarf der Schriftform² und muss folgende Angaben beinhalten:

- den Namen, den Sitz und das Institutionskennzeichen (IK) der Pflegeeinrichtung,
- Name und Anschrift des Trägers der Einrichtung,
- Beschreibung des Inhalts und des Umfangs der Fördermaßnahme(n),
- Kostenangabe je Fördermaßnahme
- Nachweis(e) über die verausgabten Mittel mittels Rechnungsbeleg je Fördermaßnahme oder Kostenvoranschlag bei geplanten Maßnahmen.

(4) Der Antrag kann sowohl die Förderung einer als auch mehrerer zeitlich und sachlich unterschiedlicher Maßnahmen beinhalten.

(5) Bei Beantragung von Maßnahmen im Verbund nach § 1 Absatz 6 erstrecken sich die Angaben nach Absatz 2 auf alle im Verbund teilnehmenden Einrichtungen. Zusätzlich hat eine teilnehmende Einrichtung die Zuständigkeit für die Erbringung des Verwendungsnachweises zu erklären.

§ 5 Verwaltungsverfahren

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen sowie die Ersatzkassen legen die jeweils zuständige Pflegekasse für die Bearbeitung und Bescheiderteilung der Förderanträge und die Auszahlung fest und geben dies im Internet und in sonstiger für die Pflegeeinrichtungen geeigneter Weise bekannt. Handelt es sich bei der adressierten Stelle nach § 4 Absatz 2 nicht um die zuständige Pflegekasse, leitet diese den Antrag entsprechend unverzüglich an die zuständige Pflegekasse weiter.

(2) Die jeweils zuständige Pflegekasse prüft die Anträge auf Förderung und erlässt die Bescheide über die Bewilligung der Fördermittel dem Grunde nach. Die Auszahlung der Fördermittel erfolgt erst nach Vorlage der Nachweise über die verausgabten Mittel.

(3) Weichen die Nachweise über die verausgabten Mittel von der ursprünglichen Bewilligung der Fördermittel inhaltlich oder der Höhe nach ab, bedarf es einer erneuten Bescheidung.

² Ein Musterantrag ist beigefügt

(4) Die Auszahlung erfolgt ausschließlich an die gegenüber der Arbeitsgemeinschaft IK nach § 103 SGB XI i. V. m. § 293 Absatz 1 SGB V gemeldete Bankverbindung der Pflegeeinrichtung.

(5) Die Landesverbände der Pflegekassen und Ersatzkassen stellen die Einhaltung der Obergrenze der dem Bundesland gemäß § 2 Absatz 2 zugewiesenen Fördermittel sicher.

(6) Die jeweils zuständige Pflegekasse informiert die Landesverbände der Pflegekassen und den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. über die Bescheidung und die Höhe der Fördermittel.

§ 6 Gemeinsame Servicestelle der Pflegekassen

(1) Abweichend von § 5 können die Pflegekassen im Land zur gemeinsamen und einheitlichen Wahrnehmung der Aufgaben nach § 8 Absatz 7 SGB XI eine gemeinsame Servicestelle einrichten.

(2) Das Nähere zu Aufgaben, Organisation und Finanzierung vereinbaren die beteiligten Pflegekassen unter Berücksichtigung der nachfolgenden Grundsätze (§ 94 SGB X):

1. Die gemeinsame Servicestelle ist für die Prüfung der im Land eingehenden Anträge zuständig.
2. Die Festsetzung der Höhe der Fördermittel erfolgt durch die gemeinsame Servicestelle.
3. Die Auszahlung der Fördermittel und die Weiterleitung von Informationen erfolgen durch die Servicestellen entsprechend § 5 Absätze 4 und 6.

(3) Die kassenartenübergreifende Vereinbarung zur gemeinsamen Servicestelle ist durch die Landesverbände der Pflegekassen und Ersatzkassen im Land mit Wirkung für die Pflegekassen zu treffen.

§ 7 Inkrafttreten

Die Richtlinien treten am 2.5.2019 in Kraft.

**Richtlinien des GKV–Spitzenverbandes
nach § 8 Absatz 8 SGB XI
zur Förderung der Digitalisierung
in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen**

Der GKV–Spitzenverband¹ hat im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

auf Grundlage des § 8 Absatz 8 SGB XI

am 08.04.2019 die nachfolgenden Richtlinien beschlossen. Den Verbänden der Leistungserbringer auf Bundesebene wurde Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Richtlinien am 26.04.2019 genehmigt.

¹ Der GKV–Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI

Präambel

Mit dem am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sollen die Pflegekräfte in ambulanten und stationären Einrichtungen durch verschiedene Maßnahmen entlastet und die Versorgung Pflegebedürftiger verbessert werden. Die Anschaffung und der richtige Einsatz digitaler oder technischer Ausrüstung birgt ein erhebliches Potential. So ist zu erwarten, dass durch den Einsatz neuer Technologien Pflegekräfte in ihrem Arbeitsalltag spürbar entlastet werden und mehr Zeit für die Pflegebedürftigen haben.

Um die Digitalisierung in der Pflege und damit die Entlastung der Pflegekräfte voranzubringen, fördert die soziale und private Pflegeversicherung die Anschaffung von entsprechender digitaler und technischer Ausrüstung mit einem einmaligen Zuschuss. Die vorliegenden Richtlinien regeln die Voraussetzungen und das Verfahren zur Vergabe der Fördermittel.

Die Richtlinien sind verbindlich für die Pflegekassen und die Landesverbände der Pflegekassen. Sie gelten für alle Maßnahmen gemäß § 1 dieser Richtlinien.

§ 1 Gegenstand der Förderung

(1) Förderfähig sind einmalige Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit einhergehende Kosten der Inbetriebnahme wie der Erwerb von Lizenzen oder die Einrichtung von W-LAN, die insbesondere

- die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation,
- die Dienst- und Tourenplanung,
- das interne Qualitätsmanagement,
- die Erhebung von Qualitätsindikatoren,
- die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen (einschließlich Videosprechstunden),
- die elektronische Abrechnung pflegerischer Leistungen nach § 105 SGB XI sowie
- die Aus-, Fort-, Weiterbildung oder Schulung, die insbesondere im Zusammenhang mit der Anschaffung von digitaler oder technischer Ausrüstung stehen

betreffen.

(2) Die Entlastung der Pflegekräfte muss Hauptzweck der Anschaffung oder der Maßnahme sein. Ein Antrag kann mehrere zeitlich und sachlich unterschiedliche Maßnahmen und Anschaffungen enthalten, die als Gesamtkonzept betrachtet und entsprechend der Maximalbeträge in § 2 bewilligt werden können.

§ 2 Höhe der Fördermittel

Die Förderung erfolgt in Form eines einmaligen Zuschusses je Pflegeeinrichtung von bis zu 40 Prozent, höchstens aber 12 000 Euro, der von einer Pflegeeinrichtung nach § 71 Absatz 1 oder 2 SGB XI verausgabten und nach § 5 bewilligten Mittel. Der einmalige Zuschuss kann gesplittet werden und für mehrere Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung wie auch für Aus-, Fort-, Weiterbildung oder Schulung in der Anwendung digitaler oder technischer Ausrüstung genutzt werden.

§ 3 Voraussetzungen für die Förderung

- (1) Anspruchsberechtigt sind alle nach § 72 SGB XI zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.
- (2) Digitale oder technische Ausrüstung ist nach § 1 förderfähig, sofern sie im laufenden Kalenderjahr, frühestens ab 01. Januar 2019 angeschafft wurde und hierfür Eigenmittel eingesetzt worden sind. Kosten zur Nutzung digitaler oder technischer Ausrüstung in Verbindung mit einem Leasing-Vertrag sind unter den in § 4 Absatz 4 genannten Bedingungen förderfähig.
- (3) Der Antrag auf Fördermittel kann frühestens ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Richtlinien und spätestens bis zum 31. Dezember 2021 gestellt werden.

§ 4 Antragsverfahren

- (1) Ein Antragsverfahren ist sowohl vor der Durchführung der Maßnahmen auf der Basis eines Kostenvoranschlags (prospektiv) als auch nach Durchführung der Maßnahmen auf der Basis von Rechnungen (retrospektiv) möglich. Bei einem prospektiven Verfahren hat der Antragsteller sich zu verpflichten, die Maßnahme zügig durchzuführen.
- (2) Der Antrag ist an eine als Partei der Pflegesatzvereinbarung beteiligte Pflegekasse, deren Landesverband oder den Verband der Ersatzkassen e. V. in dem Bundesland zu richten, in dem die Pflegeeinrichtung zugelassen ist.
- (3) Der Antrag auf Förderung bedarf der Schriftform und muss folgende Angaben beinhalten²:
 - Name, Sitz und das Institutionskennzeichen (IK) der Pflegeeinrichtung,
 - Name und Anschrift des Trägers der Einrichtung,
 - Beschreibung des Inhalts, insbesondere zur Zweckmäßigkeit und des Umfangs der digitalen bzw. technischen Ausrüstung,
 - Angaben zum Hersteller der digitalen bzw. technischen Ausrüstung,

² Ein Antragsmuster ist beigefügt

- Angabe der Gesamtkosten, dabei bleiben regelmäßig wiederkehrende Kosten für den Betrieb der digitalen oder technischen Ausrüstung (z. B. Kosten für Wartung, Service), unberücksichtigt,
 - Nachweis(e) über die verausgabten Mittel mittels Rechnungsbeleg je Fördermaßnahme oder Kostenvoranschlag bei geplanten Maßnahmen.
- (4) Anschaffungen in Verbindung mit einem Leasing-Vertrag, die die in den §§ 3 und 4 genannten Voraussetzungen erfüllen, sind mit ihrem Gesamtbetrag gemäß dem zugrundeliegenden Leasingvertrag anzugeben. Der Gesamtbetrag darf dabei ausschließlich die monatlichen Leasingbeträge beinhalten, die frühestens ab dem 01. Januar 2019 und maximal bis zum 31. Dezember 2021, also innerhalb des Förderzeitraumes dieser Richtlinie, für die Einrichtung anfallen. Kosten für den Betrieb der digitalen oder technischen Ausrüstung (z. B. Zinsen oder Kosten für Wartung, Reparatur und Service) sind gemäß § 4 auch hier nicht förderfähig und von der Gesamtsumme zu subtrahieren. Als Nachweis ist mit dem Antrag eine Bescheinigung des Leasinggebers einzureichen. Eine Kündigung oder sonstige Änderung des Leasingverhältnisses ist der auszahlenden Pflegekasse unverzüglich zu melden.

§ 5 Verwaltungsverfahren

- (1) Die Landesverbände der Pflegekassen sowie die Ersatzkassen legen die jeweils zuständige Pflegekasse für die Bearbeitung und Bescheiderteilung der Förderanträge und die Auszahlung fest und geben dies im Internet und in sonstiger für die Pflegeeinrichtungen geeigneter Weise bekannt. Handelt es sich bei der adressierten Stelle nach § 4 Absatz 2 nicht um die zuständige Pflegekasse, leitet diese den Antrag entsprechend unverzüglich an die zuständige Pflegekasse weiter.
- (2) Die jeweils zuständige Pflegekasse prüft die Anträge auf Förderung und erlässt die Bescheide über die Bewilligung der Fördermittel dem Grunde nach. Die Auszahlung der Fördermittel erfolgt erst nach Vorlage der Nachweise über die verausgabten Mittel.
- (3) Weichen die Nachweise über die verausgabten Mittel von der ursprünglichen Bewilligung der Fördermittel inhaltlich oder der Höhe nach ab, bedarf es einer erneuten Bescheidung.
- (4) Die Auszahlung erfolgt ausschließlich an die gegenüber der Arbeitsgemeinschaft IK nach § 103 SGB XI i. V. m. § 293 Absatz 1 SGB V gemeldete Bankverbindung der Pflegeeinrichtung.
- (5) Die jeweils zuständige Pflegekasse informiert die Landesverbände der Pflegekassen und den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. über die Bescheidung und die Höhe der Fördermittel.

§ 6 Gemeinsame Servicestellen der Pflegekassen

- (1) Abweichend von § 5 können die Pflegekassen im Land zur gemeinsamen und einheitlichen Wahrnehmung der Aufgaben nach § 8 Absatz 8 SGB XI eine gemeinsame Servicestelle einrichten.

- (2) Das Nähere zu Aufgaben, Organisation und Finanzierung vereinbaren die beteiligten Pflegekassen unter Berücksichtigung der nachfolgenden Grundsätze (§ 94 SGB X):
 - Die gemeinsame Servicestelle ist für die Prüfung der im Land eingehenden Anträge zuständig.
 - Die Entscheidung über die Fördermittel erfolgt durch die gemeinsame Servicestelle.
 - Die Auszahlung der Fördermittel erfolgt gemäß § 5.

Die kassenartenübergreifende Vereinbarung zur gemeinsamen Servicestelle ist durch die Landesverbände der Pflegekassen im Land mit Wirkung für die Pflegekassen zu treffen.

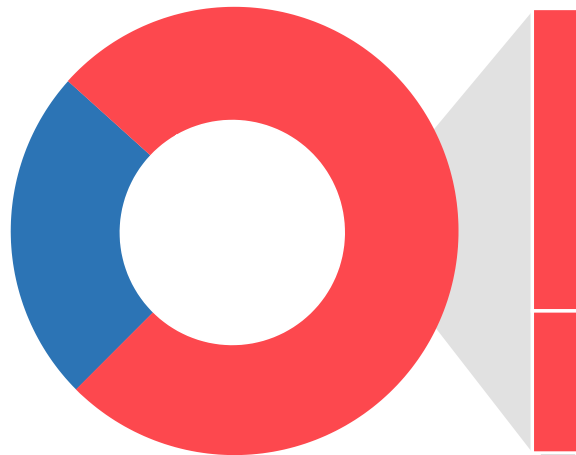
§ 7 Inkrafttreten

Die Richtlinien treten am 2.5.2019 in Kraft.

Presse

3,4 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2017

Pressemitteilung Nr. 019 vom 18. Dezember 2018



WIESBADEN – Im Dezember 2017 waren in Deutschland 3,41 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB () XI ()). Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) weiter mitteilt, hatte die Zahl der **Pflegebedürftigen** im Dezember 2015 bei 2,86 Millionen gelegen. Die starke Zunahme um 0,55 Millionen Pflegebedürftige (+19 %) ist allerdings zum großen Teil auf die Einführung des **neuen, weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriffs** ab dem 01.01.2017 zurückzuführen. Seitdem werden mehr Menschen als pflegebedürftig eingestuft, als vor der Umstellung.

Gut drei Viertel (76 % oder 2,59 Millionen) aller Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt. Davon wurden 1,76 Millionen Pflegebedürftige in der Regel allein durch Angehörige gepflegt. Weitere 0,83 Millionen Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten, sie wurden jedoch zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste versorgt. Knapp ein Viertel (24 % oder 0,82 Millionen Pflegebedürftige) wurde in Pflegeheimen vollstationär betreut.

Ende 2017 waren 81 % der Pflegebedürftigen 65 Jahre und älter, mehr als ein Drittel (35 %) war mindestens 85 Jahre alt. Die Mehrheit der Pflegebedürftigen war weiblich (63 %).

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu sein. Während bei den 70- bis 74-Jährigen rund 6 % pflegebedürftig waren, wurde für die ab 90-Jährigen die höchste Pflegequote ermittelt: Der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung in diesem Alter betrug 71 %.

Weitere Ergebnisse der zweijährlichen Statistik – insbesondere auch zu Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten einschließlich des Personals – stehen in der Publikation "**Pflegestatistik 2017 – Deutschlandergebnisse**" sowie in den Tabellen zur **Pflegestatistik (224)** in der Datenbank GENESIS-Online (zum Beispiel Pflegebedürftige nach Art der Versorgung und Altersgruppen in **22400-0001**) zur Verfügung.

Kontakt

Statistisches Bundesamt
Gustav-Stresemann-Ring 11
65189 Wiesbaden

ÄLTERE MENSCHEN

in Deutschland und der EU



Statistisches Bundesamt

Herausgeber

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Redaktion

Thomas Haustein, Johanna Mischke,
Frederike Schönfeld, Ilka Willand

Gestaltung

Statistisches Bundesamt

Erschienen im Juli 2016

Bestellnummer: 0010020-16900-1

Fotorechte

Umschlag

Titel © Monkey Business Images /
Shutterstock.com

Seite 9 © iStockphoto.com / vitranc

Seite 16 © Image Source / Topaz / F1online

Seite 17 © iStockphoto.com / Squaredpixels

Seite 27 © Westend61 - Fotolia.com

Seite 29 © bluedesign - Fotolia.com

Seite 31 © iStockphoto.com / Xavier Arnau

Seite 36 © iStockphoto.com / mheim3011

Seite 37 © iStockphoto.com / miriam-doerr

Seite 39 © Lise_Noergel / photocase.de

Seite 40 © iStockphoto.com / budgaugh

Seite 45 © Statistisches Bundesamt

Seite 46 © iStockphoto.com / Attila Barabas

Seite 49 © iStockphoto.com / Gizelka

Seite 49 © iStockphoto.com / Vladyslav Danilin

Seite 51 © iStockphoto.com / pamspix

Seite 53 © iStockphoto.com / XiXinXing

Seite 60 © Peter Atkins - Fotolia.com

Seite 67 © iStockphoto.com /
monkeybusinessimages

Seite 71 © iStockphoto.com / PeopleImages

Seite 73 © runzelkorn - Fotolia.com

Seite 75 © iStockphoto.com /
Christopher Badzioch

Seite 77 © iStockphoto.com / funstock

Seite 80 © iconimage - Fotolia.com

Seite 89 © iStockphoto.com / vm

Seite 90 © frau.L. / photocase.de

Seite 93 © fusho1d - Fotolia.com

**Die Veröffentlichung ist mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für
Familie, Senioren, Frauen und Jugend erschienen.**



© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2016

Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

Inhaltsverzeichnis

Grußwort und Vorwort	4
Zusammenfassung	6
1 Demografische Grunddaten	10
2 Erwerbsbeteiligung und finanzielle Situation	22
3 Gesundheit	44
4 Lebenswelten	62
Glossar	94
Datenquellen	97



Deutschland ist zu einem Land des langen Lebens geworden. Viele der heute 50-jährigen haben ihr halbes Leben noch vor sich. Das ist eine gute Nachricht – auch weil die älteren Menschen von heute überwiegend gesünder und besser ausgebildet sind als die Generationen zuvor.

Aber wie genau leben ältere Menschen? Die Zahlen aus den amtlichen Statistiken zeigen, dass viele Menschen das Alter einerseits nutzen, um die Dinge zu verwirklichen, für die im Berufsleben keine Zeit war. Junge Familien, Vereine, kirchliche und andere soziale Projekte und Träger können auf die Erfahrungen und Unterstützung älterer Menschen setzen. Andererseits bleiben Menschen

länger im Beruf, und Unternehmen profitieren zunehmend von ihrem Erfahrungswissen.

Vielleicht sind die vielfältigen Erkenntnisse aus dieser Broschüre für Sie, liebe Leserinnen und Leser, eine Anregung, Ihre Vorstellung vom Alter einmal auf den Prüfstand zu stellen. Hätten Sie zum Beispiel gedacht, dass 85 Prozent der Menschen ab 85 Jahren noch im eigenen Haushalt leben? Realistische und differenzierte Bilder vom Alter(n) sind Voraussetzung für das gegenseitige Verständnis und damit für den Zusammenhalt der Generationen und für den Zusammenhalt in der Gesellschaft insgesamt. Die hier vorgelegten Daten schaffen die Grundlage für ein realistisches Bild vom Alter.

Die Daten aus unterschiedlichen Quellen übersichtlich zusammenzustellen und mit Zahlen aus anderen europäischen Ländern zu vergleichen, war ein gemeinsames Anliegen des Statistischen Bundesamtes und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

A handwritten signature in blue ink that reads "Manuela Schwesig".

Manuela Schwesig
Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend



Die Lebenserwartung der Menschen in Deutschland hat sich seit dem Ende des 19. Jahrhunderts mehr als verdoppelt. Heute beträgt die Lebenserwartung neugeborener Jungen 78 und die der Mädchen 83 Jahre. Ein Ende dieses Trends zum immer längeren Leben ist nicht abzusehen. Der demografische Wandel spiegelt sich im Altersaufbau der Gesellschaft wider. In Deutschland ist derzeit rund ein Viertel der Menschen 60 Jahre oder älter, Tendenz steigend.

Unsere Statistiken zeigen den wachsenden Einfluss der Älteren in der Gesellschaft: Die Generation 60 plus stellte bei der Bundestagswahl 2013 bereits gut ein Drittel der Wahlberechtigten und

damit mehr als doppelt so viele wie die Generation der unter 30-Jährigen. Die Erwerbsbeteiligung älterer Menschen zwischen 65 und 69 Jahren hat sich in der letzten Dekade verdoppelt. Die Zahlen zeigen einen zunehmenden Wissensdurst der älteren Generation, die verstärkt Angebote an Hochschulen und Volkshochschulen nutzt. Sie sind zunehmend digital vernetzt und engagiert im Ehrenamt. Auch die finanzielle und medizinische Versorgung im Alter sind Themen, zu denen die amtliche Statistik relevante und zuverlässige Daten liefert.

Der demografische Wandel ist nicht auf Deutschland beschränkt – er hat ganz Europa erfasst. Die Broschüre zeigt deshalb auch die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Lebensverhältnisse älterer Menschen im Vergleich mit anderen EU-Staaten.

Besonders danken möchte ich dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, mit dessen finanzieller Hilfe diese Broschüre erscheinen konnte.

A handwritten signature in blue ink, reading "Dieter Sarreither". The signature is fluid and cursive.

Dieter Sarreither
Präsident des Statistischen Bundesamtes

Zusammenfassung

Älterwerden liegt im Trend

Ältere Menschen werden unsere Gesellschaft zunehmend prägen. Diese Entwicklung wird von mehreren Faktoren bestimmt: Die „Baby-Boomer“, die geburtenstarken Jahrgänge der 1960er Jahre, erreichen in absehbarer Zeit das Rentenalter. Hinzu kommt die steigende Lebenserwartung aufgrund der immer besseren Lebensbedingungen: Sie hat sich seit dem 19. Jahrhundert fast verdoppelt und liegt heute für Jungen bei 78 Jahren und für Mädchen bei 83 Jahren. In Deutschland ist der demografische Wandel EU-übergreifend mit am weitesten fortgeschritten. Momentan gehört in Deutschland mehr als jede vierte Person zur Generation 60 plus. 2050 wird es bereits mehr als jede dritte Person sein. Nur in der Slowakei, Spanien, Portugal und Griechenland wird ein noch größerer Anteil über 60-Jähriger erwartet.

Ehe und Eigenheim wichtige Konstanten im Leben

Die meisten Paare der Generation 65 plus sind verheiratet, nichteheliche Lebensgemeinschaften spielen nur eine untergeordnete Rolle. Männer sind deutlich häufiger bis ins hohe Alter verheiratet als Frauen. Dieses Phänomen lässt sich EU-weit beobachten. Die Ursachen sind die höhere Lebenserwartung der Frauen und die Tatsache, dass Ehefrauen in der Regel jünger als ihre Ehemänner sind.

Jeder zweite Seniorenhaushalt in Deutschland lebt in den eigenen vier Wänden, 80 % davon in Einfamilienhäusern oder Doppelhaushälften, 20 % in Eigentumswohnungen. Seniorenhaushalte bestehen häufig nur aus einer oder zwei Personen. Die durchschnittliche Wohnfläche pro Person ist deshalb überdurchschnittlich hoch. Pro Person stehen ihnen rund 60 Quadratmeter zur Verfügung, bei jüngeren Haushalten sind es nur 40 Quadratmeter.

Traditionelle Rollenverteilung beim Lebensunterhalt

Neun von zehn Seniorinnen und Senioren in Deutschland finanzieren ihren Lebensunterhalt überwiegend durch eine Rente oder Pension. Dabei zeigen sich zwischen Männern und Frauen deutliche Unterschiede. Bei verheirateten Paaren der Generation 65 plus leben 25 % der Ehefrauen überwiegend von den Einkünften der Angehörigen. Umgekehrt waren ältere Männer finanziell kaum (1 %) auf ihre Partnerin angewiesen. Das ist eine Folge der Rollenverteilung während des Erwerbslebens. Während die Männer in der Regel voll berufstätig waren, gingen viele Frauen keiner Erwerbstätigkeit nach beziehungsweise unterbrachen sie für die Kindererziehung. Auch der Bildungsstand der Generation 65 plus spiegelt in Deutschland diese traditionelle Rollenverteilung wider: Jede dritte Frau im Rentenalter hat keinen beruflichen Abschluss, bei den Männern nur jeder Zehnte. Männer haben im Alter in allen EU-Staaten ein höheres Einkommen als Frauen. Besonders groß und deutlich ausgeprägter als in Deutschland ist der Abstand in Schweden und Lettland.

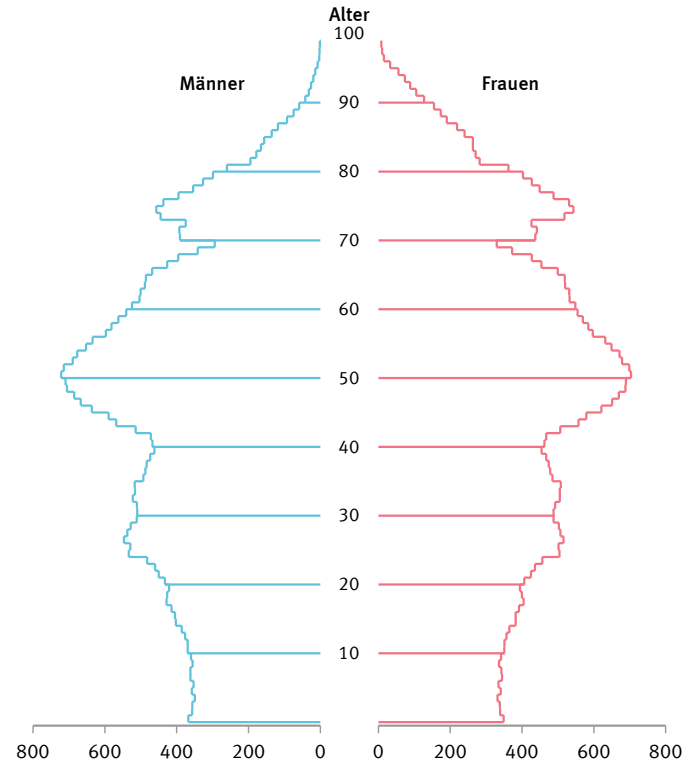
Sehr hohe Kaufkraft im EU-Vergleich

Ein Vergleich der harmonisierten Einkommen in der EU zeigt, dass deutsche Seniorinnen und Senioren sehr kaufkräftig sind. Nur in Frankreich, Österreich und vor allem Luxemburg können sich Menschen ab 65 Jahren noch mehr von ihrem Geld leisten. So hat die Generation 65 plus in Luxemburg fast drei Viertel mehr Einkommen zur Verfügung als ihre Altersgenossen in Deutschland. Im Osten der EU sieht es anders aus: In Polen haben Ältere trotz der Berücksichtigung der Preisunterschiede nur die Hälfte des deutschen Einkommens zur Verfügung. In der Slowakei, Griechenland, den baltischen und anderen osteuropäischen Ländern müssen die Menschen im Rentenalter zum Teil mit noch deutlich weniger zurechtkommen.

Mehrheit gesundheitlich fit

Auch wenn gesundheitliche Beschwerden im Alter erwartungsgemäß zunehmen: Die meisten Seniorinnen und Senioren über 65 Jahre in Deutschland fühlen sich fit. Weniger als ein Viertel hat so große gesundheitliche Probleme, dass sie den Alltag beeinträchtigen. Europaweit zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen Bildung und Einkommen und dem Gesundheitszustand. Das einkommensstärkste Fünftel der Befragten zwischen 65 und 74 Jahren schätzt die eigene Gesundheit doppelt so häufig als gut oder sehr gut ein wie das einkommenschwächste Fünftel.

Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland am 31. Dezember 2014
in 1 000 je Altersjahr



Zusammenfassung

Pflegebedarf steigt erst bei Hochbetagten merklich an

Der Pflegebedarf steigt in Deutschland erst im hohen Alter deutlich an. Zwischen 75 und 79 Jahren ist jeder Zehnte pflegebedürftig, zwischen 80 und 85 Jahren etwa jeder Fünfte. In der Altersgruppe ab 90 Jahren steigt der Anteil auf rund zwei Drittel, die Hälfte von ihnen wird stationär im Heim versorgt.

Erwerbsarbeit im Rentenalter kein Massenphänomen

Erwerbsarbeit im Rentenalter ist in Deutschland kein Massenphänomen. Jenseits der 65 Jahre sind insgesamt noch 6 % der Menschen erwerbstätig. Seit 2005 hat sich die Quote leicht erhöht. In der EU ist der Anteil der Menschen, die nach dem Erreichen des 65. Lebensjahres erwerbstätig sind, sehr unterschiedlich. In Portugal, Rumänien und Estland arbeiten mehr als 10 % der Menschen auch nach dem 65. Geburtstag.

Zurückhaltung bei Neuanschaffungen außer für Mobilität

Bei Neuanschaffungen im Bereich der Unterhaltungselektronik ist die Generation 65 plus in Deutschland im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen vergleichsweise zurückhaltend. Nicht so bei Gütern, die die Mobilität unterstützen. In 7 % der Seniorenhaushalte in Deutschland gibt es ein E-Bike, gegenüber 3 % in jüngeren Haushalten. Einen Neuwagen besitzen 42 % der Seniorenhaushalte, aber nur 32 % der jüngeren Haushalte.

Achtung, erklärende Informationen

Begriffe, die im Text mit einem **G** markiert sind, werden im Glossar näher erläutert.



1 Demografische Grunddaten

Mehr als jeder Vierte in Deutschland über 60

Die Jüngeren werden weniger, die Älteren werden mehr:

Diese Verschiebung in der Altersstruktur wird als demografischer Wandel bezeichnet und ist die Folge von anhaltend niedrigen Geburtenraten und steigender Lebenserwartung.

In Deutschland lebten Ende 2014 rund 81,2 Millionen Menschen, von denen 22,2 Millionen 60 Jahre oder älter waren.

Somit hatte zwischen Rügen und Alpen mehr als jede vierte Person (27 %) dieses Alter bereits erreicht. Ein Fünftel (21 %) war 65 Jahre oder älter und immerhin 11 % der Gesamtbevölkerung hatten den 75. Geburtstag schon gefeiert.

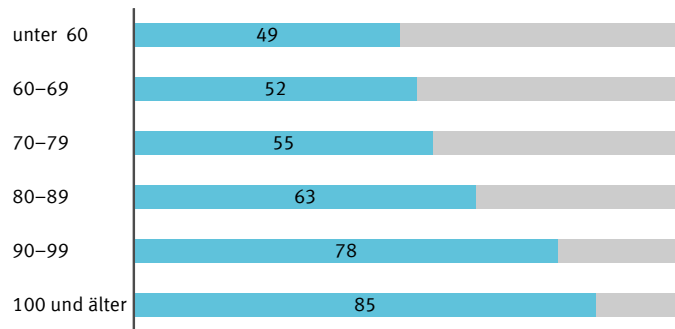
Der 100. Geburtstag ist ein viel bewundertes Jubiläum. Mittlerweile kommt er immer häufiger vor: Ende 2014 lebten in Deutschland rund 17 000 Menschen, die 100 Jahre oder älter waren.

Frauenanteil steigt mit zunehmendem Alter

Von den rund 22,2 Millionen Menschen ab 60 Jahren waren 56 % Frauen und 44 % Männer. Dieses Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern lässt sich ganz wesentlich auf die höhere Lebenserwartung der Frauen zurückführen (siehe Kapitel 3.1).

Dabei war das Geschlechterverhältnis bis zur Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen noch relativ ausgeglichen, in den höheren Altersgruppen stieg der Frauenanteil deutlich. Bei den über 100-Jährigen erreichte er 85 %.

Frauenanteil in der jeweiligen Altersgruppe am 31. Dezember 2014 in %



In den höchsten Altersklassen sind noch immer die Auswirkungen des Zweiten Weltkriegs sichtbar. Viele Männer sind damals jung im Krieg gestorben. Mit dem Nachrücken von Generationen, die vom Krieg weniger betroffen waren, hat sich dieses Ungleichgewicht in den vergangenen Jahren stetig verringert. So lag der Frauenanteil in der Altersklasse ab 60 Jahren 1990 beispielsweise noch bei 63 %, 2014 nur noch bei 56 %.

Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund

2014 hatten 9% der Generation 65 plus einen Migrationshintergrund, das heißt sie waren seit 1950 nach Deutschland zugewandert, waren Nachkommen von Zugewanderten oder hatten eine ausländische Staatsangehörigkeit. Der niedrige Wert in der Generation 65 plus spiegelt wider, dass bis zu den 1960er Jahren nur relativ wenige Männer und Frauen aus dem Ausland dauerhaft zuwanderten.

In Zukunft wird der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in den höheren Altersgruppen allerdings deutlich steigen. So hatte 2014 von den 25- bis 64-Jährigen rund jeder Fünfte (20%) einen Migrationshintergrund. Bei den unter 16-Jährigen war es bereits jeder Dritte (33%).

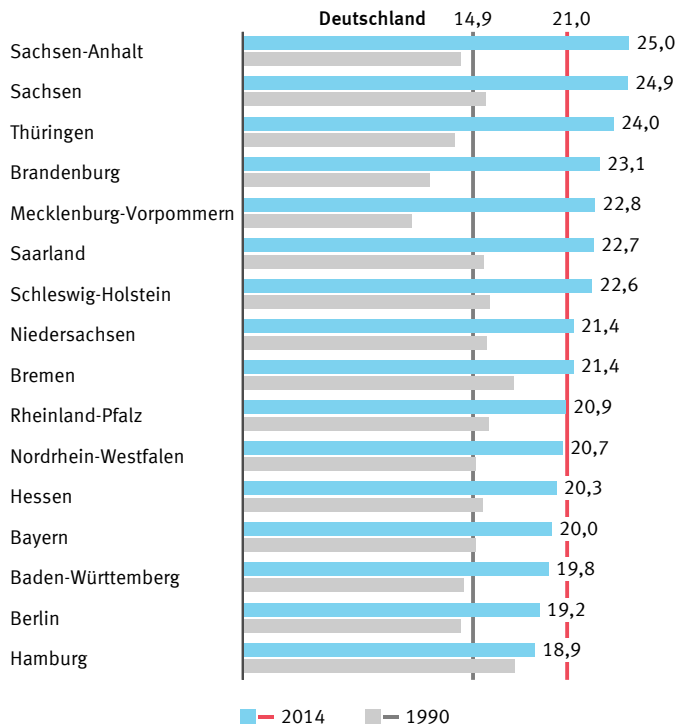
Von den insgesamt rund 1,6 Millionen Personen der Generation 65 plus mit Migrationshintergrund hatten 17% ihre familiären Wurzeln auf dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion, 13% hatten einen türkischen Migrationshintergrund. Weitere 11% hatten ihre Wurzeln in den Staaten des ehemaligen Jugoslawiens.

Regionale Unterschiede

Der Anteil der Seniorinnen und Senioren an der Bevölkerung fällt in Deutschland regional unterschiedlich aus. In Ostdeutschland war der Anteil der Generation 65 plus an der Gesamtbevölkerung Ende 2014 mit 24% höher als in Westdeutschland (knapp 21%).

Bevölkerung ab 65 Jahren

nach Bundesland, in %



1 Demografische Grunddaten

Der demografische Wandel ist im Osten der Republik besonders ausgeprägt: Dort wurde die Alterung der Bevölkerung durch die Abwanderung von meist jungen Menschen in den Westen noch beschleunigt. Unter den 16 Bundesländern verzeichnete Sachsen-Anhalt mit 25,0 % den höchsten Anteil von Menschen im Rentenalter, dicht gefolgt von Sachsen mit 24,9%. Am jüngsten waren die Stadtstaaten Hamburg und Berlin. Dort lag der Anteil der Älteren bei 18,9% beziehungsweise 19,2%. Unter den Flächenländern wies Baden-Württemberg mit 19,8 % den niedrigsten Anteil von Personen ab 65 Jahren aus.

Ältere Menschen bestimmen zunehmend das Gesellschaftsbild

Zwischen 1990 und 2014 hat sich die Zahl der Menschen ab 65 Jahren bundesweit um rund 5,2 Millionen auf 17,1 Millionen erhöht. Das entsprach einem Anstieg um 43%. Im gleichen Zeitraum wuchs die Gesamtbevölkerung nur um 1,8%.

Während die Einwohnerzahl Ostdeutschlands (ohne Berlin) zwischen 1990 und 2014 um insgesamt 15 % zurückging, nahm die Zahl der älteren Menschen dort um 48 % zu.

Im früheren Bundesgebiet (ohne Berlin) wurde der Alterungsprozess hingegen durch die Zuwanderung aus dem Osten sowie dem Ausland gemildert: Dort wuchs die Bevölkerung zwischen 1990 und 2014 insgesamt um 6 %, die Zahl der älteren Menschen erhöhte sich im gleichen Zeitraum um 43%.

Entwicklung der Generation 65 plus nach Bundesland

	1990	2014	Veränderung 1990 bis 2014
	1 000		%
Baden-Württemberg	1 400	2 120	51,3
Bayern	1 720	2 540	47,3
Berlin	490	670	37,5
Brandenburg	310	570	81,3
Bremen	120	140	19,0
Hamburg	290	330	14,5
Hessen	890	1 240	38,9
Mecklenburg- Vorpommern	210	360	74,0
Niedersachsen	1 170	1 680	43,5
Nordrhein-Westfalen	2 610	3 650	39,7
Rheinland-Pfalz	600	840	40,3
Saarland	170	220	34,4
Sachsen	750	1 010	35,0
Sachsen-Anhalt	400	560	37,9
Schleswig-Holstein	420	640	52,3
Thüringen	360	520	44,7
Deutschland	11 910	17 090	43,5

Brandenburg altert besonders schnell

Von allen 16 Bundesländern verzeichnete Brandenburg seit der deutschen Vereinigung die höchste Zuwachsrate an Menschen der Generation 65 plus. Ihre Zahl stieg zwischen 1990 und 2014 um 81 %. Ähnlich hoch war die Zuwachsrate in Mecklenburg-Vorpommern mit 74 %. Die geringste Steigerung verzeichneten im selben Zeitraum die Stadtstaaten Hamburg (+ 14 %) und Bremen (+ 19 %).

Die Mehrheit ist sesshaft

Ältere Menschen ziehen hierzulande nur relativ selten um: 2014 wurden knapp vier Millionen Umzüge über die Gemeindegrenzen innerhalb Deutschlands registriert. Nur rund 242 000 davon entfielen auf die Generation 65 plus. Während von den unter 65-Jährigen 6 % im Jahr die Umzugskisten packten, waren es unter den Älteren lediglich 1 %.

Auch hinsichtlich der Wanderungsrichtung folgte die Generation 65 plus nicht dem üblichen Trend: Im Gegensatz zu den Jüngeren wanderten die ab 65-Jährigen im Jahr 2014 öfter von West nach Ost als umgekehrt. Allerdings fiel der Zuwanderungsüberschuss für die östlichen Bundesländer mit knapp 200 Personen sehr gering aus.

Grenzüberschreitender Wohnortwechsel

2014 kamen insgesamt rund 550 000 Menschen mehr nach Deutschland, als im selben Jahr von hier fortzogen. Das war der höchste Wanderungsüberschuss seit 1992. Die Generation 65 plus wies jedoch eine umgekehrte Bilanz auf: 2014 wanderten 7 500 mehr ältere Menschen ins Ausland als nach Deutschland kamen. Dieser Wanderungsverlust traf sowohl auf die älteren deutschen (– 2 500 Personen) als auch ausländischen Staatsangehörigen (– 5 000 Personen) zu. In allen anderen Altersgruppen gab es 2014 innerhalb der ausländischen Bevölkerung einen positiven Wanderungssaldo.

Nur wenig ältere Zuwanderer

Insgesamt wanderten 2014 gut 23 000 Menschen ab 65 Jahren nach Deutschland ein. Darunter waren knapp 17 000 ausländische Staatsangehörige und rund 6 000 deutsche. Bezogen auf alle Personen, die 2014 zuzogen, entsprach das einem Anteil von nur 1,6 %. Die meisten älteren Zuwanderer mit ausländischer Staatsbürgerschaft kamen aus Polen (1 800), der Türkei (1 770), Syrien (1 540), Spanien (1 210), Italien (1 170) und den Vereinigten Staaten (1 130). Bei den älteren Zuwanderern mit deutscher Staatsangehörigkeit dürfte es sich vor allem um Rückkehrer handeln.

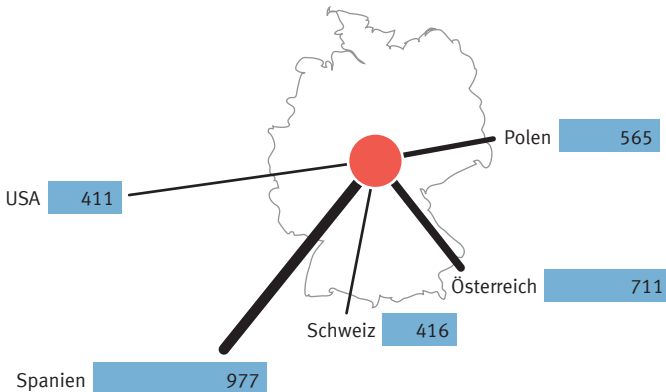
1 Demografische Grunddaten

Ruhestand im Ausland

Richtig weit weg wollen im Alter nur noch Wenige. Insgesamt wanderten 2014 knapp 31 000 Personen im Alter ab 65 Jahren aus Deutschland aus. Bezogen auf alle Personen, die 2014 ins Ausland zogen, entsprach das einem Anteil von 3,4%. Ein Großteil der fortziehenden älteren Menschen waren Ausländer, die nach dem Erwerbsleben in die Heimat zurückkehrten. Hauptziele aller im Jahr 2014 ausgewanderten ausländischen Seniorinnen und Senioren waren daher die Türkei (4 400 Personen), die Nachfolgestaaten Jugoslawiens (4 290), Polen (1 730), Italien (1 460)

Beliebteste Zielländer deutscher Auswanderer 2014

Anzahl der Personen ab 65 Jahren



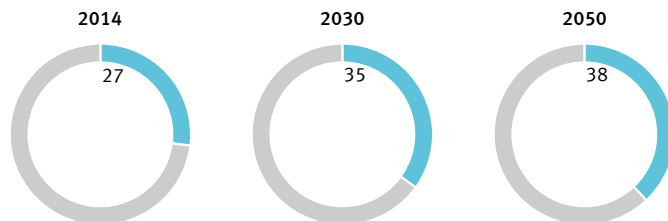
und Griechenland (1 300). Deutsche Seniorinnen und Senioren zog es am ehesten nach Spanien (980), Österreich (710) und Polen (570).

Der Blick in die Zukunft

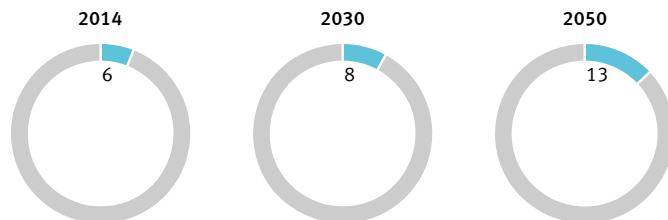
Wie wird sich die Bevölkerung in den kommenden Jahrzehnten entwickeln? Den Vorausberechnungen zufolge wird die Einwohnerzahl Deutschlands voraussichtlich nur noch einige Jahre steigen und anschließend abnehmen. Der Anteil der ab 60-Jährigen wird hingegen weiter steigen. Künftig wird die Bevölkerung also wesentlich stärker als heute von älteren Menschen geprägt sein.

Die Aussagen beruhen auf der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung,⁶ Variante 2 „Kontinuität bei stärkerer Zuwanderung“. Bei dieser Variante werden eine annähernde Konstanz der zusammengefassten Geburtenziffer von 1,4 Kindern je Frau und ein moderater Anstieg der Lebenserwartung bei Geburt für Jungen auf 84,8 Jahre und für Mädchen auf 88,8 Jahre angenommen. Der jährliche Saldo der Zuzüge nach und Fortzüge aus Deutschland würde von 500 000 Personen in den Jahren 2014 und 2015 stufenweise auf 200 000 zurückgehen und ab 2021 auf diesem Niveau bleiben.

Anteil der Personen ab 60 Jahren an der Gesamtbevölkerung in %



Anteil der Personen ab 80 Jahren an der Gesamtbevölkerung in %



Die „Babyboomer“ kommen ins Rentenalter

Die Alterung der Gesellschaft wird durch mehrere Faktoren bestimmt. Da sind zum einen die zahlenstarken Jahrgänge, die nach 2020 in das Seniorenalter hineinwachsen sowie zum anderen die nachfolgenden deutlich schwächer besetzten Jahrgänge der jungen Menschen. Hinzu kommt die weiter steigende Lebenserwartung. Waren 2014 noch 27% der Bevölkerung mindestens 60 Jahre alt, so werden es 2030 voraussichtlich 35% der Bevölkerung sein. Statt rund 22 Millionen werden hierzulande dann 28 Millionen Menschen ab 60 Jahren leben. Auch danach wird der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung weiter wachsen: Im Jahr 2050 werden voraussichtlich rund 38% der Menschen jenseits der 60 sein.

Steigende Zahl von Hochbetagten

Die fortschreitende Alterung der Gesellschaft zeigt sich besonders deutlich anhand der wachsenden Zahl der Hochbetagten. 2014 lebten gut 4,5 Millionen Menschen in Deutschland, die mindestens 80 Jahre alt waren. Ihre Zahl wird in den kommenden Jahrzehnten kontinuierlich steigen und 2050 etwa 9,9 Millionen erreichen. Das entspräche einem Bevölkerungsanteil von 13%. Auch das Geschlechterverhältnis in dieser Altersgruppe wird sich deutlich verschieben. Waren 2014 nur 35% der Generation 80 plus Männer, so wird sich ihr Anteil bis 2050 auf 41% erhöhen. Grund dafür ist, dass die Männer bei der steigenden Lebenserwartung gegenüber den Frauen etwas aufholen.

1 Demografische Grunddaten

Bei den Wahlberechtigten dominieren zunehmend die Älteren
Ältere Menschen spielen bei Wahlen eine immer bedeutendere Rolle. Die Generation 60 plus stellte bei der Bundestagswahl 2013 mit 21,3 Millionen bereits gut ein Drittel (34%) der Wahlberechtigten und damit mehr als doppelt so viele wie die Generation der unter 30-Jährigen. Diese machte mit 9,8 Millionen nur knapp ein Sechstel (16%) aller Wahlberechtigten aus. Damit zeigen sich bei der Altersstruktur der Wählerschaft deutlich die Folgen demografischen Wandels: Bei der Bundestagswahl 1980 in Westdeutschland stellten die über 60-Jährigen nur 27% der Wahlberechtigten, die unter 30-Jährigen 22%.

Überdurchschnittliche Wahlbeteiligung bei über 70-Jährigen
Die repräsentative Wahlstatistik ergab für die Bundestagswahl 2013 eine Wahlbeteiligung von insgesamt rund 72%. Ein neuer Trend zeigte sich dabei für die über 70-Jährigen: Diese Altersgruppe ging früher seltener als der Durchschnitt wählen. 2013 lag ihre Wahlbeteiligung mit 75% jedoch überdurchschnittlich hoch. Berücksichtigt man die steigende Zahl älterer Menschen, wird deutlich, dass das politische Einflusspotenzial der älteren Wahlberechtigten weiter steigen wird.



Derzeit zählt in Deutschland mehr als jede vierte Person zur Generation 60 plus. Im Zuge des demografischen Wandels wird 2050 weit mehr als jede dritte Person jenseits der 60 sein, etwa jede Achte wird sogar 80 Jahre oder älter sein.



1 Demografische Grunddaten

Europäische Union (EU)

In der Europäischen Union lebten zum Jahresbeginn 2015 rund 127 Millionen Menschen ab 60 Jahren. Das entsprach einem Bevölkerungsanteil von 25 %. Im bislang klassischen Rentenalter ab 65 Jahren waren rund 96 Millionen Menschen beziehungsweise 19 % der EU-Bürgerinnen und -Bürger. 2005 lag ihre Zahl noch bei 82 Millionen beziehungsweise 17 % der Gesamtbevölkerung.

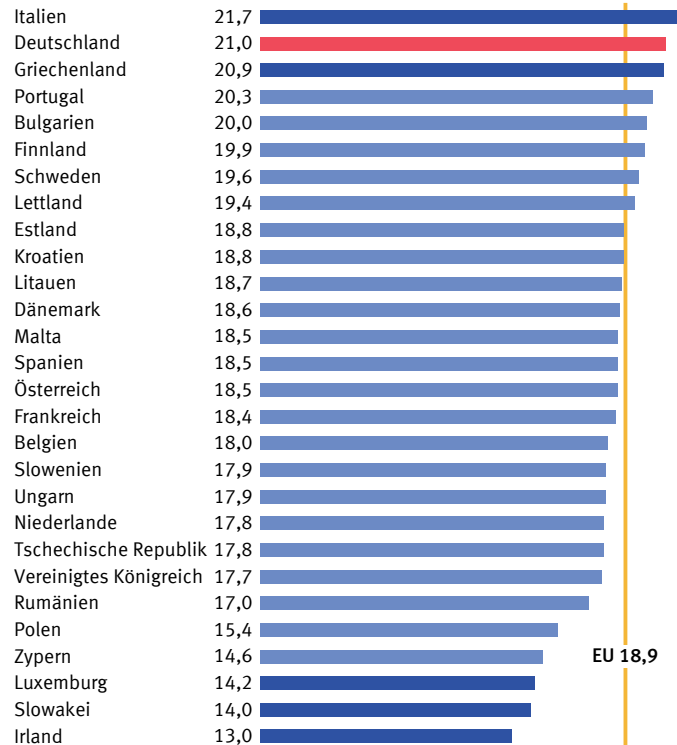
Mehr Hochbetagte

Dank besserer Lebensbedingungen und medizinischer Fortschritte gibt es immer mehr Menschen, die auf mehr als 80 Lebensjahre zurückblicken können. Zwischen 2005 und 2015 erhöhte sich ihre Zahl in der EU von 20 auf 27 Millionen. Das entsprach einem Anstieg von 36 %. Zum Vergleich: Die Gesamtbevölkerung wuchs im gleichen Zeitraum nur um 3 %. Knapp zwei Drittel der Hochbetagten waren aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung Frauen (siehe auch Kapitel 3.1).

Deutschland und Italien altern am schnellsten

In Deutschland ist der demografische Wandel EU-weit mit am weitesten vorangeschritten. Zum Jahresbeginn 2015 waren hierzulande 21 % der Bevölkerung mindestens 65 Jahre alt. Nur in Italien lag der Anteil mit rund 22 % noch höher.

Bevölkerung ab 65 Jahren am 1. Januar 2015 in %



Andere Länder wiesen zwar eine deutlich jüngere Altersstruktur auf, doch der demografische Wandel hat längst alle EU-Staaten erfasst. Nur das Stadium der Entwicklung unterscheidet sich, wie die folgenden drei Beispiele zeigen:

Junges Irland

Irland steht in der Entwicklung noch am Anfang. Der Anteil der Menschen ab 65 Jahren ist seit Jahrzehnten relativ konstant. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen bis 15 Jahren liegt mittlerweile allerdings deutlich niedriger als 1975, so dass der Anteil der Älteren an der Gesamtbevölkerung in jüngster Zeit zunimmt.

Vereinigtes Königreich: Turning Point erreicht

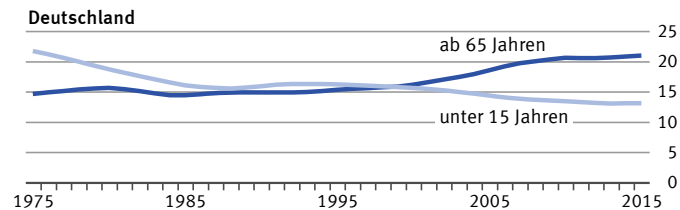
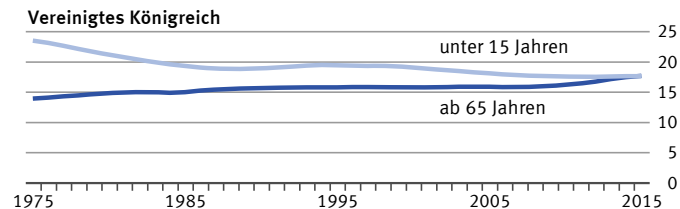
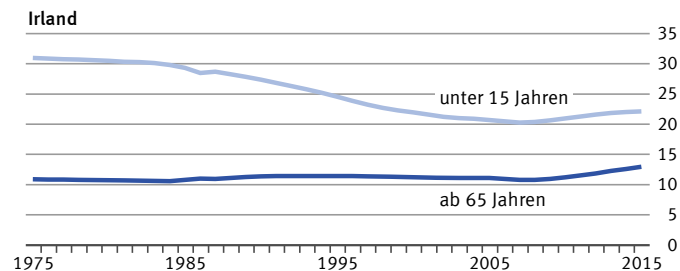
Im Vereinigten Königreich ist die Alterung der Bevölkerung bereits weiter vorangeschritten. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung sinkt, gleichzeitig steigt der Anteil der älteren Menschen. 2015 waren 18% der Bevölkerung unter 15 Jahren und 18% über 65 Jahre alt.

Mehr Ältere als Jüngere in Deutschland

Eine starke Verschiebung in der Bevölkerungsstruktur hat in den vergangenen vier Jahrzehnten Deutschland erlebt. Durch anhaltend niedrige Geburtenziffern und die steigende Lebenserwartung hat sich das Verhältnis zwischen der jüngsten und der ältesten Bevölkerungsgruppe zwischen 1975 und 2015 umgekehrt.

Veränderung der Bevölkerungsstruktur 1975 bis 2015

Anteil der unter 15-Jährigen und der ab 65-Jährigen, in %



1 Demografische Grunddaten

Ostdeutsche Städte mit stark gealterter Bevölkerung

Ländliche Räume sind aufgrund der Abwanderung vor allem junger Menschen besonders stark vom demografischen Wandel betroffen. Die fortschreitende Alterung der Gesellschaft wird aber auch in den Städten sichtbar, am deutlichsten in Italien und Deutschland: Einem EU-weiten Ranking der von Eurostat definierten 279 Stadtregionen mit mindestens 250 000 Einwohnern zufolge war das italienische Genua am ältesten. Dort waren 2014 bereits rund 28 % der Einwohner im Rentenalter. Es folgten Görlitz, Plauen und Zwickau mit jeweils rund 27 %. Im irischen Dublin, der EU-weit jüngsten Stadt, waren nur 11 % über 65 Jahre.

Nur wenige ziehen im Alter noch ins Ausland

Nur wenige Menschen suchen sich im Rentenalter noch einen neuen dauerhaften Wohnsitz im Ausland. In der Mehrheit der EU-Staaten stellten 2013 Menschen ab 65 Jahren jeweils weniger als 5 % aller Ein- und Auswanderer dar.

Ältere Menschen beantragen selten Asyl

2015 kamen so viele Asylsuchende wie nie in die Europäische Union. Unter ihnen befanden sich nur wenig ältere Menschen: EU-weit waren nur knapp 7 800 Personen beziehungsweise 0,6 % der über eine Million Asylantragstellerinnen und -antragsteller über 65 Jahre alt.

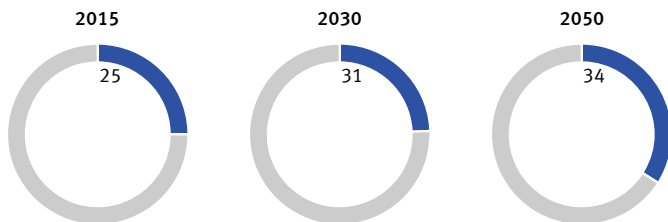
Bevölkerung ab 65 Jahren in Stadtregionen mit mindestens 250 000 Einwohnern 2014

Rang	Stadtregion	EU-Staat	65 Jahre und älter
			%
1	Genua	Italien	27,8
2	Görlitz	Deutschland	27,4
3	Plauen	Deutschland	27,3
4	Zwickau	Deutschland	26,9
5	Florenz	Italien	24,6
6	Lübeck	Deutschland	24,6
7	Exeter	Vereinigtes Königreich	24,2
8	Bologna	Italien	24,2
9	Dresden	Deutschland	23,9
10	Toulon	Frankreich	23,9

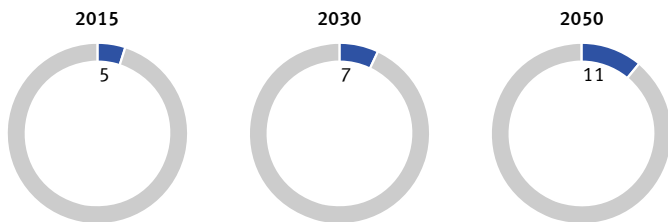
Wie sieht die Bevölkerung von morgen aus?

Den Bevölkerungsvorausberechnungen Eurostats ^G von 2013 zufolge wird sich das Erscheinungsbild der europäischen Gesellschaft in den kommenden Jahrzehnten nachhaltig verändern. Durch anhaltend niedrige Geburtenziffern und die weiter steigende Lebenserwartung wird der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung in allen EU-Ländern zunehmen.

Anteil der Personen ab 60 Jahren an der EU-Gesamtbevölkerung in %



Anteil der Personen ab 80 Jahren an der EU-Gesamtbevölkerung in %



Unterschiede ergeben sich nur im zeitlichen Verlauf. Zwar können Zuwanderer einen Verjüngungseffekt bewirken, sie werden die Alterung der Bevölkerung aber nicht aufhalten. EU-weit wird der Anteil der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung bis 2050 voraussichtlich auf 34 % steigen.

Südeuropa wird besonders stark altern

Deutschland wird, ausgehend von bereits hohem Niveau, auch in Zukunft weiter altern. 2050 wird hierzulande voraussichtlich mehr als jeder Dritte jenseits der 60 sein. Einen noch höheren Anteil älterer Menschen als Deutschland werden jedoch die Slowakei und Spanien und vor allem Griechenland und Portugal haben. Grund dafür sind unter anderem die gegenwärtig sehr niedrigen Geburtenziffern in diesen Staaten.

In der EU leben immer mehr Menschen ab 60 Jahren, aufgrund der höheren Lebenserwartung auch eine steigende Zahl Hochbetagter. Der Anteil der über 60-Jährigen an der EU-Bevölkerung wird auch in den kommenden Jahren weiter zunehmen. Zuwanderung kann diesen Prozess verlangsamen, aber nicht aufhalten.

2 Erwerbsbeteiligung und finanzielle Situation

2.1 Erwerbstätigkeit bis 65 Jahre

In den kommenden Jahrzehnten nimmt die Zahl der älteren Menschen zu, gleichzeitig rücken weniger junge Menschen ins erwerbsfähige Alter nach. Im Rahmen der Europa 2020-Strategie haben sich die EU-Staaten deshalb darauf geeinigt, die Erwerbsbeteiligung insgesamt zu steigern.

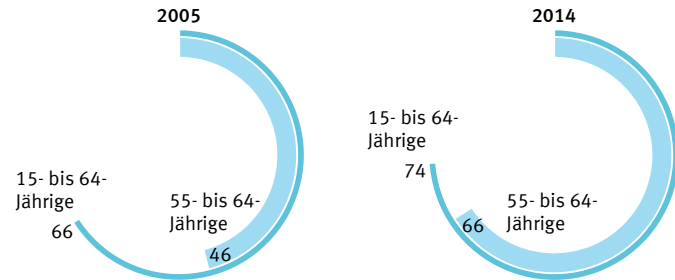
Ältere verstärkt am Arbeitsmarkt aktiv

Die deutsche Bundesregierung hat sich im Nationalen Reformprogramm das Ziel gesetzt, die Erwerbsbeteiligung Älterer zu erhöhen. Bis 2020 sollen demnach in Deutschland 60% der 55- bis 64-Jährigen erwerbstätig sein. Nach Ergebnissen der Europäischen Arbeitskräfteerhebung erreichte Deutschland dieses Ziel bereits 2011. Die Erwerbstätigenquote⁽⁶⁾ ist seitdem weiter gestiegen und erreichte 2014 mit 66% ihren bisherigen Höchststand. Im Jahr 2005 hatte der Anteil der Erwerbstätigen zwischen 55 und 64 Jahren noch bei 46% gelegen. Damit hat die Erwerbsbeteiligung in den vergangenen Jahren in keiner Altersgruppe so stark zugenommen wie unter den 55- bis 64-Jährigen. Sie liegt aber weiterhin deutlich unter der Erwerbstätigenquote der 15- bis 64-Jährigen insgesamt (74%).

Später in den Ruhestand

Wichtige Voraussetzung für eine hohe Erwerbsbeteiligung ist eine gute Wirtschaftslage mit großer Arbeitsnachfrage. Gründe für die steigende Erwerbstätigenquote älterer Menschen dürften zum einen die geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen sein, die eine Frühverrentung erschwert haben. Zum anderen ist das Bildungsniveau der 55- bis 64-Jährigen kontinuierlich gestiegen und höhere Bildungsabschlüsse gehen oft mit einer längeren Teilnahme am Erwerbsleben einher. So waren 2014 Hochqualifizierte in dieser Altersgruppe mit einer Erwerbstätigenquote von 78% deutlich häufiger am Erwerbsleben beteiligt als Geringqualifizierte⁽⁶⁾ (48%).

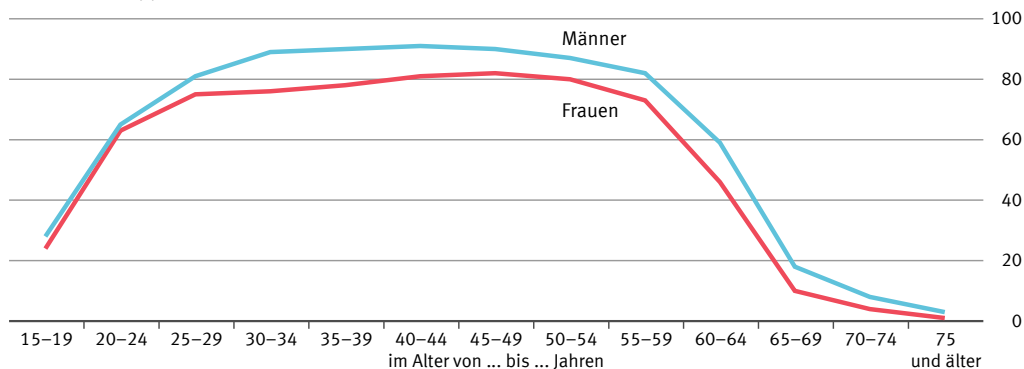
Entwicklung der Erwerbstätigenquoten nach Altersgruppen, in %



Immer mehr Frauen erwerbstätig

Frauen im Alter von 55 bis 64 Jahren sind zwar immer noch seltener erwerbstätig als Männer, der Abstand hat sich im letzten Jahrzehnt jedoch verringert: 2005 waren 38 % der Frauen und 54 % der Männer dieses Alters erwerbstätig. 2014 lagen die Anteile bei 60 % beziehungsweise 71 %.

Erwerbstätigenquoten 2014 nach Altersgruppen, in %



Höhere Selbständigenquote

14 % der 55- bis 64-jährigen Erwerbstätigen waren 2014 selbstständig oder als mithelfende Familienangehörige tätig. Dieser Anteil war etwas höher als bei allen Erwerbstätigen ab 15 Jahren (11 %).

zwischen Frauen und Männern: Unter den 55- bis 64-Jährigen insgesamt arbeiteten die Frauen deutlich häufiger in Teilzeit (52 %) als die Männer (11 %).

Ältere treten beruflich kaum kürzer

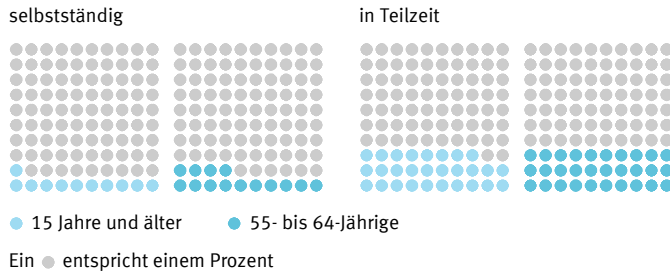
Ältere, die noch erwerbstätig sind, verringern ihre Arbeitszeit nicht viel häufiger als der Durchschnitt: Die Teilzeitquote der 55- bis 64-jährigen Erwerbstätigen lag 2014 mit 30 % nur leicht höher als die aller Erwerbstätigen ab 15 Jahren (28 %). Wie in den jüngeren Altersgruppen zeigten sich jedoch deutliche Unterschiede

Frauen häufig in atypischer Beschäftigung

In 2014 gingen 20 % der Erwerbstätigen im Alter von 55 bis 64 Jahren einer atypischen Beschäftigung nach und damit nur unwesentlich seltener als Erwerbstätige zwischen 15 und 64 Jahren (21 %). Zu den atypisch Beschäftigten zählt, wer in Teilzeit mit maximal 20 Wochenstunden, geringfügig oder befristet beschäftigt ist oder in einem Zeitarbeitsverhältnis steht.

2 Erwerbsbeteiligung und finanzielle Situation

Erwerbstätige nach Erwerbsform 2014 in %



Frauen im Alter von 55 bis 64 Jahren waren zu 31 % atypisch beschäftigt, Männer hingegen nur zu 10 %. Dies entspricht in etwa dem Geschlechterverhältnis unter allen atypisch Beschäftigten zwischen 15 und 64 Jahren.

Erwerbslosigkeit im Osten mehr als doppelt so hoch

Rund 382 000 Personen im Alter von 55 bis 64 Jahren waren 2014 in Deutschland ohne Arbeit. Das entspricht einer Erwerbslosenquote ^[6] von 5,1 %. Der Anteil war damit kaum höher als die Erwerbslosenquote der 15- bis 74-Jährigen insgesamt (5,0 %). Zwischen Männern und Frauen bestand nur ein geringer Unterschied (5,5 % beziehungsweise 4,7 %). Der Unterschied zwischen

Ost- und Westdeutschland war hingegen deutlich: Im Westen waren 3,9 % der älteren Erwerbspersonen ohne Arbeit, im Osten 9,2 %.

Langwierige Arbeitssuche

55- bis 64-Jährige sind zwar kaum häufiger erwerbslos als Angehörige anderer Altersgruppen. Warum Erwerbslosigkeit in diesem Alter dennoch ein größeres Problem ist, zeigt der Blick auf den Anteil von Langzeiterwerbslosen: Für 63 % der älteren Erwerbslosen dauerte die Arbeitssuche zum Zeitpunkt der Befragung schon mehr als zwölf Monate. Hingegen galt dies nur für 44 % der Erwerbslosen im Alter von 15 bis 74 Jahren insgesamt. Das deutet darauf hin, dass ältere Personen im Falle von Erwerbslosigkeit besonders schwer eine neue Beschäftigung finden.

Wann geht es in den Ruhestand?

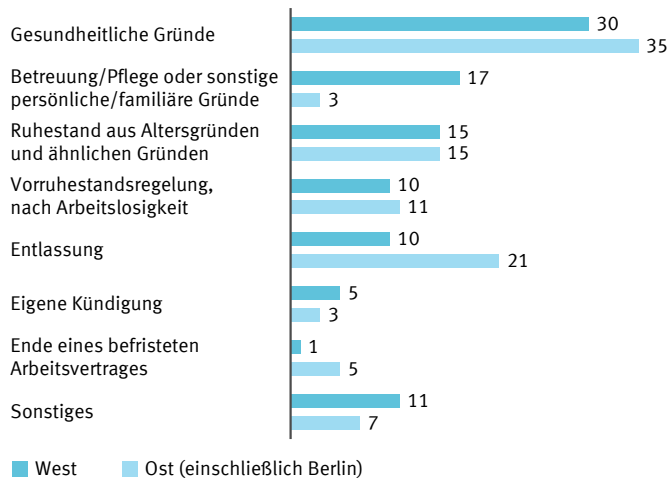
Das Ende des Erwerbslebens war nach der 2014 geltenden gesetzlichen Regelung für die meisten Berufe mit 65 Jahren und drei Monaten erreicht. Die gesetzliche Vorgabe sagt jedoch noch nicht viel über die Realität des Erwerbslebens älterer Menschen aus: Der tatsächliche Übergang in den Ruhestand findet oft deutlich früher statt. Nach Ergebnissen des Mikrozensus waren Personen, die 2013 ihre Erwerbstätigkeit beendeten und in den Ruhestand gingen, im Durchschnitt knapp 62 Jahre alt.

Ostdeutsche häufiger unfreiwillig im (Vor-)Ruhestand

Wer 2014 bereits im Alter von 55 bis 64 Jahren nicht mehr erwerbstätig war, führte dafür häufig (31 %) vor allem gesundheitliche Gründe an. Weitere 15 % nannten als Hauptgrund für die Beendigung ihrer letzten Erwerbstätigkeit Alters- oder ähnliche Gründe. 14 % gaben Betreuungsbedarf von Kindern oder pflegebedürftigen Personen oder andere persönliche oder familiäre Verpflichtungen an. In den östlichen Bundesländern wurden wesentlich häufiger als in den westlichen Bundesländern die Gründe „Entlassung“, „Ruhestand aus gesundheitlichen Gründen“ und „Auslaufen eines befristeten Vertrages“ angegeben. Die Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen beziehungsweise behinderten Personen sowie sonstige persönliche oder familiäre Verpflichtungen spielten hingegen im Osten eine wesentlich geringere Rolle als im Westen.

Menschen zwischen 55 und 64 Jahren sind immer häufiger erwerbstätig. Vor allem Frauen nehmen vermehrt am Erwerbsleben teil. Die Erwerbslosenquote ist in dieser Altersgruppe in Ostdeutschland mehr als doppelt so hoch wie in Westdeutschland.

Hauptgrund für die Beendigung der letzten Erwerbstätigkeit von 55- bis 64-jährigen Nichterwerbstätigen 2014 in %



2 Erwerbsbeteiligung und finanzielle Situation

2.1 EU | Erwerbstätigkeit bis 65 Jahre

Immer mehr Ältere erwerbstätig

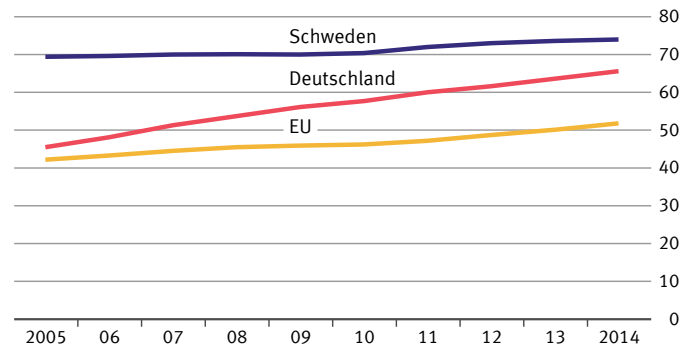
Ältere Menschen sind mittlerweile deutlich häufiger auf dem europäischen Arbeitsmarkt vertreten als noch vor einigen Jahren: Gingen im EU-Durchschnitt 2005 rund 42% der 55- bis 64-Jährigen einer Arbeit nach, lag ihre Erwerbstätigenquote⁽⁶⁾ 2014 bereits bei 52%. Männer waren dabei mit 59% deutlich häufiger erwerbstätig als Frauen (45%). Der Abstand zwischen den Geschlechtern hat sich in den vergangenen Jahren zwar verringert, ließ sich aber weiterhin in allen EU-Staaten außer Finnland und Lettland beobachten.

Deutschland mit EU-weit stärkstem Anstieg

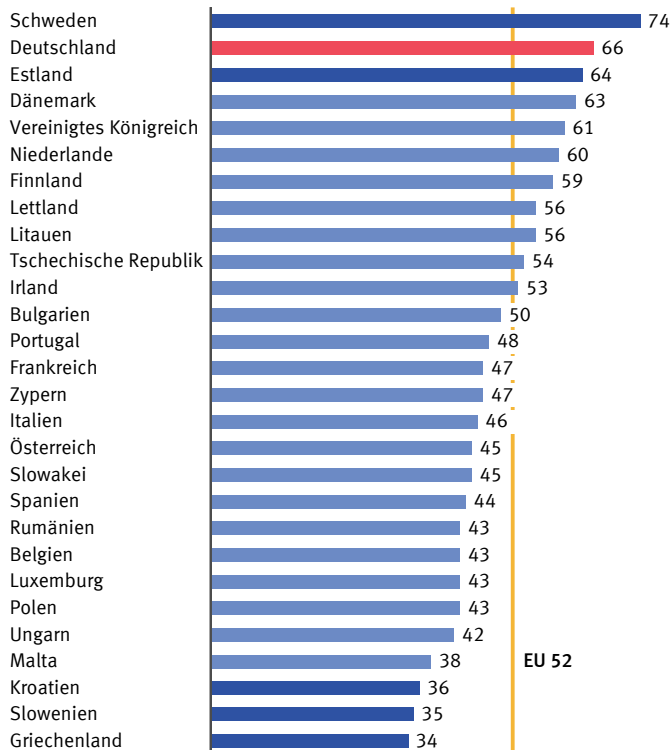
In Deutschland stieg das Beschäftigungsniveau bei den 55- bis 64-Jährigen in den vergangenen Jahren so deutlich wie in keinem anderen EU-Land: 2005 lag ihre Erwerbstätigenquote noch bei 46%. 2014 waren es bereits 66%. Noch höher war der Anteil nur in Schweden (74%). Im Gegensatz zu Deutschland sind ältere Menschen dort aber bereits seit vielen Jahren stark auf dem Arbeitsmarkt vertreten.

In über der Hälfte aller EU-Länder hatten hingegen weiterhin weniger als 50% der 55- bis 64-Jährigen einen Arbeitsplatz, so zum Beispiel in Griechenland, Slowenien und Kroatien. Zu den möglichen Gründen für ein frühes Verlassen des Arbeitsmarktes zählen neben einer schwierigen Wirtschafts- und Beschäftigungslage auch günstige Rentenregelungen oder gesundheitliche Probleme. Ob ältere Menschen berufstätig sind, hängt aber auch vom Bildungsstand ab: EU-weit waren in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen Hochqualifizierte⁽⁶⁾ fast doppelt so häufig erwerbstätig (69%) wie Geringqualifizierte⁽⁶⁾ (38%).

Erwerbstätigenquote der 55- bis 64-Jährigen
in %



Erwerbstätigenquote der 55- bis 64-Jährigen 2014 in %



Ältere Erwerbstätige treten beruflich kaum kürzer als Jüngere
Im EU-Durchschnitt arbeiteten 77% der 55- bis 64-jährigen Erwerbstätigen in Vollzeit. 23% arbeiteten verkürzt. Damit lag die Teilzeitquote kaum höher als unter allen Erwerbstätigen ab 15 Jahren (20%).

Immer mehr Menschen in der EU arbeiten bis zum 65. Lebensjahr, drei Viertel davon in Vollzeit.
Hochqualifizierte standen deutlich häufiger so lange im Berufsleben als Geringqualifizierte.



2 Erwerbsbeteiligung und finanzielle Situation

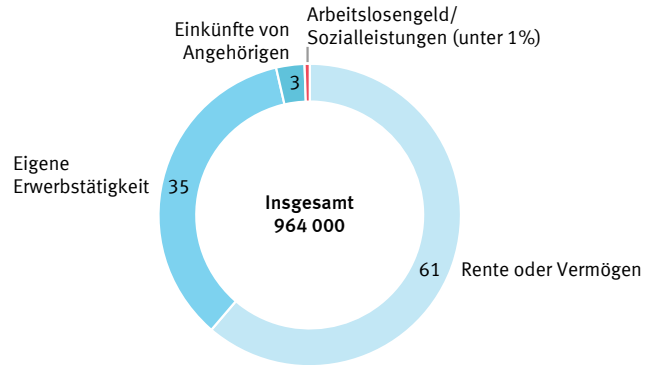
2.2 Erwerbstätigkeit ab 65 Jahren

Seit 2012 wird die Grenze für die Regelaltersrente schrittweise auf 67 Jahre angehoben. Am Ende des Berichtszeitraums 2014 galt eine Altersgrenze von 65 Jahren und 3 Monaten. Eine monatsgenaue Abbildung ist an dieser Stelle jedoch nicht möglich. 2014 waren insgesamt noch 6 % der Bevölkerung ab 65 Jahren erwerbstätig. Das waren 964 000 Personen, davon rund 360 000 Frauen. Betrachtet man nur die Gruppe der 65- bis 69-Jährigen, also die Personen in der ersten Phase des Rentenalters, gingen 14 % einer Erwerbstätigkeit nach. 2005 waren es nur 7 %, der Anteil in dieser Altersgruppe hat sich also in kurzer Zeit mehr als verdoppelt. Warum arbeiten Menschen jenseits der Ruhestandsgrenze? Handelt es sich bei den erzielten Einkünften um einen Zuverdienst oder um ein lebensnotwendiges Einkommen?

Arbeiten für den Lebensunterhalt

Für rund 35 % der Erwerbstätigen ab 65 Jahren war die ausgeübte Tätigkeit die vorwiegende Quelle des Lebensunterhalts. Damit gab es 2014 in Deutschland 340 000 Personen, die im Rentenalter überwiegend vom eigenen Arbeitseinkommen lebten. Für die Mehrheit der Erwerbstätigen ab 65 Jahren war dieses Einkommen aber ein Zuverdienst, sie lebten in erster Linie von ihrer Rente beziehungsweise ihrem Vermögen (61 %).

Hauptquelle des Lebensunterhalts der Erwerbstätigen ab 65 Jahren 2014
in %



Vor allem Selbstständige arbeiten im Ruhestand weiter

Für Selbstständige und mithelfende Familienangehörige gibt es keine bindende Regelaltersgrenze. Deshalb gewinnt diese Erwerbsform mit zunehmendem Alter an Bedeutung. 44 % der Erwerbstätigen ab 65 Jahren waren selbstständig oder mithelfende Familienangehörige. Damit lag der Anteil mehr als drei Mal so hoch wie in der Altersklasse der 55- bis 64-Jährigen (14 %) und vier Mal so hoch wie im Durchschnitt aller Erwerbstätigen (11 %).



Arbeiten ja, aber nicht mehr so viel

Jenseits der 65 treten die Erwerbstätigen im Job meist kürzer: 2014 übten fast drei Viertel (72 %) ihre Tätigkeit in Teilzeit aus. Damit war der Anteil deutlich höher als in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen (30 %). Der Durchschnitt über alle Altersgruppen hinweg lag bei 28 %.

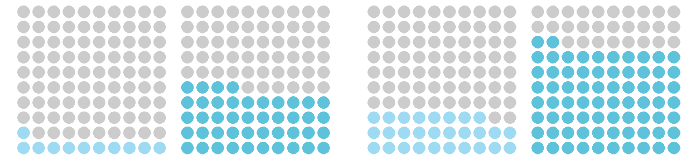
Der demografische Wandel wird deutliche Auswirkungen auf die Sozialsysteme und den Arbeitsmarkt haben. 2013 kamen rechnerisch noch knapp drei Erwerbsfähige (2,9) im Alter von 20 bis 64 Jahren auf einen ab 65-Jährigen. In den kommenden Jahren soll die sogenannte Regelaltersgrenze schrittweise auf 67 Jahre erhöht werden. Aber auch damit werden im Jahr 2030 nur noch zweieinhalb Erwerbsfähige (2,5) im Alter von 20 bis 66 Jahren auf eine Person im Rentenalter ab 67 Jahren kommen.

Erwerbstätige nach Erwerbsform 2014

in %

selbstständig

in Teilzeit



● 15 Jahre und älter ● 65 Jahre und älter

Ein ● entspricht einem Prozent

Für gut ein Drittel der Erwerbstätigen ab 65 Jahren ist das Arbeitseinkommen die Haupteinnahmequelle für ihren Lebensunterhalt. Vor allem Selbstständige führen ihre Arbeit im Rentenalter fort. Fast drei Viertel der über 65-jährigen Erwerbstätigen arbeiten in Teilzeit.

2 Erwerbsbeteiligung und finanzielle Situation

2.2

EU | Erwerbstätigkeit ab 65 Jahren

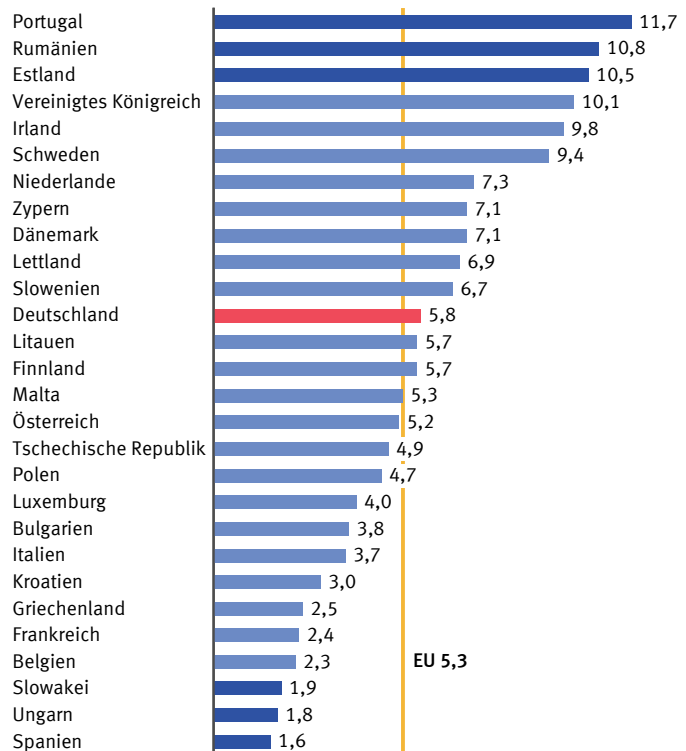
Rund um den 65. Geburtstag gehen die meisten EU-Bürger in Rente, genießen die freie Zeit, gehen ihren Hobbys nach oder verbringen Zeit mit ihren Enkeln. Nicht alle verabschieden sich jedoch aus dem Erwerbsleben. Einige wollen und können noch, andere müssen aus wirtschaftlichen Gründen bis ins hohe Alter arbeiten.

Der Anteil der Menschen, die nach dem Erreichen des 65. Lebensjahres noch erwerbstätig sind, variiert sehr in der EU. So ging 2014 zum Beispiel in Portugal, Rumänien und Estland noch etwas mehr als jeder Zehnte auch nach dem 65. Geburtstag noch arbeiten. In Deutschland waren es 6%, in Spanien oder Ungarn nur noch knapp 2%.

Vor allem in der Landwirtschaft wird weitergearbeitet

Im EU-Durchschnitt arbeiteten noch 5% der Bevölkerung ab 65 Jahren. Das waren insgesamt knapp fünf Millionen Erwerbstätige. Rund 20% davon waren im Agrarbereich beschäftigt – in Staaten wie Portugal und Rumänien ist es vor allem die bäuerliche Landwirtschaft, die ihre Arbeitskräfte bis ins hohe Alter bindet. Es folgten mit Abstand der Handel (13%) sowie das Gesundheits- und Sozialwesen (9%).

Erwerbstätigenquote der ab 65-Jährigen 2014
in %



Viele Selbstständige und mithelfende Familienangehörige

Nach dem 65. Geburtstag wird überdurchschnittlich häufig auf selbstständiger Basis oder als mithelfender Familienangehöriger gearbeitet. Lag der Anteil der Selbstständigen unter den ab 15-jährigen Erwerbstätigen in der EU 2014 durchschnittlich bei 16 %, waren es in der Altersgruppe ab 65 Jahren rund 55 %. 42 % der Erwerbstätigen ab 65 Jahren in der EU arbeiteten Vollzeit. In Deutschland lag dieser Anteil mit 28 % deutlich niedriger.

EU-weiter Angleichungsprozess

Seit 2005 hat sich der Anteil der Erwerbstätigen ab 65 Jahren im EU-Durchschnitt um einen Prozentpunkt erhöht. Dabei verzeichneten einige Länder recht deutliche Zuwächse in diesem Zeitraum, so zum Beispiel Schweden (+ 5 Prozentpunkte) und das Vereinigte Königreich (+ 4 Prozentpunkte). In einigen Ländern mit bislang vergleichsweise hohen Quoten war hingegen ein deutlicher Rückgang zu beobachten: In Portugal, Zypern, Kroatien und Rumänien sank die Erwerbstätigenquote der ab 65-Jährigen seit 2005 um vier bis sechs Prozentpunkte. Eine mögliche Erklärung ist die schwindende Bedeutung der kleinteiligen Landwirtschaft.



EU-weit arbeiten rund 5 % der Menschen ab 65 Jahren. Tätig sind sie vor allem in der Landwirtschaft, es folgen mit Abstand der Handel sowie das Gesundheits- und Sozialwesen.

2 Erwerbsbeteiligung und finanzielle Situation

2.3 Einkommen und Lebensunterhalt

Mit dem Übergang vom Erwerbsleben ins Rentenalter ändern sich für die meisten die Quellen des überwiegenden Lebensunterhalts.⁶ Die Mehrheit der Seniorinnen und Senioren finanziert ihren Lebensunterhalt überwiegend durch den Bezug einer Rente oder Pension. Im Jahr 2014 traf das auf 88 % der Generation 65 plus zu. Die anderen lebten von Einkünften der Angehörigen, einem Arbeitseinkommen oder bezogen Geld aus sonstigen Quellen, wie zum Beispiel Sozialhilfe. Zwischen Frauen und Männern gab es dabei deutliche Unterschiede.

Frauen häufiger finanziell von Angehörigen abhängig

Jede vierte ältere Frau (25 %), die 2014 in einer Paargemeinschaft lebte, war zur Finanzierung ihres überwiegenden Lebensunterhalts auf die Einkünfte von Angehörigen angewiesen. In der Regel war das der Ehe- oder Lebenspartner. Bei den gleichaltrigen Männern traf das nur auf 0,5 % zu. 71 % der Seniorinnen in Paargemeinschaften finanzierten

ihren Lebensunterhalt überwiegend durch die eigene Rente. Dieser Anteil war deutlich niedriger als bei den Männern in Paargemeinschaften (94 %).

Alleinlebende Frauen bezogen häufig Witwenrente

Alleinlebende Frauen (96 %) und Männer (94 %) lebten in der Regel von der eigenen Rente beziehungsweise Pension. Es gab aber deutliche Unterschiede im Hinblick auf die Rentenart. So wurden die Altersrenten der alleinlebenden älteren Frauen häufig durch Hinterbliebenenrenten ergänzt: Im Jahr 2014 bezogen 69 % von ihnen sowohl eine eigene als auch eine Hinterbliebenenrente.

Quellen des überwiegenden Lebensunterhalts ab 65 Jahren nach Lebensform 2014

	Männer			Frauen		
	alleinlebend	als Paar lebend	andere Lebensform ¹	alleinlebend	als Paar lebend	andere Lebensform ¹
	%					
Rente/Pension	93,7	93,9	90,8	95,7	71,1	92,5
Eigene Erwerbstätigkeit	2,7	3,2	4,0	0,8	1,5	1,0
Einkünfte von Angehörigen	/	0,5	/	0,5	25,4	3,2
Sonstige Quellen ²	3,5	2,4	3,8	2,9	2,1	3,3

¹ Zum Beispiel Alleinstehende in Mehrpersonenhaushalten, Alleinerziehende.

² Zum Beispiel Sozialhilfe (einschließlich Grundsicherung im Alter).

6 % hatten nur eine Hinterbliebenenrente. 26 % bezogen ausschließlich eine eigene Rente, unter den alleinlebenden älteren Männern war dieser Anteil mit 71 % fast dreimal so hoch.

Rollenverteilung bei Paaren

Die Einkommensstrukturen sind Folge der Rollenverteilung, die viele der heutigen Generation 65 plus lebten, als sie noch im Erwerbsleben standen. Der Mann war in der Regel in Vollzeit berufstätig. Viele Frauen gingen keiner Erwerbstätigkeit nach, reduzierten ihren Arbeitsumfang oder unterbrachen die Erwerbstätigkeit zumindest zeitweise für die Kindererziehung. Ein Wandel dieser Rollenmuster vollzieht sich in Deutschland nur langsam. Auch von den Frauen in Paargemeinschaften jüngerer Generationen lebte 2014 rund ein Viertel überwiegend von den Einkünften Angehöriger. Der Wert unterschied sich damit kaum vom Anteil der älteren Frauen in Paargemeinschaften.

Frauen müssen häufiger mit wenig Geld auskommen

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Quelle des überwiegenden Lebensunterhalts spiegeln sich auch im persönlichen monatlichen Nettoeinkommen⁽⁶⁾ wider. Fast drei Viertel (73 %) der älteren Frauen in Paargemeinschaften hatten 2014 ein persönliches Einkommen von unter 900 Euro. Hierzu zählten auch diejenigen, die über gar kein persönliches Einkommen verfügten. Der Anteil der Männer, die mit einer Ehe- oder Lebenspartnerin

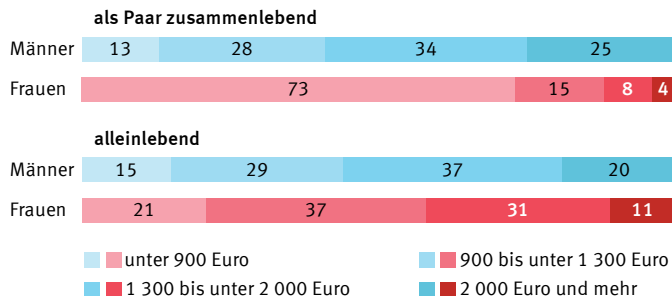
zusammenwohnten und weniger als 900 Euro persönliches Einkommen hatten, war mit 13 % deutlich niedriger. Allerdings waren Frauen und Männer in Paargemeinschaften nicht ausschließlich auf ihr persönliches Einkommen angewiesen. Das Einkommen des Partners oder der Partnerin trug ebenfalls zum gemeinsamen Haushaltsbudget bei.

Jede fünfte alleinlebende Frau im Rentenalter hat unter 900 Euro

Alleinlebende Frauen und Männer waren zur Finanzierung ihres Lebensunterhalts ausschließlich auf ihr persönliches Nettoeinkommen angewiesen. 2014 mussten 21 % der alleinlebenden Frauen ab 65 Jahren mit weniger als 900 Euro monatlich auskommen, von den gleichaltrigen Männern nur 15 %.

Monatliches Nettoeinkommen ab 65 Jahren 2014

nach Lebensform, in %



2 Erwerbsbeteiligung und finanzielle Situation

Männer beziehen höhere Rente als Frauen

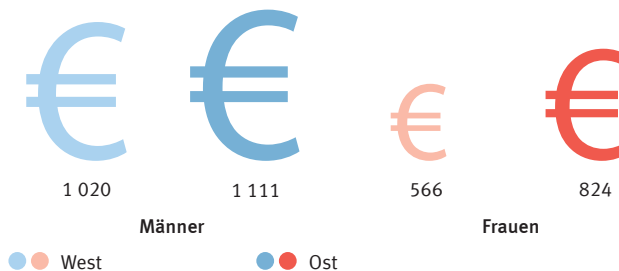
Zum Jahresende 2014 wurden von der Deutschen Rentenversicherung knapp 17,9 Millionen Altersrenten ausbezahlt, 7,9 Millionen an Männer und 9,9 Millionen an Frauen. Hinzu kamen weitere Renten wie beispielsweise rund 5,4 Millionen Witwen-/Witwerrenten. Davon wurden knapp 4,8 Millionen an Frauen ausbezahlt. Die durchschnittliche Altersrente lag Ende 2014 bei 805 Euro monatlich. Männer bekamen mit durchschnittlich 1 037 Euro erheblich mehr als Frauen mit 618 Euro.

Renten im Osten höher

Die durchschnittlichen Auszahlungsbeträge der gesetzlichen Altersrenten waren in Ostdeutschland höher als in Westdeutschland: Ende 2014 lag der Durchschnitt für Männer in den östlichen Bundesländern etwa 9 % über dem Betrag des früheren Bundesgebietes (Ost: 1 111 Euro, West: 1 020 Euro). Bei den Frauen waren die durchschnittlichen Auszahlungsbeträge der gesetzlichen Altersrenten im Osten, insbesondere aufgrund der höheren Erwerbstätigkeit in der ehemaligen DDR, um rund 46 % höher als im Westen (824 Euro gegenüber 566 Euro).

Die Höhe der gesetzlichen Altersrente gibt allerdings keine vollständige Auskunft über den Lebensstandard älterer Menschen. Weitere Einkünfte können aus privater oder betrieblicher Altersvorsorge, Vermögen, Immobilienbesitz oder sonstigen Einkommensquellen beziehungsweise Zuverdiensten stammen.

Höhe der gesetzlichen Altersrenten am 31. Dezember 2014 durchschnittlicher monatlicher Zahlbetrag, in Euro



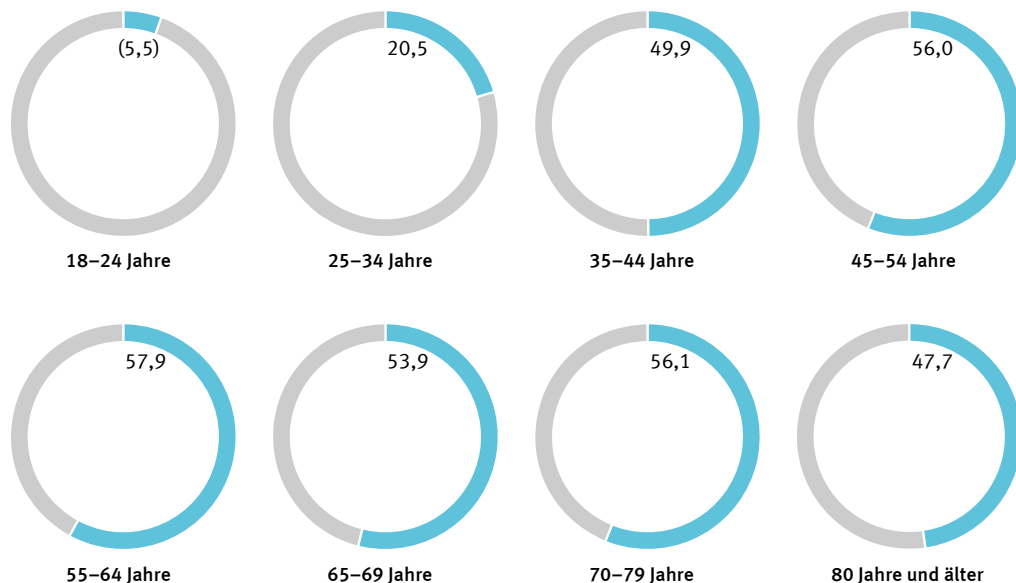
Quelle: Deutsche Rentenversicherung.

Immobilienvermögen

Der überwiegende Teil der Haushalte kann sich im Laufe des (Arbeits-)Lebens Vermögensreserven aufbauen, unter anderem in Form von Haus- und Grundbesitz. Anfang 2013 verfügte in Deutschland im Durchschnitt jeder zweite Haushalt über Immobilienvermögen. Während der Anteil der Haushalte mit eigenem Haus und Grund in jungen Jahren eher gering war, stieg er mit zunehmendem Alter. Die meisten Immobilienbesitzer gab es mit 58 % bei den Haushalten mit 55- bis 64-jährigen Haupteinkommenspersonen. Danach fiel der Anteil wieder. Bei Haushalten von 80-Jährigen und Älteren lag er nur noch bei 48 %, vermutlich weil einige von ihnen ihr Immobilienvermögen zu diesem Zeitpunkt bereits an die Kinder oder Enkelkinder vererbt beziehungsweise verschenkt hatten.

In Paargemeinschaften der Generation 65 plus leben 25% der älteren Frauen, aber weniger als 1% der Männer überwiegend von den Einkünften ihrer Angehörigen. Von den alleinlebenden Älteren hatten 21% der Frauen und 15% der Männer ein persönliches Einkommen von weniger als 900 Euro.

Privathaushalte mit Haus- und Grundbesitz am 1. Januar 2013 nach Alter der Haupteinkommensperson, in %



() Eingeschränkte Zuverlässigkeit.

2 Erwerbsbeteiligung und finanzielle Situation

2.3 EU | Einkommen

In der EU existiert ein beträchtliches Wohlstandsgefälle. Zwischen den nördlichen und südlichen sowie den älteren und neueren EU-Mitgliedstaaten gibt es erhebliche Einkommensunterschiede. Dabei lässt sich allein aus der absoluten Einkommenshöhe in Euro noch nicht genau schließen, wo ältere Menschen in der Europäischen Union finanziell gut beziehungsweise schlecht gestellt sind oder sich viel oder wenig leisten können. Auch das aufgebaute Vermögen spielt zum Beispiel eine Rolle. Zudem muss die unterschiedliche Kaufkraft^[6] des Geldes in den einzelnen Ländern berücksichtigt werden.

Deutsche Senioren stehen vergleichsweise gut da

Ein Vergleich der kaufkraftbereinigten Einkommen für 2014 zeigt, dass deutsche Seniorinnen und Senioren gegenüber ihren Altersgenossen in anderen EU-Ländern sehr kaufkräftig waren. Nur in Frankreich, Österreich und vor allem Luxemburg konnten sich Menschen ab 65 Jahren noch mehr von ihrem Einkommen leisten. So hatte die Generation 65 plus in Luxemburg 72 % mehr Einkommen zur Verfügung als ihre Altersgenossen in Deutschland.

Geringe Einkommen im Osten Europas

Richtung Osten sah es anders aus: Im Nachbarland Polen erhielten ältere Menschen selbst unter Berücksichtigung der

Preisunterschiede nur rund 53 % des deutschen Einkommens. In der Slowakei, Griechenland, den baltischen und anderen osteuropäischen Ländern mussten die Menschen im Rentenalter zum Teil mit noch deutlich weniger zurechtkommen.

Ältere Männer haben mehr Geld zur Verfügung als Frauen

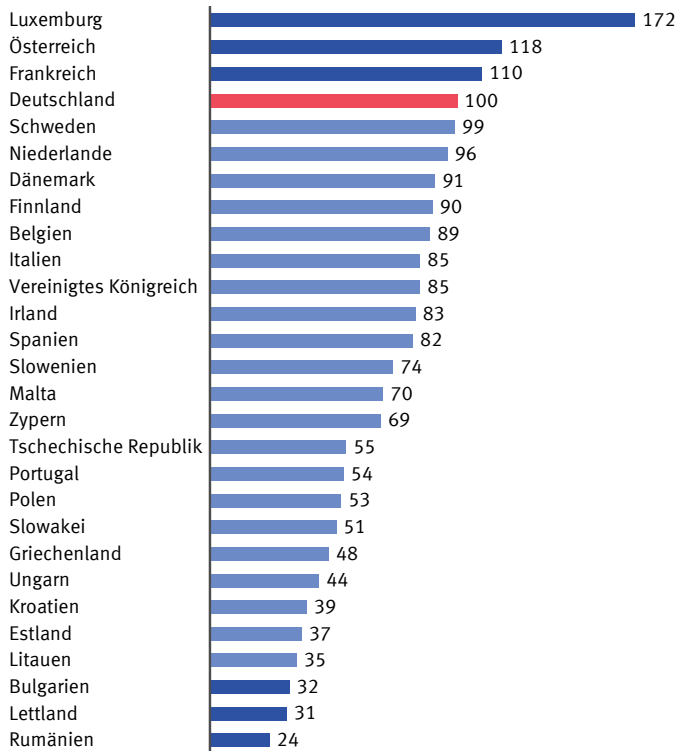
Männer verfügten im Rentenalter in allen EU-Staaten über ein höheres Einkommen als Frauen. Besonders groß war der Abstand in Schweden und Lettland, wo das Einkommen der Frauen ab 65 Jahren nur 83 % des Niveaus der gleichaltrigen Männer erreichte. In Deutschland waren es rund 92 %.



Die deutschen Seniorinnen und Senioren verfügen im EU-Vergleich über ein hohes Einkommen. Überall in der EU haben Männer im Alter ein höheres Durchschnittseinkommen als Frauen.

Einkommen von Personen ab 65 Jahren 2014

unter Berücksichtigung der Kaufkraft, Deutschland = 100



2 Erwerbsbeteiligung und finanzielle Situation

2.4 Armutsgefährdung und materielle Entbehrung

In Deutschland und in der EU geht es bei Armutsgefährdung^G in der Regel nicht um existenzielle Armut wie in den Entwicklungsländern, sondern um eine relative Armut, die sich im Verhältnis zum mittleren Einkommen der Gesamtbevölkerung eines Landes ausdrückt.

Als armutsgefährdet gilt, wer inklusive staatlicher Transferleistungen über weniger als 60 % des mittleren Einkommens der Gesamtbevölkerung verfügt. 2014 waren das in Deutschland Personen, deren Nettoeinkommen einschließlich staatlicher Transferleistungen unter 987 Euro im Monat lag. Dies traf auf rund 17 % der Bevölkerung in Deutschland zu. Mit rund 16 % lag der Anteil bei Menschen ab 65 Jahren leicht unter dem Durchschnitt.

Ältere Frauen stärker armutsgefährdet als ältere Männer

Frauen waren in allen Altersgruppen stärker armutsgefährdet als Männer. In der Altersgruppe ab 65 Jahren war der Unterschied am größten: Ältere Männer wiesen mit 14 % die niedrigste Armutsgefährdungsquote aller Altersgruppen auf, ältere Frauen mit 18 % hingegen die höchste (zu den Gründen siehe Kapitel 2.3).

Armutsgefährdungsquote 2014

	Insgesamt	Männer	Frauen
	%		
Gesamtbevölkerung	16,7	15,9	17,4
18 bis 64 Jahre	17,2	17,0	17,4
65 Jahre und älter	16,3	14,0	18,4

Materielle Entbehrung

Während für die Armutsgefährdungsquote die finanziellen Ressourcen ausschlaggebend sind, geht es bei der Messung materieller Entbehrung^G um Dinge, die zum allgemeinen Lebensstandard gehören, auf die aber aus finanziellen Gründen verzichtet werden muss (zum Beispiel auf ein Auto oder auf eine einwöchige Urlaubsreise pro Jahr). Auch wird berücksichtigt, ob unerwartet anfallende Ausgaben ohne Probleme aus eigenen finanziellen Mitteln bestritten werden können.

Ältere weniger als jüngere betroffen

Materielle Entbehrung ist für Seniorinnen und Senioren weniger ein Thema als für jüngere Menschen. Von erheblicher materieller Entbehrung waren im Jahr 2014 durchschnittlich 5,0 % der Bevölkerung in Deutschland betroffen. Bei den 65-Jährigen und Älteren

Erhebliche materielle Entbehrung 2014

Anteil der Betroffenen

	Insgesamt	Männer	Frauen
	%		
Gesamtbevölkerung	5,0	4,8	5,1
18 bis 64 Jahre	5,6	5,4	5,7
65 Jahre und älter	3,2	2,5	3,8

ist der Anteil auf 3,2% seit 2009 (2,5%) gestiegen. Die 18- bis 64-Jährigen waren mit 5,6% im Altersklassenvergleich am stärksten von erheblicher materieller Entbehrung betroffen. Frauen mussten im Hinblick auf erhebliche materielle Entbehrung im Durchschnitt mit 5,1% etwas häufiger auf Dinge verzichten als Männer (4,8%). Der Abstand zwischen den Geschlechtern war bei den älteren Menschen ab 65 Jahren am größten: Frauen dieser Altersklasse waren mit einem Anteil von 3,8% häufiger betroffen als Männer mit 2,5%.

Größtes Problem sind unerwartete Ausgaben

Auf Waschmaschine, Fernseher oder Telefon muss in Deutschland faktisch niemand verzichten. Das größte Problem stellen unerwartete größere Ausgaben dar. Unter den alleinlebenden Menschen ab 65 Jahren galt das 2014 für mehr als jeden Dritten (36%).

Einfach mal weg? Nicht für jeden möglich

Jährlich eine Woche Urlaub woanders als Zuhause verbringen: Das konnte sich ein Fünftel der Bevölkerung (21%) finanziell nicht leisten. Von den Alleinlebenden ab 65 Jahren waren es 27%. Bei den unter 65-jährigen Singlehaushalten war es sogar jeder Dritte (34%). Knapp 7% der Bevölkerung gaben an, sich aus finanziellen Gründen kein Auto leisten zu können. Auf Singlehaushalte der Generation 65 plus traf dies überdurchschnittlich häufig zu (16%). Bei den unter 65-jährigen Singlehaushalten war es sogar jeder Fünfte (20%).



In der Generation 65 plus sind Frauen stärker armutsgefährdet als Männer. Von materieller Entbehrung sind Ältere insgesamt weniger betroffen als Jüngere. Mehr als jede dritte alleinlebende Person ab 65 Jahren hat Probleme, unerwartete größere Ausgaben aus eigenen finanziellen Mitteln zu bestreiten.

2 Erwerbsbeteiligung und finanzielle Situation

2.4 EU | Armutsgefährdung

Ein entscheidender Aspekt von Armut ist die Geldknappheit, die zentrale Lebensbereiche wie Wohnen, Essen, Gesundheit, Bildung sowie Mobilität und Freizeitverhalten und damit auch die soziale Teilhabe stark einschränkt.

12,6 Millionen EU-Bürger ab 65 Jahren armutsgefährdet

In der EU galten 2014 rund 12,6 Millionen beziehungsweise 14 % der Bevölkerung ab 65 Jahren als armutsgefährdet.⁶ Das heißt, sie verfügten inklusive staatlicher Transferleistungen über weniger als 60 % des mittleren Einkommens der Gesamtbevölkerung.

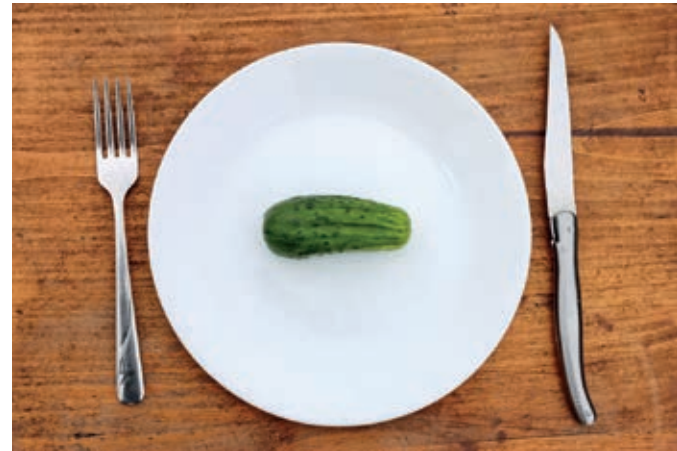
Frauen stärker betroffen als Männer

Vor allem für Frauen geht der Eintritt ins Rentenalter mit einem erhöhten Armutsrisiko einher. Da sie während ihres Berufslebens häufiger zugunsten der Kinder pausieren, Teilzeit arbeiten oder sich dauerhaft vom Arbeitsmarkt zurückziehen, erwerben sie oft nur unzureichende Rentenansprüche. 2014 galten in der EU rund 16 % der Frauen ab 65 Jahren als armutsgefährdet, von den gleichaltrigen Männern nur 11 %. In absoluten Zahlen waren sehr viel mehr Frauen (8,1 Millionen) als Männer (4,5 Millionen) betroffen, da es in dieser Altersgruppe deutlich mehr Frauen als Männer gab.

Schwierige Situation im Baltikum

Im EU-Vergleich sehr schwierig war die Situation für Ältere im Baltikum. So verfügte 2014 in Estland jede dritte Person ab 65 Jahre über ein zu geringes Einkommen. Auch in Lettland lebten 28 % unter der nationalen Armutsgrenze. In Deutschland wurde es im Alter für 16 % finanziell eng.

Statistisch am seltensten von Armut betroffen waren die ungarischen Seniorinnen und Senioren (5 %). Eine niedrige Armutsgefährdungsquote bedeutet dabei nicht automatisch, dass das



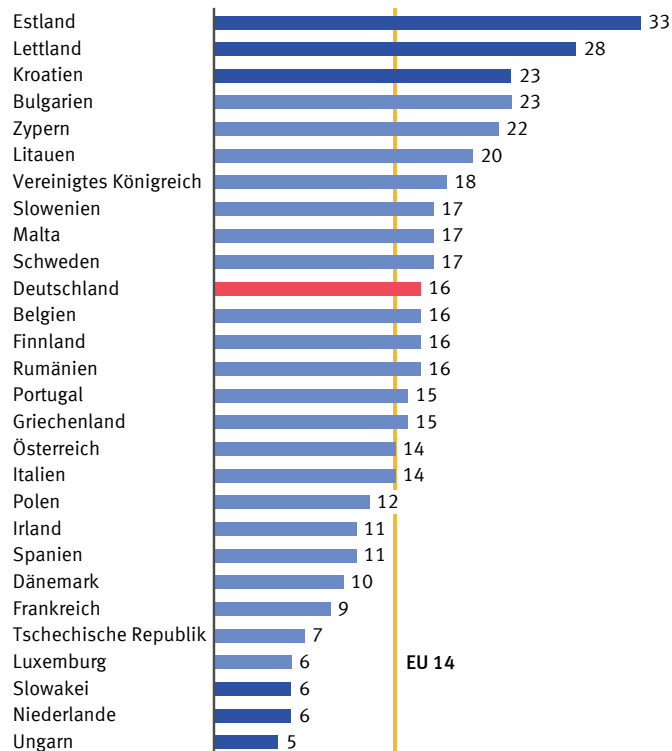
Wohlstandsniveau eines Landes besonders hoch ist. Sie besagt, dass nur ein vergleichsweise geringer Teil der Bevölkerung unter der jeweiligen nationalen Armutsgefährdungsschwelle lebt.

Ausblick

Das Problem der Altersarmut könnte sich in Zukunft verschärfen. Der demografische Wandel geht mit einer steigenden Zahl von Rentenempfängern und einer sinkenden Zahl von Personen im erwerbsfähigen Alter einher. Prekäre Beschäftigung und häufig unterbrochene Erwerbsbiografien erschweren eine ausreichende Altersvorsorge. Die umlagefinanzierten Rentensysteme stehen in den kommenden Jahren deshalb vor großen Herausforderungen.

In der Europäischen Union ist rund jede siebte Person ab 65 Jahren armutsgefährdet. Das entsprach rund 8,1 Millionen Frauen und 4,5 Millionen Männern.

Armutsgefährdungsquote der Bevölkerung ab 65 Jahren 2014 in %



2 Erwerbsbeteiligung und finanzielle Situation

2.5 Staatliche Grundsicherung

Grundsicherung^G im Alter nach dem „Zwölften Buch“ Sozialgesetzbuch (SGB XII) erhalten Personen, die die Altersgrenze erreicht haben und ihren Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenem Einkommen und Vermögen bestreiten können.

Die Grundsicherung im Alter soll dazu beitragen die sogenannte verschämte Armut abzumildern. Dahinter steht die Beobachtung, dass insbesondere ältere Menschen Sozialleistungsansprüche nicht geltend machen, weil sie den Rückgriff auf ihre unterhaltsverpflichteten Kinder fürchten. Um diese Scham zu nehmen, werden bei der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in der Regel keine Unterhaltsansprüche gegenüber den Kindern oder Eltern der Leistungsempfänger geltend gemacht.

Steigender Bedarf

Insgesamt erhielten Ende 2014 in Deutschland rund 512 000 Menschen Leistungen der Grundsicherung im Alter. 2003 hatte die Zahl nur bei rund 258 000 gelegen. Ein Grund für den starken Anstieg, vor allem in den ersten Jahren nach der Einführung im Jahr 2003, dürfte unter anderem der anfängliche Bearbeitungsrückstand in den Kommunen gewesen sein. In den Folgejahren wurde dieser Rückstand abgebaut und es zeigten sich stetige Zuwächse auf niedrigerem Niveau. Weitere Gründe für die Zunahme sind unter anderem die steigende Zahl älterer Menschen,

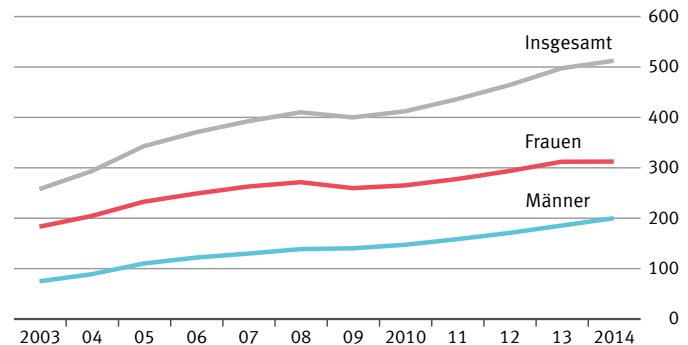
aber auch der zunehmende Anteil prekärer Beschäftigung und unterbrochener Erwerbsbiografien. Dadurch ist auch in den kommenden Jahren mit einer weiter steigenden Zahl von Bedürftigen zu rechnen.

Frauen häufiger auf Grundsicherung im Alter angewiesen

Staatliche Unterstützung im Alter wurde Ende 2014 anteilig an der jeweiligen Bevölkerung öfter von Frauen (3,3 %) als von Männern (2,7 %) in Anspruch genommen. Das liegt unter anderem am deutlich geringeren Nettoeinkommen der Frauen (siehe Kapitel 2.3).

Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter am 31. Dezember

in 1 000



Ausländische Mitbürger besonders stark betroffen

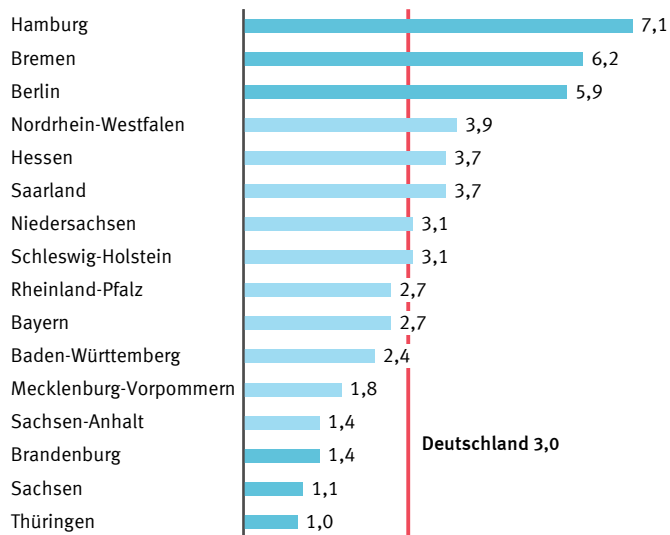
Ende 2014 erhielten Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft die Grundsicherung im Alter mit 15,9 % rund sechsmal häufiger als Deutsche (2,5 %). Gründe dafür waren unter anderem geringere Einkommen in der Erwerbszeit sowie kürzere Versicherungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Niedrigere Empfängerquoten im Osten

In Westdeutschland wird die Grundsicherung im Alter häufiger bezogen als in Ostdeutschland. Eine Ursache liegt in der höheren Erwerbsbeteiligung in der ehemaligen DDR, vor allem der Frauen. Dies führt zu höheren Rentenansprüchen, die meist zur Sicherung des Lebensunterhalts im Alter ausreichen. Ein weiterer möglicher Grund für geringere Bezugsquoten in Ostdeutschland ist das niedrigere Niveau der Mieten, die einen großen Teil der Haushaltsausgaben ausmachen. Ende 2014 bezogen in Westdeutschland 3,3 % der Personen im Rentenalter die Grundsicherung im Alter, in Ostdeutschland (einschließlich Berlin) waren es lediglich 2,1 %.

Die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter ist in den vergangenen Jahren stetig gestiegen. In Westdeutschland ist der Anteil der Leistungsbezieher höher als in Ostdeutschland.

Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter am 31. Dezember 2014 nach Bundesland, in %



3 Gesundheit

3.1 Lebenserwartung

Immer älter

Die Menschen in Deutschland werden immer älter. Dieser langfristige Trend ist bereits seit Beginn der statistischen Aufzeichnungen zum Ende des 19. Jahrhunderts zu beobachten. Seitdem hat sich die Lebenserwartung Neugeborener mehr als verdoppelt. Maßgebliche Gründe hierfür sind Fortschritte in der medizinischen Versorgung, der Hygiene sowie der Ernährung und Wohnsituation, verbesserte Arbeitsbedingungen und der gestiegene Wohlstand. Nach den Ergebnissen der aktuellen Sterbetafel 2012/2014 betrug die Lebenserwartung neugeborener Jungen 78,1 und die der Mädchen 83,1 Jahre.

Auch die fernere Lebenserwartung^G ist stark gestiegen. So hatten 60-jährige Männer 1871/1881 im Durchschnitt noch 12,1 Jahre zu leben. 2012/2014 waren es bereits 21,5 Jahre. Bei den Frauen ist diese Entwicklung noch stärker ausgeprägt: Lag der Wert für den Zeitraum 1871/1881 bei 12,7 Jahren, so konnten 60-jährige Frauen 2012/2014 noch durchschnittlich 25,2 weiteren Lebensjahren entgegensehen.

Die Lebenserwartung wird jeweils unter der Annahme berechnet, dass sich an den Überlebensverhältnissen im Betrachtungszeitraum nichts ändert.

Kein Ende absehbar

Derzeit ist kein Ende des Trends zum immer längeren Leben abzusehen. Während in der Vergangenheit der bestimmende Faktor die sinkende Säuglings- und Kindersterblichkeit war, sind heutzutage die verbesserten Überlebenschancen im höheren Alter von größerer Bedeutung.

Die 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung (siehe auch Kapitel 1) zeigt, dass die Lebenserwartung von neugeborenen Jungen 2060 rund sieben bis neun Jahre höher liegen könnte als 2012/2014. Bei den Mädchen wird sich die Lebenserwartung bis dahin um rund sechs bis sieben Jahre erhöhen, wenn sich die derzeitigen erkennbaren Trends fortsetzen. Frauen werden der Vorusberechnung zur Folge damit auch zukünftig durchschnittlich älter werden als Männer. Der Abstand zwischen den Geschlechtern wird sich aber wie schon seit Beginn der 1980er Jahre weiter verringern.

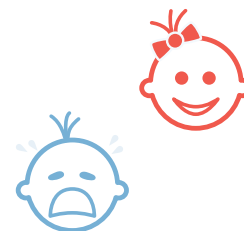
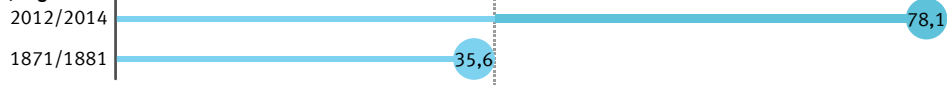
Die Lebenserwartung Neugeborener hat sich seit Ende des 19. Jahrhunderts mehr als verdoppelt. Auch die fernere Lebenserwartung ist stark gestiegen. Ein Ende des Trends zum immer längeren Leben ist gegenwärtig nicht absehbar.

Werte für die Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland in Jahren

Mädchen



Jungen

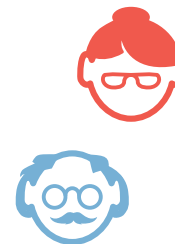


Fernere Lebenserwartung für das Alter 60 in Deutschland in Jahren

Frauen



Männer



Bei der Berechnung der Lebenserwartung werden stets die Sterbewahrscheinlichkeiten aller auf ein bestimmtes Alter folgenden Altersstufen einbezogen. Personen, die beispielsweise 60 Jahre alt sind, haben die Sterberisiken vorangegangener Altersstufen (Alter 0 bis 59) bereits hinter sich gelassen und sind „nur“ noch den Risiken ihres eigenen und des höheren Alters ausgesetzt. Sie weisen deshalb höhere Werte für die (Gesamt-)Lebenserwartung auf als Neugeborene.

3.1 EU | Lebenserwartung

Europaweit steigende Lebenserwartung

Die Chance auf ein langes Leben war niemals so gut wie heute. In allen EU-Ländern ist die Lebenserwartung in den vergangenen Jahrzehnten gestiegen. Dennoch lassen sich im relativ wohlhabenden Europa immer noch deutliche Unterschiede zwischen den Ländern beobachten.

In Frankreich werden die Menschen am ältesten

Die im EU-Vergleich niedrigste Lebenserwartung hatten 2014 die Menschen in den ehemals sozialistischen Ländern Mittel- und Osteuropas. Gründe dafür waren unter anderem der im Vergleich zu Westeuropa niedrigere Lebensstandard, die schlechtere Gesundheitsversorgung, relativ schwere Arbeitsbedingungen, aber auch ungesunde Ernährungsgewohnheiten. So betrug zum Beispiel in Lettland, Bulgarien und Litauen die fernere Lebenserwartung⁶ für 60-jährige Männer 2014 noch durchschnittlich rund 17 Jahre, in Deutschland 22. In Frankreich, Italien und Spanien waren es sogar über 23 Jahre.

Auch bei den Frauen wich die Lebenserwartung zum Teil deutlich voneinander ab. In Bulgarien betrug sie für 60-jährige Frauen noch 22 Lebensjahre, in Deutschland 26 Jahre. Für Französinen und Spanierinnen lag sie bei rund 28 Jahren.

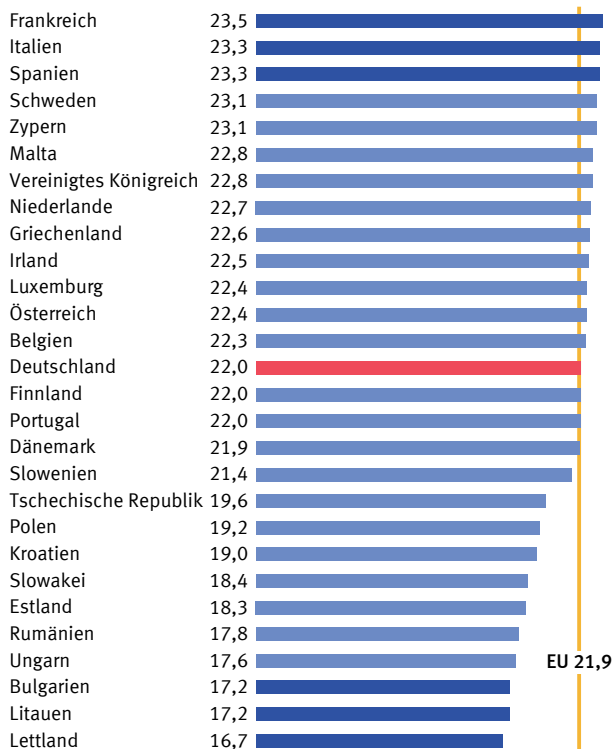
In einigen Ländern holen die Männer langsam auf

Frauen hatten in allen EU-Ländern eine höhere Lebenserwartung als Männer. In wohlhabenderen Ländern, wie zum Beispiel den Niederlanden, Dänemark und Deutschland, hat sich die Lebenserwartung der beiden Geschlechter in den vergangenen Jahren aber angenähert. Mögliche Gründe für diese Entwicklung liegen in der sich angleichenden Lebensweise. So müssen Männer in ihren Berufen immer seltener dauerhaft unter körperlich anstrengenden Bedingungen arbeiten. Auf der anderen Seite nähern sich zum Beispiel die Rauchgewohnheiten oder die Erwerbstätigenquoten der Frauen denen der Männer an.

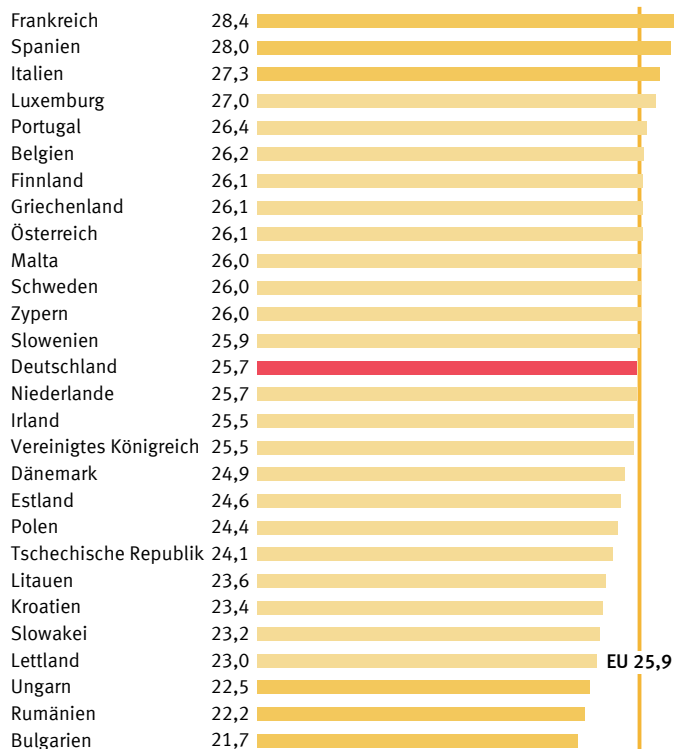
Die Lebenserwartung in den EU-Staaten unterscheidet sich zum Teil deutlich voneinander. Deutschland liegt im EU-weiten Mittelfeld. Frauen haben in allen EU-Staaten eine höhere Lebenserwartung als Männer.



Fernere Lebenserwartung von 60-jährigen Männern 2014 in Jahren



Fernere Lebenserwartung von 60-jährigen Frauen 2014 in Jahren



3.2 Gesundheitszustand

Die meisten Seniorinnen und Senioren sind fit

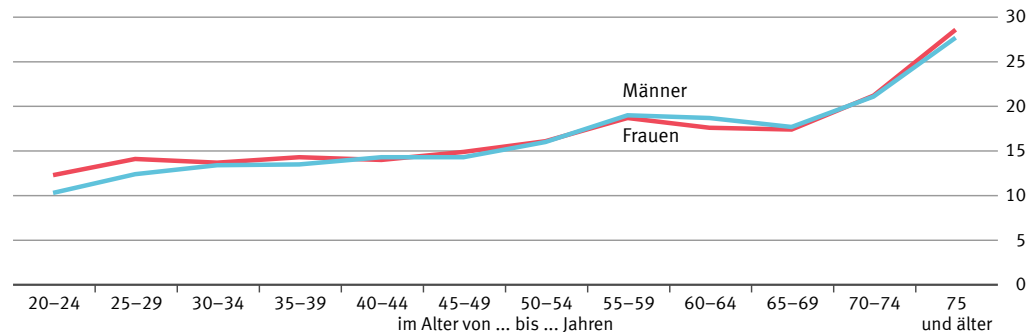
Wie gesund fühlen sich die Menschen in Deutschland jenseits der 65? Den meisten geht es offenbar gut: 2013 gaben nur 24 % der Befragten an, sich in den vier Wochen vor der Erhebung gesundheitlich so beeinträchtigt zu fühlen, dass sie Einschränkungen in den gewohnten Tätigkeiten in Kauf nehmen mussten. Dabei gab es kaum Unterschiede zwischen Männern (23 %) und Frauen (24 %).

Mit zunehmendem Alter fühlten sich erwartungsgemäß mehr Menschen gesundheitlich beeinträchtigt: Von den 65- bis 69-Jährigen bezeichneten sich 18 % als krank oder unfallverletzt, von den 70- bis 74-Jährigen 21 % und in der Altersgruppe ab 75 Jahren 28 %.

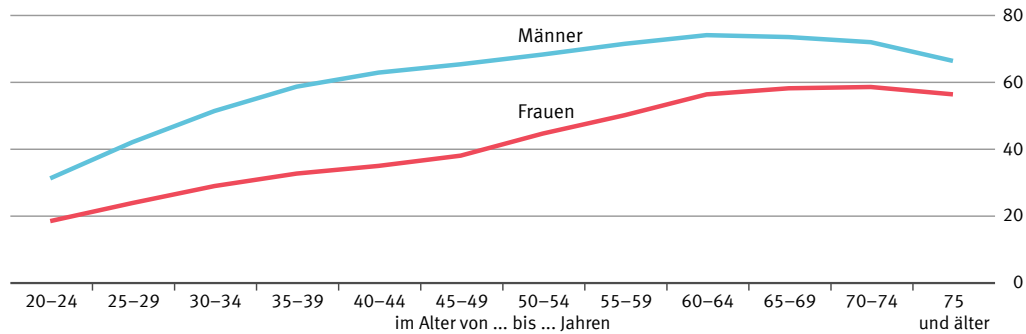
Viele sind übergewichtig

Übergewicht ist in Deutschland schon bei jungen Erwachsenen stark verbreitet, in den höheren Altersgruppen betrifft es dann mehr als jede zweite Person. In der Altersgruppe ab 65 Jahren brachten 2013 rund 70 % der Männer und 57 % der Frauen – bezogen auf ihre Körpergröße – zu viele Kilos auf die Waage: Mit einem Body-Mass-Index (BMI) ⁶ von über 25 galten sie als übergewichtig. Nur 30 % der Männer und 41 % der Frauen hatten Normalgewicht. Am stärksten von Übergewicht betroffen waren Männer in der Altersgruppe von 65 bis 69 Jahren (74 %) sowie Frauen von 70 bis 74 Jahren (59 %). Männer waren in allen Altersgruppen häufiger übergewichtig als Frauen.

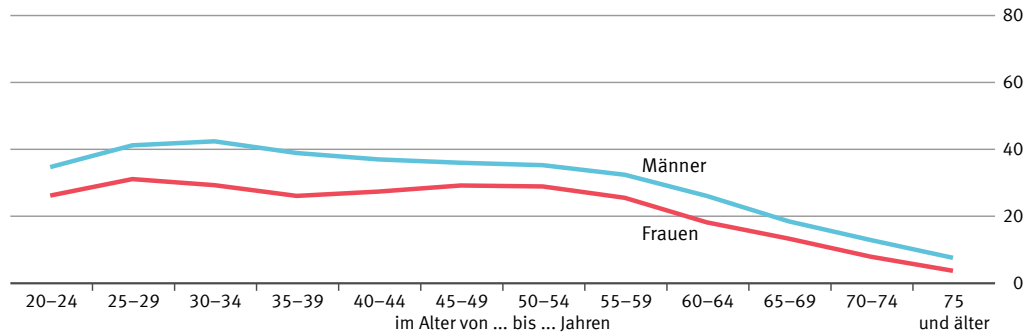
Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen 2013
nach Altersgruppen, in %



Personen mit Übergewicht (Body-Mass-Index über 25) 2013 nach Altersgruppen, in %



Raucherinnen und Raucher 2013 nach Altersgruppen, in %



3 Gesundheit

Im Alter wird vergleichsweise wenig geraucht

Ältere Menschen rauchen seltener als junge. Im Jahr 2013 gaben noch 9 % der ab 65-Jährigen an, regelmäßig oder gelegentlich zu rauchen. Das war über alle Altersgruppen hinweg der niedrigste Wert.

Frauen griffen dabei seltener zur Zigarette als Männer. Ab 65 Jahren rauchten noch 12 % der Männer und 7 % der Frauen. 46 % der Männer waren ehemalige Raucher, weitere 42 % hatten nie geraucht. Von den Frauen ab 65 Jahren hatten sich 15 % das Rauchen abgewöhnt, 78 % der Frauen gaben an, nie geraucht zu haben.

Drei Viertel der Menschen ab 65 Jahren fühlen sich fit, wobei die gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit steigendem Alter erwartungsgemäß zunehmen. Im Vergleich zur jüngeren Bevölkerung sind ältere Menschen häufiger übergewichtig, rauchen jedoch seltener.



3.2 EU | Gesundheitszustand

Viele fühlen sich auch im hohen Alter fit

Die Menschen in Europa werden immer älter. Und obwohl die Beine vielleicht nicht mehr so gut wollen, es in den Gelenken knackt und die Augen schwächer werden: Viele sind bis ins hohe Alter mit der eigenen Gesundheit recht zufrieden. 2014 schätzten 46 % der 65- bis 74-jährigen EU-Bürger den eigenen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein (Deutschland: 49 %). Mit zunehmendem Alter sanken die Zufriedenheitswerte erwartungsgemäß, doch immerhin erfreute sich in der EU selbst von den ab 85-Jährigen aus eigener Sicht noch rund ein Fünftel (21 %) guter oder sehr guter Gesundheit. In Deutschland waren es noch 15 %. Generell waren Männer in der EU mit ihrem Gesundheitszustand deutlich häufiger zufrieden als Frauen.

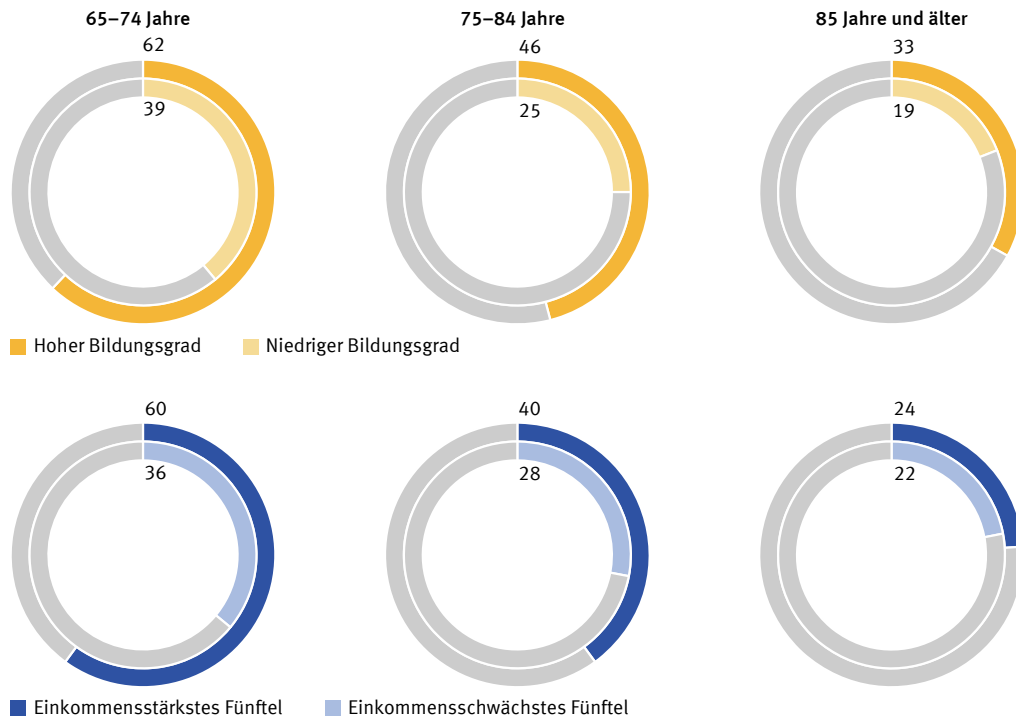
Bildung und Geld beeinflussen die Gesundheit

Der Gesundheitszustand wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst, wie zum Beispiel das eigene Gesundheitsverhalten, genetische Veranlagungen oder das Lebensumfeld. So veränderte sich die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit in Abhängigkeit vom Bildungsstand und der finanziellen Situation. Es galt: Je höher der Bildungsstand und je höher das Einkommen, desto größer der Anteil, der sich gesundheitlich gut beziehungsweise sehr gut fühlte.

Hinsichtlich des Einkommens ergab sich bei den 65- bis 74-jährigen 2014 folgendes Bild: Im EU-Durchschnitt schätzten im einkommensstärksten Fünftel 60 % ihren Gesundheitszustand als gut beziehungsweise sehr gut ein. Im einkommensschwächsten Fünftel waren es nur 36 %. Die Abstufung ließ sich in allen EU-Staaten feststellen. Mit fortschreitendem Alter verlor die Einkommenshöhe an Bedeutung für den Gesundheitszustand. Jenseits der 85 fühlten sich unter den wohlhabenden Menschen in der EU noch 24 % gut oder sehr gut, unter den einkommensschwächsten 22 %.

Mehr als die Hälfte der 65- bis 74-Jährigen in der EU fühlt sich gesundheitlich gut beziehungsweise sehr gut. Je höher das Einkommen und der Bildungsstand, desto höher war der entsprechende Anteil.

Personen ab 65 Jahren, die sich gesundheitlich gut oder sehr gut fühlten in der EU 2014
 Selbsteinschätzung nach Altersgruppen, in %



3.3 Krankenhausfälle und -behandlungen

Fast jeder zweite Krankenhauspatient ist über 65

Zunehmende Beschwerden im Alter führen dazu, dass sich ältere Menschen wesentlich häufiger als jüngere einem stationären Aufenthalt im Krankenhaus unterziehen müssen. 2014 wurden in Deutschland rund 19,6 Millionen Patienten aus einer vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen. Davon gehörten 43 % der Generation 65 plus an.

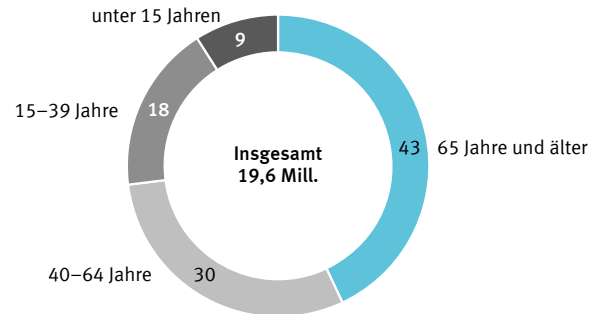
Die Wahrscheinlichkeit, in einem Krankenhaus behandelt zu werden, steigt mit zunehmendem Alter deutlich: Wurden bei den 45- bis 64-Jährigen 2014 rund 20 700 stationäre Behandlungen je 100 000 Einwohner dieser Altersgruppe gezählt, waren es in der Generation 65 plus mit 49 800 Behandlungen je 100 000 Einwohner mehr als doppelt so viele.

Steigende Lebenserwartung – mehr Krankenhausaufenthalte

Die Zahl der Behandlungen je 100 000 Einwohner ist in der Altersklasse 65 plus in den letzten acht Jahren leicht gestiegen. Dies ist nicht zwingend ein Hinweis darauf, dass die Menschen öfter krank sind. Vielmehr deutet es darauf hin, dass ältere Personen aufgrund der steigenden Lebenserwartung häufiger ins Krankenhaus müssen.

Krankenhausfälle nach Altersgruppen 2014

Anteile an den Behandlungsfällen, in %



Behandlungsbedarf: Anteil unter Männern höher

Bei der Zahl der stationären Behandlungen gibt es im höheren Alter deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Absolut gesehen werden bei den ab 65-Jährigen zwar 16 % mehr Frauen als Männer im Krankenhaus behandelt. Dies liegt in erster Linie am höheren Frauenanteil in dieser Altersgruppe (siehe Kapitel 1). Bezogen auf je 100 000 Frauen beziehungsweise Männer ab 65 Jahren ist der Anteil der stationär behandelten Patientinnen dagegen um 12 % geringer als bei den Männern.

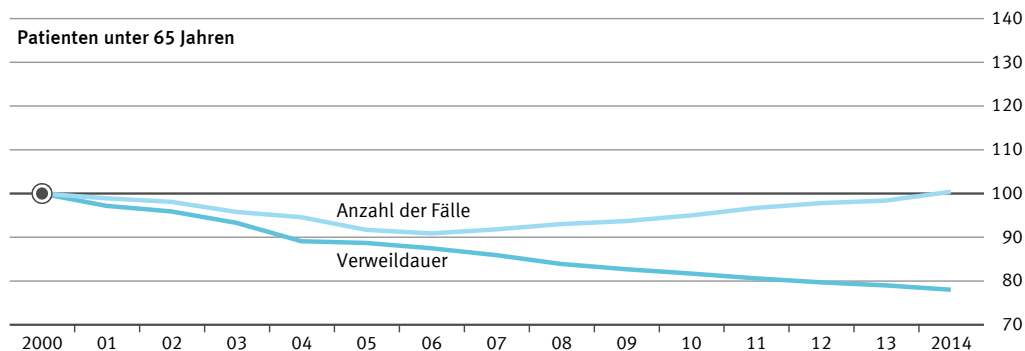
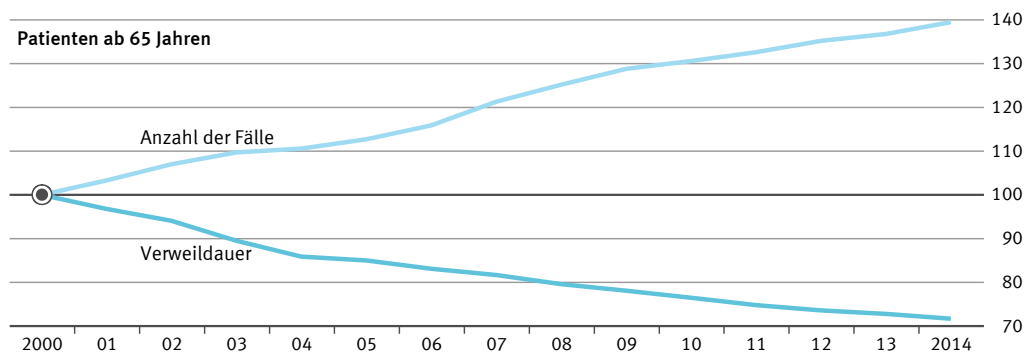
Frauen bleiben länger auf Station

Wenn Frauen ins Krankenhaus gehen, müssen sie in der Regel länger bleiben. Während die durchschnittliche Verweildauer der Männer ab 65 Jahren 2014 bei 8,4 Tagen lag, blieben Frauen mit 8,9 Tagen im Schnitt knapp einen halben Tag länger in der stationären Versorgung.

Grund dafür kann eine schwerere Erkrankung sein. Allerdings sind viele Frauen im Alter auch besser in der Lage, ihre Männer im Krankheitsfall zu Hause zu betreuen als umgekehrt. Andererseits leben Frauen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung häufig allein in einem Haushalt und es ist niemand da, der sie pflegen kann. Die Folge ist, dass Männer eher als Frauen aus dem Krankenhaus entlassen werden.

Entwicklung der Fallzahl und der durchschnittlichen Verweildauer im Krankenhaus

2000 = 100



3 Gesundheit

Häufigste Diagnose: Kreislauferkrankungen

Hauptursache für einen Krankenhausaufenthalt waren 2014 in der Generation 65 plus sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen Krankheiten des Kreislaufsystems wie zum Beispiel Herzinsuffizienz (Herzschwäche). Über eine Million Mal mussten sich Frauen ab 65 Jahren deswegen in stationäre Behandlung begeben, gleichaltrige Männer rund 990 000 Mal.

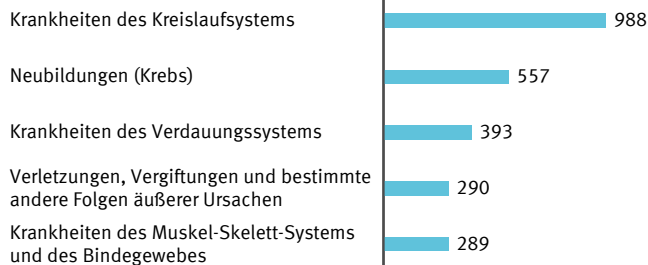
Zweithäufigste Ursache für einen Krankenhausaufenthalt waren bei Männern Neubildungen (Krebs). An dritter Stelle standen Krankheiten des Verdauungssystems. Bei den Frauen machten nach den Krankheiten des Kreislaufsystems am ehesten Verletzungen und Vergiftungen einen stationären Aufenthalt notwendig. Am dritthäufigsten waren Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems wie zum Beispiel Arthrose.

Viele haben nicht nur eine Krankheit

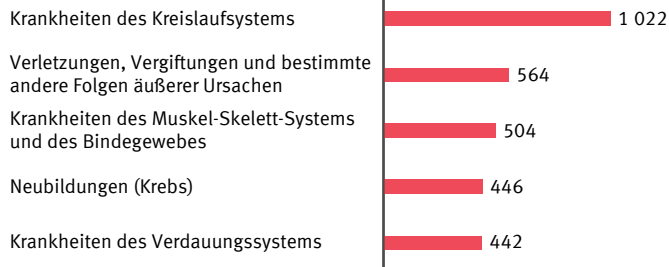
Ältere Menschen leiden häufig unter Mehrfacherkrankungen (Multimorbiditäten) und Komplikationen während der stationären Behandlung. Zu den wichtigsten Begleiterkrankungen der Generation 65 plus gehören unter anderem Bluthochdruck und Diabetes mellitus Typ 2.

Häufigste Diagnosen bei Krankenhausaufenthalten der Generation 65 plus 2014 in 1 000

Männer



Frauen



Häufigster Eingriff: Operation der Bewegungsorgane

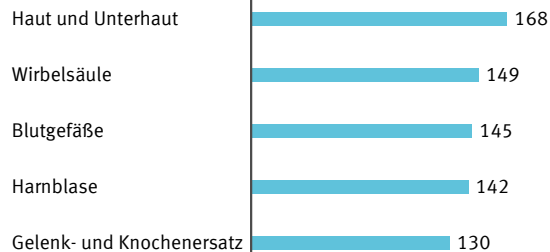
Die Wahrscheinlichkeit, sich einem chirurgischen Eingriff unterziehen zu müssen, steigt mit zunehmendem Alter an. Insgesamt wurden im Jahr 2014 gut ein Drittel (35 %) der vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren operiert. 2007 hatte der Anteil noch bei einem Höchststand von 38 % gelegen.

Insgesamt wurden 2014 bei der Generation 65 plus rund 6,8 Millionen operative Maßnahmen vorgenommen. Knapp die Hälfte davon betraf die Bewegungsorgane (27 %) und den Verdauungstrakt (18 %). Bei Frauen ging es dabei besonders häufig um das Einsetzen eines Gelenkersatzes insbesondere am Hüftgelenk und die Behandlung von Knochenbrüchen. Bei den Männern dominierten Hautoperationen und chirurgische Eingriffe an der Wirbelsäule.

Kreislaufkrankungen sind sowohl bei Männern als auch bei Frauen Hauptursache für einen Krankenhausaufenthalt. Frauen müssen dabei im Durchschnitt einen halben Tag länger als Männer auf Station bleiben.

Häufigste Operationen in der Generation 65 plus 2014 in 1 000

Männer



Frauen



3.4 Pflegebedürftigkeit und Schwerbehinderungen

Ende 2013 waren in Deutschland insgesamt 2,6 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuchs XI. 83 % davon waren mindestens 65 Jahre alt, 55 % waren 80 Jahre und älter.

Mehr Bedarf durch Alterung

Von 2003 bis 2013 stieg der Anteil aller Pflegebedürftigen⁶ an der Gesamtbevölkerung von 2,5 % auf 3,3 %. In diesem Zeitraum wuchs die Zahl der Pflegebedürftigen von knapp 2,1 auf gut 2,6 Millionen. Der Grund für die Zunahme ist die gestiegene Zahl älterer Menschen: 2003 lebten in Deutschland 3,4 Millionen Menschen ab 80 Jahren. 2013 waren es bereits 4,4 Millionen.

Ab 75 Jahren steigt das Pflegerisiko stark

Bis 75 sind die meisten Menschen mehr oder weniger fit, doch dann steigt das Risiko auf Pflege angewiesen zu sein. 2013 waren von den 70- bis 74-Jährigen 5 % pflegebedürftig, ab 90 Jahren lag der Anteil dann mit 64 % am höchsten.

Im hohen Alter sind Frauen häufiger auf Pflege angewiesen

Vor 75 liegt der Anteil der Pflegebedürftigen bei Männern und Frauen auf einem ähnlichen Niveau. Ab dem 75. Lebensjahr sind Frauen deutlich häufiger pflegebedürftig als Männer. So betrug 2013 zum Beispiel die Pflegequote unter den 85- bis 89-jährigen Frauen 42 %, bei den Männern gleichen Alters hingegen lediglich 30 %. Neben einer unterschiedlichen gesundheitlichen Verfassung kann ein Grund sein, dass Frauen häufiger allein leben

Pflegequote 2013

Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Altersgruppe

	Insgesamt	Männer	Frauen
	%		
unter 15	0,7	0,8	0,6
15–59	0,6	0,6	0,6
60–64	1,9	2,0	1,8
65–69	3,0	3,2	2,8
70–74	5,0	5,1	5,0
75–79	9,8	8,9	10,4
80–84	21,0	17,4	23,4
85–89	38,2	29,6	42,2
90 und älter	64,4	51,8	67,9
Insgesamt	3,3	2,3	4,1

(siehe Kapitel 4.1). Wenn sie pflegebedürftig werden, müssen sie schneller einen Antrag auf Pflegeleistungen stellen. Pflegebedürftige Männer werden hingegen nicht selten zuerst von ihren Frauen versorgt und verzichten zunächst auf einen Antrag. In diesem Fall werden sie auch nicht in der Pflegestatistik erfasst.

Heimquote 2013

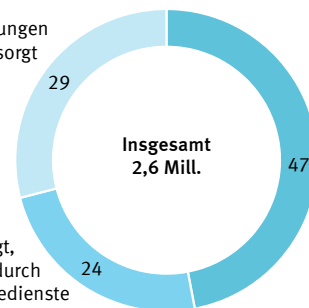
Anteil an allen Pflegebedürftigen der jeweiligen Altersgruppe

	Insgesamt	Männer	Frauen
	%		
unter 15	0,5	0,3	0,8
15–59	12,4	13,9	10,8
60–64	22,0	24,9	19,0
65–69	22,4	23,6	21,1
70–74	24,2	23,5	24,8
75–79	26,0	23,2	27,9
80–84	29,3	24,0	31,8
85–89	36,0	28,3	38,5
90 und älter	45,5	34,5	47,8
Insgesamt	29,1	22,5	32,7

Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2013

in %

in Pflegeeinrichtungen
vollstationär versorgt



zu Hause versorgt,
allein durch Angehörige

zu Hause versorgt,
zusammen mit/durch
ambulante Pflegedienste

Mehr als zwei Drittel zu Hause versorgt

71 % aller Pflegebedürftigen, das waren 1,9 Millionen Menschen, wurden 2013 zu Hause versorgt. Davon erhielten 1,3 Millionen ausschließlich Pflegegeld, was bedeutet, dass sie in der Regel zu Hause allein durch Angehörige gepflegt wurden. Weitere 616 000 lebten ebenfalls in Privathaushalten, bei ihnen erfolgte die Pflege jedoch zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste.

29 % aller Pflegebedürftigen (764 000 Personen) wurden in Pflegeeinrichtungen vollstationär betreut. Das Leben in solchen Einrichtungen gewinnt mit dem Alter an Bedeutung: Von den Pflegebedürftigen zwischen 65 und 69 Jahren wurden 22 % im Heim versorgt. Ab 90 Jahren war es dann knapp die Hälfte (45 %).

3 Gesundheit

Weiterer Anstieg erwartet

Vorausberechnungen gehen im Zuge des Alterungsprozesses der Gesellschaft für die nächsten Jahre von einer weiteren Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen aus. So könnte laut einer gemeinsamen Vorausberechnung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder aus dem Jahr 2010 die Zahl der Pflegebedürftigen von 2,6 Millionen im Jahr 2013 auf etwa 3,4 Millionen im Jahr 2030 steigen. Zusätzliche Effekte dürften durch den zum Jahresanfang 2017 vorgesehenen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff entstehen, der dem besonderen Hilfs- und Betreuungsbedarf von Menschen mit psychischen und kognitiven Einschränkungen, wie zum Beispiel Demenzkranken, besser gerecht werden soll. Bei der Begutachtung werden daher in Zukunft körperliche, geistige und psychische Einschränkungen gleichermaßen erfasst und bei der Einstufung berücksichtigt.

7,5 Millionen Menschen sind schwerbehindert

Ende 2013 lebten in Deutschland 7,5 Millionen amtlich mit gültigem Ausweis anerkannte schwerbehinderte Menschen. Fast ein Viertel (23 %) davon war zwischen 65 und 74 Jahre alt. Weitere 31 % waren 75 Jahre und älter.

Im Zuge der gestiegenen Zahl älterer Menschen hat sich die Gesamtzahl der Schwerbehinderten ^(G) gegenüber 2003 um 910 000 Personen beziehungsweise 14 % erhöht. Der Anteil an der Bevölkerung erhöhte sich im selben Zeitraum von 8,0 % auf 9,3 %.

Jeder Dritte ab 80 hat einen Schwerbehindertenausweis

Die Wahrscheinlichkeit schwerbehindert zu sein, steigt mit zunehmendem Alter. Von den Menschen jenseits der 80 hat jeder Dritte (33 %) einen Schwerbehindertenausweis.



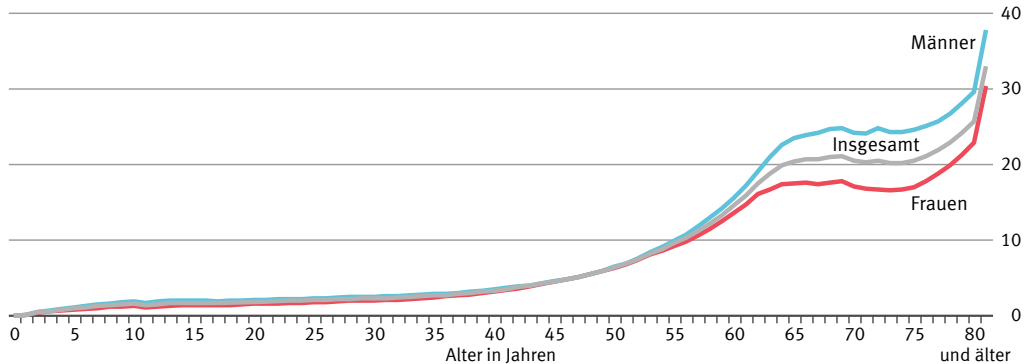
Männer etwas häufiger betroffen als Frauen

Bei den Männern, insbesondere jenseits der 55, ist die Schwerbehindertenquote höher als bei Frauen. Das liegt zum Teil daran, dass Männer im Allgemeinen häufiger berufstätig sind als Frauen und darum auch ein größeres Interesse an der Anerkennung einer Behinderung haben können als Nichterwerbspersonen. Denn ein Schwerpunkt der Leistungen des Schwerbehindertenrechts betrifft Regelungen zur Teilnahme am Arbeitsmarkt oder für einen früheren Rentenbezug.

2,6 Millionen Menschen in Deutschland sind pflegebedürftig, 7,5 Millionen Menschen sind schwerbehindert. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko einer Beeinträchtigung deutlich.

Schwerbehindertenquote am 31. Dezember 2013

Anteil der schwerbehinderten Menschen, in %



Bevölkerungsstand: 31. Dezember 2013 – vorläufige Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011.

4 Lebenswelten

4.1 Leben und Zusammenleben

Die meisten Menschen möchten auch im Alter im eigenen Haushalt leben. Die absolute Mehrheit der Älteren ab 65 Jahren konnte dies 2014 auch tun. Nur 4 % wollten oder konnten sich nicht mehr in den eigenen vier Wänden selbstständig versorgen und lebten in Alten- oder Pflegeheimen oder anderen Gemeinschaftseinrichtungen. Dieser Prozentsatz steigt mit zunehmendem Alter: Von den Frauen und Männern ab 85 Jahren lebten etwa 15 % in einem Heim oder einer Gemeinschaftseinrichtung (Informationen zur Pflegebedürftigkeit siehe Kapitel 3.4).

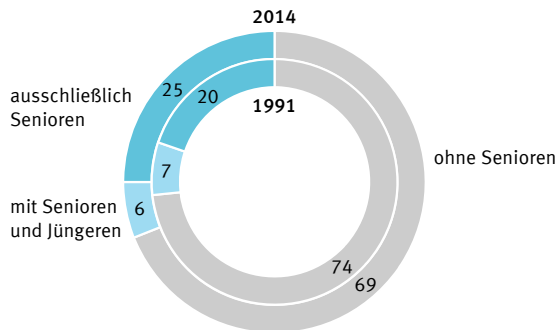
Seniorinnen und Senioren in jedem dritten Haushalt

2014 lebten in fast jedem dritten Haushalt in Deutschland Menschen ab 65 Jahren. Acht von zehn dieser Haushalte waren reine Seniorenhaushalte. Ihre Zahl hat sich seit 1991 infolge der Alterung der Bevölkerung deutlich erhöht (+ 41 %).

Frauen öfter verwitwet als Männer

Der Familienstand von Männern und Frauen im Seniorenalter unterscheidet sich deutlich voneinander (betrachtet werden dabei ausschließlich Personen in Privathaushalten). In den Altersgruppen ab 65 Jahren sind Frauen wesentlich häufiger verwitwet als Männer. So waren 2014 unter den 65- bis 69-Jährigen 18 % der Frauen, aber nur 5 % der Männer verwitwet. Ab 85 Jahren waren

Zusammensetzung der Privathaushalte
in % aller Privathaushalte



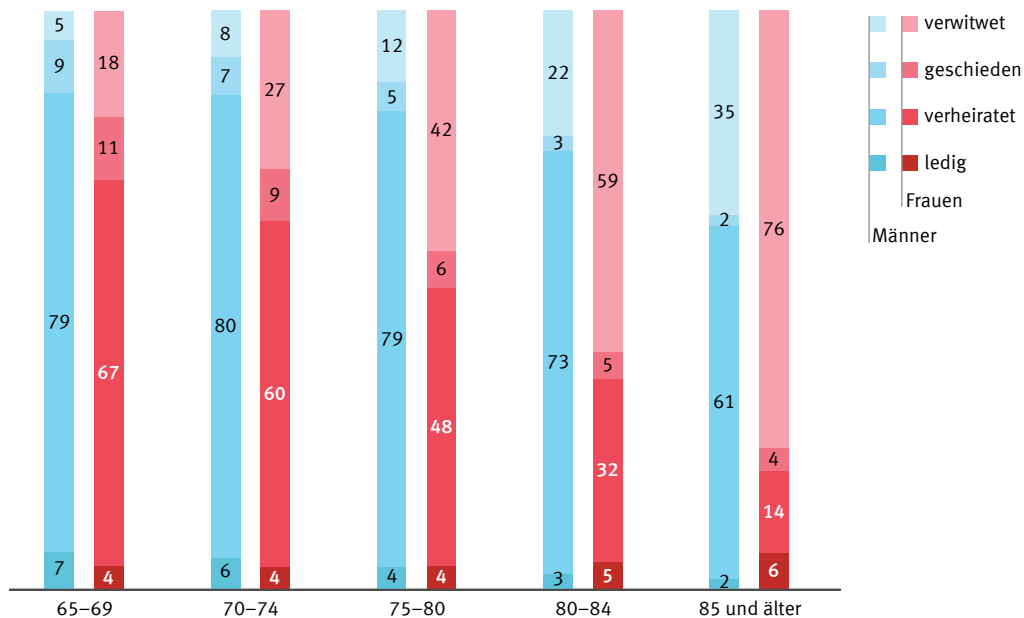
Senioren: Frauen und Männer ab 65 Jahren.

bereits 76 % der Frauen verwitwet, bei den gleichaltrigen Männern lag der Anteil bei 35 %.

Männer sind entsprechend häufig bis ins hohe Alter verheiratet. So waren bei den Männern ab 85 Jahren 2014 noch sechs von zehn (61 %) verheiratet. Frauen dieses Alters lebten hingegen deutlich seltener in einer Ehe (14 %). Ursache für die deutlichen Unterschiede im Familienstand ist neben der höheren Lebenserwartung der Frauen unter anderem auch der Umstand, dass die Mehrzahl der Männer mit jüngeren Frauen verheiratet ist.

Männer und Frauen ab 65 Jahren nach Familienstand 2014

nach Altersgruppen, in %



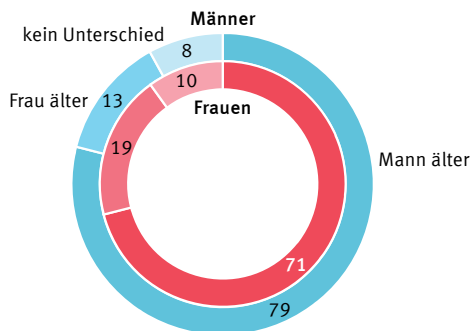
4 Lebenswelten

Männer haben häufiger jüngere Ehepartnerinnen

2014 hatten 79% der in Ehe lebenden Männer ab 65 Jahren eine jüngere Ehefrau. Der Anteil der Frauen ab 65 Jahren mit einem jüngeren Ehepartner war dagegen mit 19% wesentlich geringer. Die Höhe des Altersunterschiedes lag bei den älteren Ehepaaren dabei größtenteils zwischen einem und drei Jahren. Im Vergleich hierzu wiesen die Partner in nichtehelichen Lebensgemeinschaften deutlich häufiger einen größeren Altersunterschied von mehr als drei Jahren auf.

Verheiratete Männer und Frauen ab 65 Jahren 2014

nach Altersunterschied der Ehepartner, in %



Abweichende Anteile zwischen Männern und Frauen ergeben sich dadurch, dass die Verheirateten auch Partnerinnen oder Partner unter 65 Jahren haben können.

Der Trauschein ist die Regel

Alternative Lebensformen, wie zum Beispiel nichteheliche Lebensgemeinschaften, spielten bei den älteren Menschen nur eine untergeordnete Rolle. Lediglich 2% der Frauen und 3% der Männer ab 65 Jahren lebten 2014 unverheiratet mit dem Partner oder der Partnerin gemeinsam im Haushalt. Im Vergleich zu 1996 hat sich die Zahl der ohne Trauschein zusammenlebenden Frauen und Männer in dieser Altersgruppe allerdings mehr als

Männer und Frauen ab 65 Jahren nach Lebensform

	1996	2014	Veränderung 1996 bis 2014
	1 000		%
Männer			
Insgesamt	4 869	7 389	52
darunter:			
Ehepartner	3 780	5 550	47
Partner in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft	97	219	126
Frauen			
Insgesamt	8 001	9 343	17
darunter:			
Ehepartnerin	2 916	4 424	52
Partnerin in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft	82	178	117

verdoppelt. Zum Vergleich: Jüngere Frauen und Männer lebten deutlich häufiger in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft. Unter den 35- bis 64-Jährigen waren es 2014 bei den Männern 8% und bei den Frauen 7%. Von den 25- bis 34-Jährigen lebte knapp jeder Fünfte ohne Trauschein in einer Partnerschaft unter einem Dach (20% der Männer und 21% der Frauen).

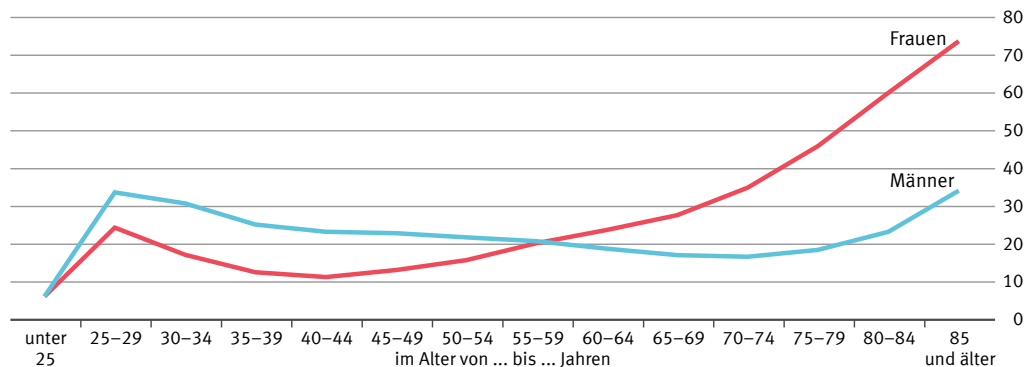
Frauen leben häufiger allein als Männer

Vor allem die höhere Lebenserwartung der Frauen (siehe Kapitel 3.1) hat Folgen im Alter: So lebten 2014 rund 44% der Frauen ab 65 Jahren allein in einem Haushalt, von den gleichaltrigen Männern waren es nur 18%. Zu zweit, meist mit dem Ehepartner beziehungsweise der Ehepartnerin, lebten 50% der Frauen, und 74% der Männer.

Männer und Frauen ab 65 Jahren nach Haushaltsgröße 2014

	Zahl der Personen im Haushalt		
	Eine	Zwei	Drei und mehr
	%		
Männer	18	74	8
Frauen	44	50	6

Anteil der Alleinlebenden 2014 nach Altersgruppen, in %

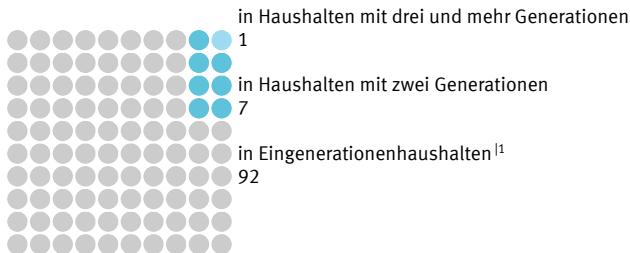


4 Lebenswelten

Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Alleinlebenden zu: mehrheitlich bedingt durch den Tod des Partners, selten durch Scheidung oder Trennung. So ist unter den 60- bis 64-Jährigen der Anteil der Alleinlebenden noch relativ gering: 2014 lebten in dieser Altersklasse 19 % der Männer und 24 % der Frauen allein. Jenseits der 85 lebten dann 34 % der Männer und 74 % der Frauen allein.

Personen ab 65 Jahren nach Generationenzusammenhang im Haushalt 2014

in %



1 Einschließlich Einpersonenhaushalte sowie Mehrpersonenhaushalte ohne Verwandte gerader Linie.

Mehrere Generationen selten unter einem Dach

Der Anteil der Seniorinnen und Senioren, die mit in direkter Linie verwandten Familienmitgliedern anderer Generationen unter einem Dach lebten, lag 2014 bei 8 % und hat im Zeitvergleich abgenommen (1991: 13 %).

Bei den Mehrgenerationenhaushalten handelte es sich fast ausschließlich um Zweigenerationenhaushalte: 2014 lebten 7 % der Seniorinnen und Senioren mit einer weiteren Generation zusammen in einem Haushalt. Im Jahr 1991 waren es noch 10 % gewesen. Nur noch 1 % der Frauen und Männer ab 65 Jahren lebte 2014 in Haushalten mit drei und mehr Generationen, also zum Beispiel gemeinsam mit den Kindern und Enkeln.

In fast jedem dritten privaten Haushalt in Deutschland leben Menschen ab 65 Jahren. Ältere Frauen leben deutlich häufiger allein als ältere Männer. Mehrgenerationenhaushalte sind selten.



4.1 EU | Leben und Zusammenleben

Unterschiede beim Familienstand

Ob in Deutschland, der Tschechischen Republik oder Frankreich: Frauen ab 65 Jahren sind überall deutlich seltener verheiratet und dafür häufiger ledig, geschieden oder verwitwet als Männer dieser Altersgruppe. Zu den Hauptgründen zählt ihre höhere Lebenserwartung, zudem haben Frauen oft ältere Partner, wodurch sie am Lebensabend häufiger allein zurückbleiben.

Die Hälfte lebt im Doppel

In der Europäischen Union verbringen viele Menschen ihren Ruhestand zu zweit: 2014 lebte in der EU rund die Hälfte der Menschen ab 65 Jahren (49 %) gemeinsam mit dem Partner beziehungsweise der Partnerin in einem Haushalt. Unter Männern dieser Altersgruppe war der Anteil mit 60 % deutlich höher als unter Frauen (40 %).

Fast jede dritte Person führt Haushalt allein

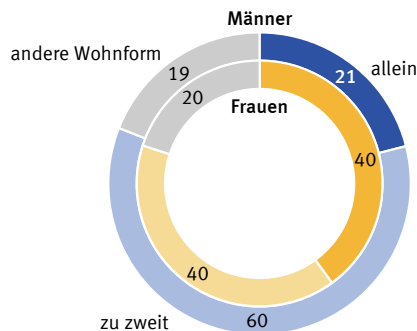
2014 lebten EU-weit 32 % der Menschen ab 65 Jahren allein in einem Haushalt. Frauen (40 %) deutlich häufiger als Männer (21 %). Dabei war das Alleinleben in einigen Ländern relativ selten. So führte in Zypern nur insgesamt rund jede beziehungsweise jeder Fünfte im Alter ab 65 Jahren (21 %) einen Einpersonenhaushalt. Rund doppelt so hoch waren die Quoten in

Litauen (45 %), Dänemark und Finnland (je 40 %). In Deutschland lebten 33 % der älteren Menschen in einem Singlehaushalt.

Andere Wohnformen

20 % der Seniorinnen und Senioren in der EU lebten nicht allein oder mit dem Partner, sondern in einer anderen Art der Gemeinschaft, also zum Beispiel mit anderen Erwachsenen oder Familienangehörigen zusammen.

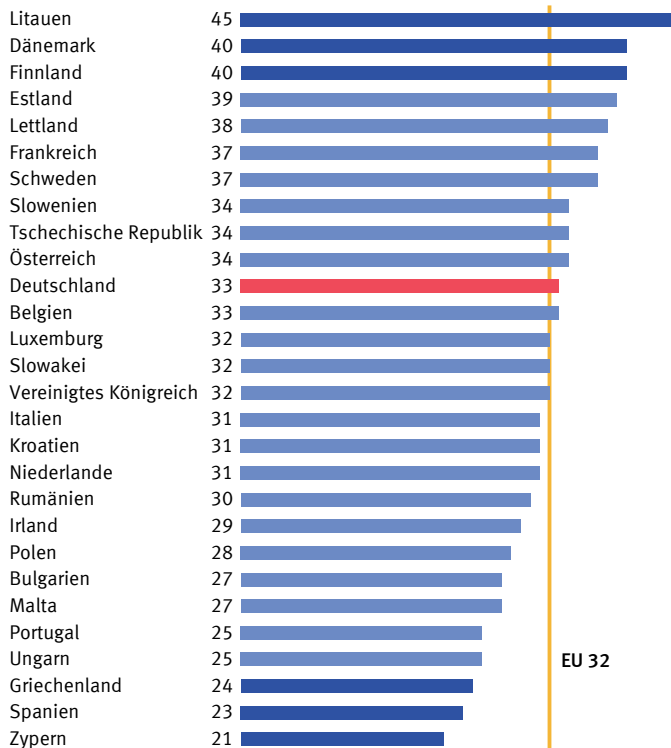
Männer und Frauen ab 65 Jahren in der EU 2014 nach Haushaltstyp, in %



Abweichende Anteile zwischen Männern und Frauen bei den Zweipersonenhaushalten ergeben sich dadurch, dass im Haushalt auch Partnerinnen oder Partner unter 65 Jahren leben können.

Personen ab 65 Jahren, die alleine leben 2014

in %



In der EU sind Frauen im Alter deutlich seltener verheiratet und dafür häufiger ledig, geschieden oder verwitwet als gleichaltrige Männer. Sie leben deshalb im Alter deutlich häufiger allein als Männer.

4.2 Wohnen

Eigentümerquote erreicht fast 50 %

Die eigenen vier Wände sind für viele Menschen ein großer Traum. Sie ermöglichen selbstbestimmtes Wohnen, gleichzeitig dienen sie der Vermögensbildung und Altersvorsorge. Nach den Ergebnissen der Gebäude- und Wohnungszählung 2011 lag der Eigentümeranteil bei Haushalten, in denen alle Personen mindestens 65 Jahre alt waren, bei 48 %. Die Quote war damit höher als bei den Haushalten von Personen unter 65 Jahren (41 %).

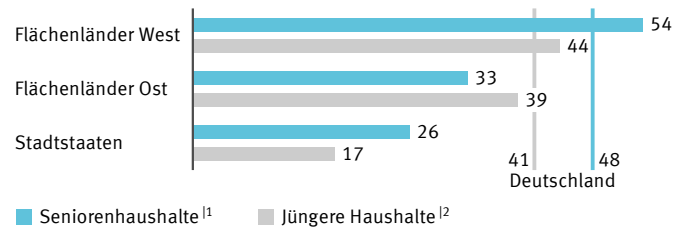
Sondersituation in Ostdeutschland

In den westdeutschen Flächenländern befanden sich 54 % der Seniorenhaushalte in der eigenen Wohnung oder im eigenen Haus. In den ostdeutschen Flächenländern lag der Anteil hingegen mit 33 % sogar noch unter dem Eigentümeranteil jüngerer Haushalte (39 %). Eine Erklärung dafür ist, dass in der ehemaligen DDR die Bildung privaten Wohneigentums eine Ausnahme darstellte. Zum Zeitpunkt der deutschen Vereinigung 1990 befanden sich viele der heutigen Senioren bereits in einem Lebensabschnitt, in dem die Bereitschaft und die finanziellen Möglichkeiten, eine Immobilie zu erwerben, geringer waren als unter Jüngeren.

Dementsprechend war bei den Haushalten der unter 65-Jährigen der Unterschied beim Eigentümeranteil deutlich geringer zwischen West (44 %) und Ost (39 %).

Eigentümerquote 2011

in %



1 Alle Personen 65 Jahre und älter.

2 Alle Personen unter 65 Jahren.

Eigenheime und Doppelhaushälften dominieren

Die Mehrheit der Senioren-Eigentümerhaushalte (78 %) befanden sich in Ein- oder Zweifamilienhäusern, nur 22 % in Eigentumswohnungen in Mehrfamilienhäusern.

Bei den Seniorenhaushalten, die Miete zahlten, verhielt es sich umgekehrt: Von ihnen lagen nur 21 % in einem Ein- oder Zweifamilienhaus. Die große Mehrheit (79 %) befand sich in einem Mehrfamilienhaus.

Seniorenhaushalte haben viel Platz

Die durchschnittliche Wohnfläche pro Person nimmt mit steigender Anzahl der Personen im Haushalt ab. Da es sich bei den

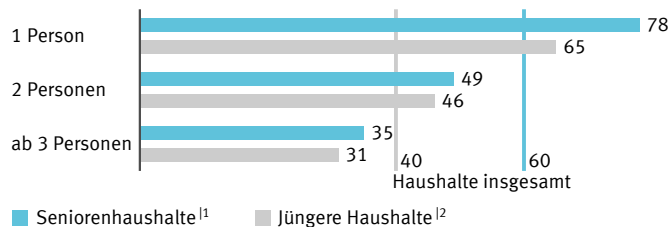
Seniorenhaushalten häufig um Ein- oder Zweipersonenhaushalte handelt (siehe auch Kapitel 4.1), ist die durchschnittliche Wohnfläche pro Person in diesen Haushalten entsprechend hoch. 2011 standen Seniorinnen und Senioren durchschnittlich 60 Quadratmeter Wohnfläche pro Person zur Verfügung. Bei Haushalten von unter 65-Jährigen waren es lediglich 40 Quadratmeter.

Möglichst lange im eigenen Zuhause

Besonders große Unterschiede gab es bei den Singlehaushalten: Wohnungen von alleinlebenden Senioren waren durchschnittlich 78 Quadratmeter groß, die von unter 65-jährigen Alleinlebenden 65 Quadratmeter. Im Wesentlichen dürfte dies daran liegen, dass nach dem Tod des Partners und dem Auszug der Kinder die vormals gemeinsame Wohnung allein weiterbewohnt wird.

Fast jeder zweite Seniorenhaushalt in Deutschland wohnt in den eigenen vier Wänden: Der Eigentümeranteil ist höher als bei jüngeren Haushalten. Auch die durchschnittliche Wohnfläche pro Person ist in Seniorenhaushalten höher als in jüngeren Haushalten.

Durchschnittliche Wohnfläche je Person 2011 in Quadratmetern



- 1 Alle Personen 65 Jahre und älter.
- 2 Alle Personen unter 65 Jahren.



4.3 Ausstattung mit Gebrauchsgütern

Ob Fernseher, Auto oder Kühlschrank: In fast allen Privathaushalten hierzulande findet sich eine Vielzahl technischer Geräte und Gebrauchsgüter. Bei technischen Neuentwicklungen halten sich Seniorinnen und Senioren allerdings zurück, mit einer Ausnahme: dem Elektrofahrrad kurz: E-Bike.

Ältere haben häufiger E-Bikes als Jüngere

71 % der Haushalte mit Haupteinkommenspersonen ab 65 Jahren besaßen Anfang 2015 mindestens ein Fahrrad. In Haushalten von 18- bis 64-Jährigen lag dieser Anteil bei 85 %. E-Bikes waren hingegen bei Senioren beliebter als bei Jüngeren: 7 % der Haushalte der Generation 65 plus hatten ein solches Gefährt, während es in Haushalten 18- bis 64-Jähriger nur 3 % waren.

Seniorinnen und Senioren kaufen gern Neuwagen

74 % der Seniorenhaushalte besaßen Anfang 2015 mindestens einen Pkw. Damit lagen sie leicht unter der Pkw-Ausstattung der Haushalte von 18- bis 64-Jährigen. Einen Neuwagen hatten 42 % der älteren Haushalte. Von den jüngeren Haushalten waren es nur 32 %. Diese hatten bei gebraucht gekauften Pkw mit 53 % die Nase vorn, im Vergleich zu 35 % der älteren Haushalte.

Zurückhaltung bei moderner Unterhaltungselektronik

Der Fernseher als „Ausstattungsklassiker“ ist unabhängig vom Alter seit einigen Jahrzehnten fester Bestandteil fast aller Haushalte in Deutschland. Selbst Flachbildfernseher sind nahezu altersunabhängig in allen Haushalten vorhanden. In einigen Bereichen der Unterhaltungselektronik gibt es aber deutliche altersspezifische Unterschiede im Ausstattungsgrad. Das gilt insbesondere für technische Geräte, die noch nicht so lange auf dem Markt sind, so zum Beispiel für Blu-ray-Geräte, die in jüngeren Haushalten drei Mal so häufig wie in Seniorenhaushalten stehen, aber auch für Camcorder, Navigationsgeräte oder selbst Mobiltelefone.

Ausstattungsgrad privater Haushalte 2015

nach Alter der Haupteinkommensperson

	Insgesamt	18–64 Jahre	65 Jahre und älter
	%		
Fahrzeuge			
Pkw insgesamt ¹	77	79	74
neu gekauft	34	32	42
gebraucht gekauft	48	53	35
Fahrrad	81	85	71
darunter: E-Bike	4	3	7

¹ Mehrfachnennungen möglich, da ein Haushalt mehrere Pkw besitzen kann.

Ältere bleiben beim Filterkaffee

Auch beim Kaffeetrinken setzen ältere Menschen auf Althergebrachtes: Die gute alte Filterkaffeemaschine stand in 71 % der Seniorenhaushalte, aber nur in 59 % der jüngeren Haushalte. Pad- und Kapselmaschinen gab es in jedem fünften Haushalt (21 %) der Generation 65 plus im Vergleich zu 37 % der jüngeren Haushalte. 9 % der Haushalte der Generation 65 plus hatten einen Kaffeevollautomaten im Vergleich zu 15 % der jüngeren Haushalte.

Ältere besitzen häufiger als jüngere Haushalte E-Bikes und Neuwagen. Bei moderner Unterhaltungselektronik sind Seniorenhaushalte eher zurückhaltend.



Ausstattungsgrad privater Haushalte 2015

nach Alter der Haupteinkommensperson

	18–64 Jahre	65 Jahre und älter
	%	
Unterhaltungselektronik		
Flachbildfernseher	82	80
Blu-ray-Geräte	21	7
Camcorder digital	13	8
Fotoapparat digital	80	62
MP3-Player	50	18
Spielkonsole	33	3
Mobiltelefon	97	85
Navigationsgerät	53	41
Haushaltsgeräte		
Gefrierschrank	49	57
Geschirrspülmaschine	72	64
Mikrowellengerät	75	68
Wäschetrockner	40	38
Filterkaffeemaschine	59	71
Pad- oder Kapselmaschine	37	21
Kaffeevollautomat	15	9

4.4 Bildungsstand und lebenslanges Lernen

Hauptschulabschluss ist Standard, Abitur eher die Ausnahme

2014 hatten in Deutschland 61 % der über 65-Jährigen einen Haupt- oder Volksschulabschluss. Abitur oder Fachhochschulreife besaßen nur 15 %. Zwischen Männern und Frauen bestehen in der Generation 65 plus deutliche Unterschiede: Während 22 % der Männer Abitur hatten, waren es bei den Frauen nur 10 %. Der Bildungsstand der Generation 65 plus unterscheidet sich damit deutlich von dem der jüngeren Altersklassen. Bei den 35- bis 39-Jährigen hatte ein deutlich höherer Prozentsatz (41 %) Abitur. Im Gegensatz zu früher haben in diesen Jahrgängen mehr Frauen (42 %) Abitur als Männer (39 %).

Viele ältere Frauen ohne beruflichen Bildungsabschluss

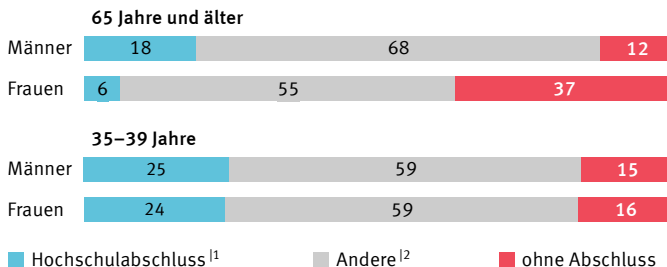
Mehr als jeder Zweite der rund 17 Millionen Menschen ab 65 Jahren (53 %) hat nach der Schule eine Berufsausbildung (Lehre) abgeschlossen. Einen Hochschulabschluss¹ kann jeder Zehnte vorweisen (11 %). Jeder Vierte (26 %) hat keinen beruflichen Abschluss. Dies betrifft deutlich mehr Frauen (37 %) als Männer (12 %).

Ähnlich wie bei den Schulabschlüssen ist auch hier in jüngeren Generationen ein deutlicher Anstieg des Bildungsniveaus festzustellen. Von den 35- bis 39-Jährigen hatten mit mehr als 24 % bereits deutlich mehr Menschen einen Hochschulabschluss als

in der Altersklasse 65 plus. Auch der Anteil der Menschen ohne Bildungsabschluss liegt bei den 35- bis 39-Jährigen deutlich niedriger (16 % im Vergleich zu 26 % bei den ab 65-Jährigen).

Dies ist insbesondere auf die Bildungsexpansion bei den Frauen zurückzuführen. In der Altersgruppe 35 bis 39 Jahre haben Frauen fast genauso häufig einen Hochschulabschluss wie Männer (25 %). In der Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen ist das Verhältnis bereits umgekehrt und Frauen (27 %) haben häufiger einen akademischen Abschluss als Männer (26 %).

Beruflicher Bildungsstand nach ausgewählten Abschlüssen 2014 in %



1 Bachelor, Master, Diplom und vergleichbare Abschlüsse sowie Promotion.

2 Berufsausbildung (Lehre), Fachschulabschluss.

An Hochschulen sind 42 % der Gaststudierenden über 65 Jahre
 33 600 Gasthörerinnen und Gasthörer besuchten im Wintersemester 2014/15 Lehrveranstaltungen an deutschen Hochschulen. Davon waren 14 200 Gaststudierende 65 Jahre und älter. Während die Gesamtzahl der Gasthörerinnen und Gasthörer in den letzten zehn Jahren um 14 % gesunken ist, stieg die Zahl der Seniorinnen und Senioren unter ihnen um 20 %. Dadurch erhöhte sich im Vergleich zum Wintersemester 2004/05 der Anteil der Generation 65 plus an allen Gaststudierenden von 31 % auf 42 %. Mit 2 700 älteren Gasthörerinnen und Gasthörern war Geschichte das beliebteste Studienfach, gefolgt von Philosophie (1 000).



Beruflicher Bildungsstand nach ausgewählten Abschlüssen 2014

	30–34 Jahre	35–39 Jahre	65 Jahre und älter
	%		
Lehre, Berufsausbildung	49	51	53
Fachschulabschluss	8	8	8
Hochschulabschluss	26	24	11
ohne beruflichen Bildungsabschluss	14	16	26

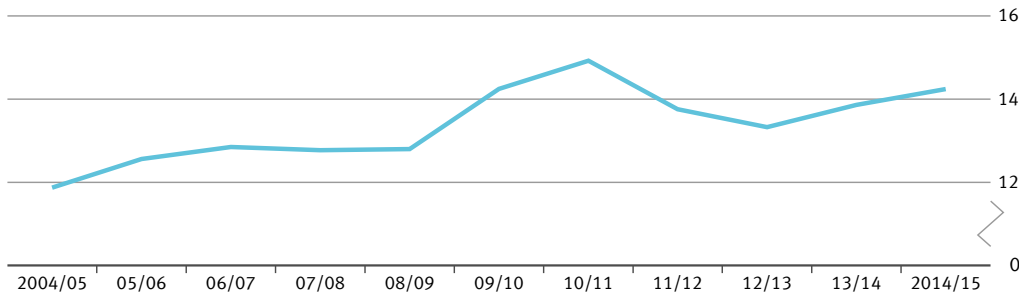
4 Lebenswelten

Volkshochschulkurse werden immer häufiger von Älteren belegt

Nach Angaben des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung (DIE) gab es im Jahr 2014 rund 693 000 Kursbelegungen an der Volkshochschule (VHS) von der Generation 65 plus. In den letzten zehn Jahren ist ihr Anteil an allen Kursbesuchen um knapp sieben Prozentpunkte auf 16 % gestiegen. Dabei können Teilnehmerinnen und Teilnehmer entsprechend der Zahl ihrer Belegungen mehrfach gezählt werden. Besonders beliebt sind bei älteren Menschen Kursangebote zu den Themenbereichen Gesundheit (274 000 Belegungen), Sprachen (203 000 Belegungen) und Kultur/Gestalten (108 000 Belegungen).

Der formale Bildungsstand von Menschen ab 65 Jahren ist im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen deutlich niedriger. Ältere Frauen haben wesentlich seltener einen Hochschulabschluss als Männer, jede dritte Frau hat keinen beruflichen Abschluss.

Gasthörerinnen und Gasthörer ab 65 Jahren an deutschen Hochschulen in 1 000





4.5 Silver Surfer: Ältere Menschen im Netz

Die zunehmende Digitalisierung unserer Gesellschaft zieht auch ältere Menschen immer mehr in ihren Bann. In Deutschland stand 2015 in 72 % der Haushalte mit einer Haupteinkommensperson ab 65 Jahren ein Computer. Fünf Jahre zuvor waren es erst 56 %. Trotz des stark gestiegenen Ausstattungsgrades waren die Haushalte der Älteren damit immer noch nicht so gut mit Computern bestückt wie Haushalte von 18- bis 64-Jährigen, von denen 94 % mindestens einen PC hatten.

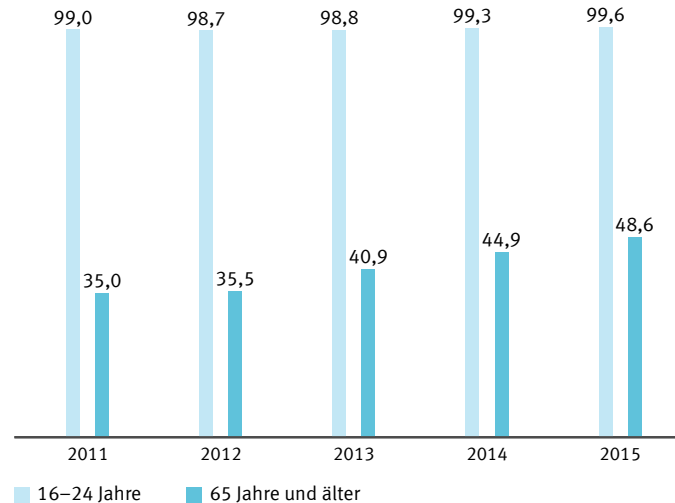
Laptops werden beliebter

Sowohl jüngere als auch ältere Haushalte sind mittlerweile besser mit mobilen als mit stationären Computern ausgestattet. Anfang 2015 besaßen 49% der Haushalte der Generation 65 plus Laptop, Notebook, Netbook oder Tablet, 44 % einen stationären Computer.

Die Hälfte der Generation 65 plus surft im Internet

2015 nutzten in Deutschland knapp 49% der Personen ab 65 Jahren das Internet. Die kommenden Rentnergenerationen werden das Internet wohl sehr viel intensiver nutzen, denn von den gegenwärtig 45- bis 64-Jährigen waren 2015 bereits 90 % online. Für die unter 45-Jährigen ist das Internet sowieso unverzichtbarer Bestandteil des alltäglichen Lebens: Das spiegelt sich in der hohen Nutzerquote von fast 100 % wider.

Internetnutzung
nach Altersgruppen, in %



Männer aufgeschlossener als Frauen

Unter den Älteren zeigen sich Männer der digitalen Welt gegenüber aufgeschlossener als Frauen. So klickten sich 2015 knapp 60 % der Männer, aber nur 40 % der Frauen ab 65 Jahren ins Netz. In den jüngeren Altersklassen gab es nur geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Zwei Drittel der Nutzer gehen regelmäßig ins Internet

Zwar nutzt von den Älteren im Vergleich zu den jüngeren Generationen ein deutlich geringerer Anteil das Internet, so bald sie aber mit der Technik vertraut sind, nutzen sie das World Wide Web sehr aktiv: 2015 waren von den Internetnutzerinnen und -nutzern ab 65 Jahren 67 % jeden Tag oder fast jeden Tag online, weitere 24 % mindestens einmal pro Woche. Auch hier gab es Unterschiede zwischen Männern und Frauen. 75 % der männlichen Internetnutzer ab 65 Jahren surfen täglich oder nahezu täglich im Netz. Bei den Frauen war dieser Wert mit 57 % deutlich geringer.

Wenig Lust auf's Chatten ...

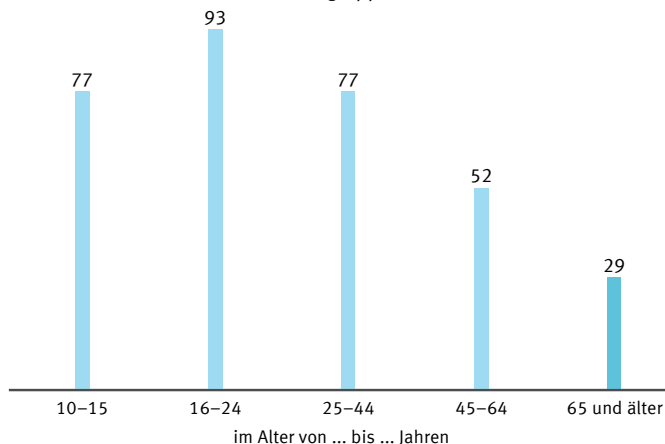
Was machen die Älteren im Netz? Bei der Kommunikation per E-Mail war die Altersklasse ab 65 Jahren 2015 ähnlich häufig dabei wie jüngere Internetsurfer. Rund 90 % der älteren Internetnutzerinnen und -nutzer tauschten E-Mails aus. Zum Vergleich: Bei den 25- bis 44-Jährigen waren es 96 %. Bei anderen Formen der digitalen Kommunikation, wie zum Beispiel Chatten, Bloggen oder der Teilnahme an Online-Foren hielten sich ältere Internetnutzerinnen und -nutzer hingegen deutlich zurück. Nur 29 % von ihnen waren in sozialen Netzwerken, wie Facebook und ähnlichem, aktiv. Bei den 16- bis 24-Jährigen lag der Anteil mit 93 % mehr als drei Mal so hoch.

... aber gut informiert

Die Informationssuche im World Wide Web stand hingegen hoch im Kurs: 85 % der Internetsurferinnen und -surfer ab 65 Jahren recherchierten im Netz nach Informationen zu Waren und Dienstleistungen. 67 % lasen Online-Nachrichten und -Zeitungen.

Nutzung sozialer Netzwerke 2015

in % der Internetnutzer, nach Altersgruppen



4 Lebenswelten

Online-Shopping: Keine Scheu bei Arzneimitteln

Aufgeschlossen zeigen sich ältere Menschen gegenüber dem Online-Shopping. 69 % der Internetnutzerinnen und -nutzer ab 65 Jahren hatten 2015 schon einmal etwas im Internet bestellt. Dabei kauften männliche Internetnutzer in dieser Altersgruppe mit 74 % häufiger online ein als Frauen (62%). Neben dem Kauf von Kleidung und Gebrauchsgütern gab es bei den Seniorinnen und Senioren keine Scheu vor dem Einkauf von Medikamenten im Internet. 2015 orderten 38 % der Onlineeinkäuferinnen und -einkäufer ab 65 Jahren Arzneimittel im Onlinehandel. Damit lag der Anteil so hoch wie in keiner anderen Altersgruppe.

Digitale Urlaubsplanung

Auch der Urlaub wird von vielen mittlerweile am Computer geplant. So buchten 46 % der Onlineeinkäuferinnen und -einkäufer ab 65 Jahren ihre Urlaubsunterkünfte im World Wide Web. 33 % nahmen weitere Dienstleistungen für Urlaubsreisen in Anspruch, kauften also zum Beispiel online Fahrkarten oder reservierten einen Mietwagen.

Die Hälfte der Menschen ab 65 Jahren nutzt das Internet. Zwei Drittel davon surfen täglich im Netz. Dabei steht die Kommunikation per E-Mail an erster Stelle. Mehr als zwei Drittel der älteren Internetnutzerinnen und -nutzer haben schon einmal online eingekauft.

Online-Banking erspart reale Wege

Das Internet erspart im Alltag reale Wege. Nicht nur beim Shoppen sondern auch bei Bankgeschäften kann es deshalb für ältere Menschen insbesondere mit eingeschränkter Mobilität interessant sein. So wird beim Online-Banking das eigene Geld von zu Hause aus verwaltet und der Weg in die nächste Bankfiliale überflüssig. Immerhin 44 % der älteren Internetnutzerinnen und -nutzer tätigten 2015 ihre Bankgeschäfte per Internet. Bei den 25- bis 44-Jährigen lag der Anteil bei 74 %.



Internetaktivitäten und -einkäufe für Privatzwecke 2015

Anteil der Internetnutzer beziehungsweise Onlineeinkäufer nach Altersgruppen

	10–15	16–24	25–44	45–64	65 und älter
	%				
Internetaktivitäten					
E-Mails schreiben	61	95	96	91	90
Teilnahme an sozialen Netzwerken	77	93	77	52	29
Informationssuche zu Waren und Dienstleistungen	59	87	96	92	85
Lektüre von Online-Nachrichten, -Zeitungen, -Zeitschriften	30	65	80	70	67
Online-Banking	(2)	38	74	55	44
Interneteinkäufe					
Kleidung, Sportartikel	47	65	72	59	49
Gebrauchsgüter	29	29	61	47	39
Bücher (inklusive digitale), Zeitungen, Zeitschriften	23	29	47	43	42
Filme, Musik	37	42	41	26	13
Arzneimittel	/	7	30	33	38
Urlaubsunterkünfte	/	22	44	46	46

() Eingeschränkte Zuverlässigkeit.

4.5 EU | Ältere Menschen im Netz

Digitale Kluft

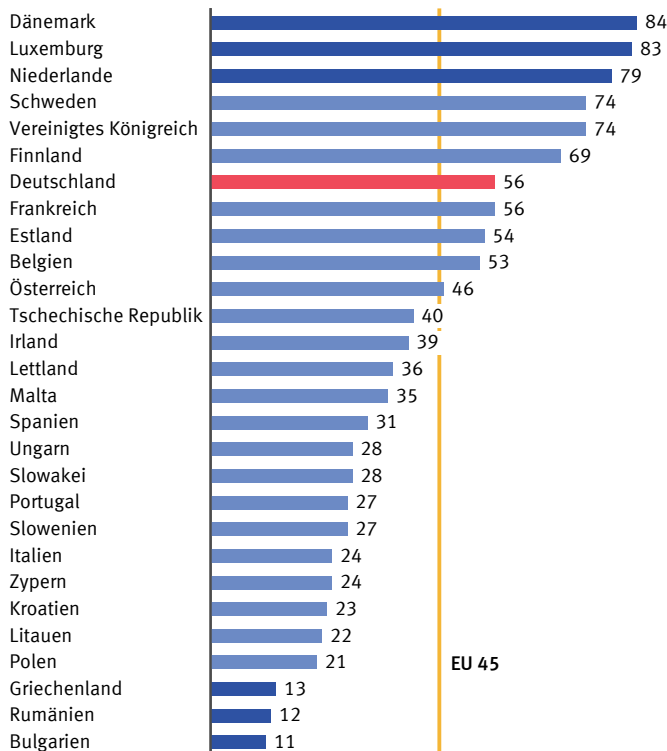
Bei der Internetnutzung lässt sich in der EU eine deutliche digitale Kluft zwischen Nord- und Südeuropa sowie zwischen West- und Osteuropa beobachten. Eine Vorreiterrolle nehmen dabei Dänemark, Luxemburg und die Niederlande ein: Dort surfen 2015 bereits mehr als drei Viertel der 65- bis 74-Jährigen im World Wide Web. In Deutschland nutzten rund 56 % der Seniorinnen und Senioren das Internet. Damit lagen sie ebenfalls deutlich über dem EU-Durchschnitt von 45 %. In anderen Teilen der EU haben ältere Menschen hingegen oft noch keinen Bezug zur digitalen Welt. In Griechenland, Rumänien und Bulgarien waren 2015 weniger als 15 % der älteren Menschen online.

Abweichend zum Abschnitt 4.5 „Internetnutzung in Deutschland“, wird im EU-weiten Vergleich nicht das Nutzerverhalten ab 65 Jahren, sondern nur zwischen 65 und 74 Jahren untersucht. Die Daten für Deutschland in beiden Kapiteln können daher voneinander abweichen.

Regelmäßiges Surfen

Wer das Internet aber erst einmal für sich entdeckt hatte, war auch häufig darin unterwegs. Von den 65- bis 74-jährigen Nutzerinnen und Nutzern waren 2015 im EU-Durchschnitt 72 % täglich online, in Deutschland 68 %.

Internetnutzung der 65- bis 74-Jährigen 2015
in %



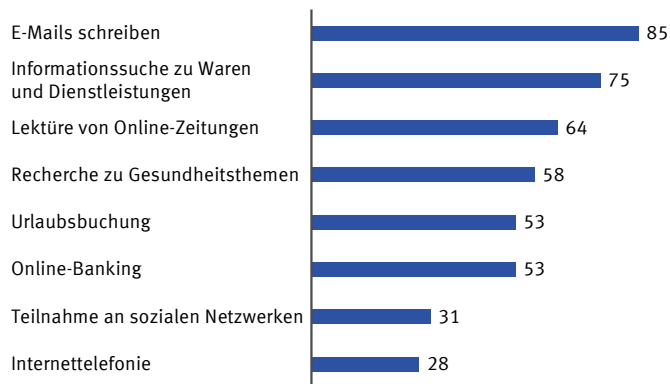
E-Mails am beliebtesten

Ältere nutzten das Internet vor allem zum Kommunizieren. Insgesamt 85 % der 65- bis 74-jährigen Internetnutzer in der EU schrieben E-Mails. 75 % suchten nach Informationen im Netz. 53 % verwalteten ihre Finanzen mittels Online-Banking. Am stärksten nutzten dies die 65- bis 74-jährigen Seniorinnen und Senioren in Finnland (92%), Dänemark und Schweden (je 84%). In Deutschland waren es mit 45 % weniger als im EU-Durchschnitt.

Neue Handlungsspielräume für das Leben im Alter

Die kommenden älteren Generationen werden bereits mit Computer und Internet durch das Berufsleben vertraut beziehungsweise schon damit aufgewachsen sein. Sie werden die Technik auch im Alter deshalb viel selbstverständlicher nutzen als heutige Seniorinnen und Senioren: So lag die Internet-Nutzerquote bei den gegenwärtig 55- bis 64-jährigen 2015 EU-weit mit 66 % bereits rund 20 Prozentpunkte höher als bei den heute 65- bis 74-jährigen. Den kommenden älteren Generationen wird ihre Internetaffinität möglicherweise eine längere Selbstständigkeit im Alter ermöglichen. Online-Sprechstunden mit dem Arzt, virtuelle Behördengänge oder Lebensmittel im Netz bestellen und anliefern lassen – all das kann zu einem unabhängigen Leben im Rentenalter beitragen.

Aktivitäten der 65- bis 74-jährigen Internetnutzer in der EU 2015 Auswahl, in %



45 % der 65- bis 74-jährigen Seniorinnen und Senioren in der EU nutzen das Internet. Ihnen kann das Internet im Alter viele Möglichkeiten für ein unabhängiges Leben bieten.

4.6 Freizeitaktivitäten und Zeitverwendung

Die Zeitverwendungserhebung 2012/2013 für Deutschland zeigt: Die meiste Zeit am Tag verwenden Menschen ab zehn Jahren für Schlafen, Körperpflege, Essen und Trinken. Rund elf Stunden pro Tag verbrachten sie damit. Neben Schule, Beruf oder anderen Verpflichtungen blieben dann über alle Altersklassen hinweg durchschnittlich täglich knapp sechs Stunden Freizeit. Seniorinnen und Senioren verfügten mit 7 Stunden 12 Minuten über rund eine Stunde mehr freie Zeit.

Mehr Freizeit am Wochenende

Dabei blieb am Wochenende erwartungsgemäß deutlich mehr Zeit für Freizeitaktivitäten als unter der Woche. Dieses Muster zeigte sich bereits bei den 10- bis 17-Jährigen und blieb über alle

Altersklassen bestehen. Auch Seniorinnen und Senioren nahmen sich am Wochenende täglich eine Stunde mehr Freizeit als unter der Woche.

Neben sozialen Kontakten, Aktivitäten an Computer und Smartphone, Sport und Hobbies verbrachten Menschen ab 65 Jahren den überwiegenden Teil der Freizeit mit kulturellen Aktivitäten. Dazu zählte unter anderem der Besuch kultureller Veranstaltungen, Radio hören, Lesen und Fernsehen. Seniorinnen und Senioren widmeten kulturellen Aktivitäten so viel Zeit wie keine andere Altersgruppe, nämlich knapp vier Stunden pro Tag. So waren ältere Menschen Spitzenreiter beim Lesen: Durchschnittlich 57 Minuten pro Tag verbrachten sie damit, mehr als alle anderen Altersgruppen. Der Fernsehkonsum lag bei etwas mehr als zweieinhalb Stunden pro Tag.

Freie Zeit 2012/2013

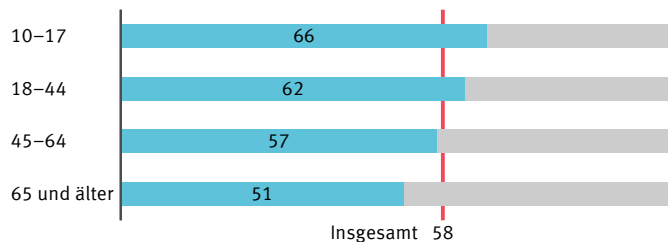
pro Tag nach Altersgruppen

	Insgesamt	10–17	18–29	30–44	45–64	65 und älter
	Std : Min					
Insgesamt	5:57	6:38	5:58	4:57	5:33	7:12
Montag bis Freitag	5:16	5:52	5:06	4:05	4:52	6:51
Wochenende und Feiertage	7:25	8:18	7:43	6:46	7:05	7:56

Ältere verbringen ihre Freizeit seltener in Gesellschaft als Jüngere

Je nach Alter unterschied sich auch, ob Menschen in ihrer Freizeit allein oder in Gesellschaft von Familie oder Bekannten waren. So verbrachten Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 17 Jahren 66 % ihrer Freizeit in Gesellschaft mit anderen. Zwischen 18 und 44 Jahren waren es immer noch 62%. In den höheren Altersklassen nahm der Anteil ab: Ab 65 Jahren verbrachten die Menschen nur noch etwa die Hälfte ihrer Freizeit mit Anderen.

Freizeit, die mit Familie/Bekanntem verbracht wird 2012/2013 nach Altersgruppen, in %



Zeit für kulturelle Aktivitäten 2012/2013 pro Tag nach Altersgruppen

	Insgesamt	10-17	18-29	30-44	45-64	65 und älter
	Std : Min					
Insgesamt	2:58	2:34	2:26	2:28	2:56	3:59
TV/Video/DVD	2:04	1:39	1:48	1:46	2:05	2:39
Lesen	0:32	0:21	0:14	0:22	0:34	0:57
Kultur-, Sportveranstaltungen	0:15	0:17	0:16	0:15	0:13	0:15
Radio/Musik/Tonaufnahmen	0:04	0:09	0:05	0:03	0:03	0:06
Kreative Tätigkeiten	0:03	0:08	(0:03)	(0:02)	0:02	(0:03)

() Eingeschränkte Zuverlässigkeit.

Menschen ab 65 Jahren haben mehr als sieben Stunden Freizeit pro Tag. Sie verbringen im Vergleich zu Jüngeren mehr Zeit mit Fernsehen und Lesen, aber weniger Zeit in Gesellschaft von Familie und Bekannten.

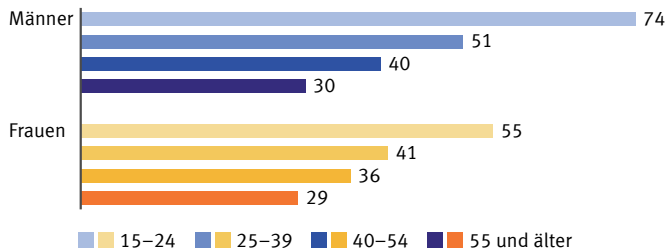
4.6 EU | Freizeitaktivitäten

Nur knapp jeder Dritte ab 55 Jahren treibt Sport

Sport fördert Fitness und Ausdauer und kann zu einem längeren beschwerdefreien Leben beitragen. Doch trotz dieser offensichtlichen Vorteile trieb 2013 laut einer Eurobarometer-Umfrage ⁽⁶⁾ in der EU weniger als die Hälfte der Bevölkerung (41 %) mehr oder weniger regelmäßig Sport. In der Altersgruppe ab 55 Jahren hielt sich sogar nur knapp jeder Dritte (30 %) körperlich fit. Während Männer in den jüngeren Altersklassen deutlich häufiger als Frauen Sport trieben, war in der Altersgruppe 55 plus der Unterschied zwischen den Geschlechtern nur noch minimal.

Anteil der Sporttreibenden in der EU 2013

nach Altersgruppen, in %



Die meisten älteren Menschen machten Sport, um ihren Gesundheitszustand und die Fitness zu verbessern. Aber auch Entspannung, Spaß oder die Gewichtskontrolle gehören zu den Motiven.

Motive für Sport und Bewegung im Alltag in der EU 2013

Aktive ab 55 Jahren, in %



Mehrfachnennungen möglich.

Bewegung durch Gartenarbeit oder Fahrradfahren

Immerhin verschafften sich in der EU insgesamt 43 % der Generation ab 55 Jahren zwar nicht durch Sport, aber zumindest im Alltag etwas Bewegung. Sie nutzten zum Beispiel das Fahrrad als Fortbewegungsmittel oder widmeten sich der Gartenarbeit. Männer waren dabei mit 46 % etwas aktiver als Frauen (40 %).

Frische Luft statt Fitness-Studio

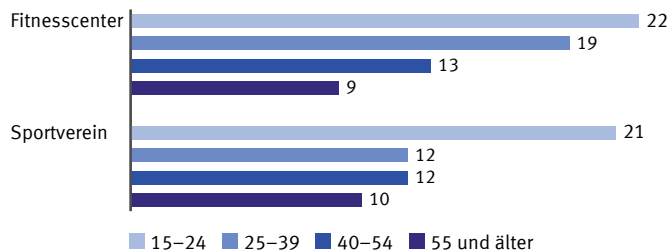
Ob Sport oder Bewegung im Alltag: Die Altersgruppe ab 55 Jahren bevorzugte körperliche Betätigung an der frischen Luft. 44 % gaben an, sich im Park oder in der freien Natur zu bewegen, 40 % zu Hause. 25 % nutzten die täglichen Wege, um fit zu bleiben. Nur 10 % besuchten einen Sportverein und 9 % ein Fitnesscenter (Mehrfachnennungen waren möglich). Der institutionalisierte Sport spielte damit unter Älteren eine vergleichsweise geringe Rolle. Zum Vergleich: Von den 15- bis 24-jährigen Aktiven besuchten 21 % einen Sportverein und 22 % ein Fitnesscenter.

Ein Sechstel bewegt sich nicht

Neben den vielen Aktiven gibt es auch die Gruppe der Senioren, die praktisch ganz ohne Bewegung ist. So waren zum Beispiel 17 % der EU-Bürgerinnen und -Bürger ab 55 Jahren in der Woche vor der Befragung nicht ein einziges Mal mindestens zehn Minuten zu Fuß unterwegs gewesen.

Besuch von Sporteinrichtungen in der EU 2013

nach Altersgruppen, in %



Ehrenamt

5 % der Personen ab 55 Jahren gaben an, sich ehrenamtlich für den Sport zu engagieren, also Sportveranstaltungen zu organisieren, Verwaltungsaufgaben zu übernehmen oder aber als Mitglied im Vereinsvorstand, Trainer und ähnliches. Damit lag der Anteil niedriger als in jüngeren Altersgruppen.

EU-weit treiben rund 30 % der über 55-Jährigen mehr oder weniger regelmäßig Sport. Insgesamt 43 % verschaffen sich bei den alltäglichen Wegen und Arbeiten etwas Bewegung. Der institutionalisierte Sport spielt nur eine untergeordnete Rolle.

4.7 Freiwilliges Engagement

Bürgerschaftliches Engagement ist ein wichtiger Bestandteil unserer Gemeinschaft. Es pflegt gemeinsame Werte als Grundlage des Zusammenlebens und sichert den Zusammenhalt. Es stärkt die Teilhabe des Einzelnen an der Gesellschaft und fördert die Integration.

Ältere häufig freiwillig engagiert

Die Ergebnisse des Freiwilligensurveys ⁽⁶⁾ zeigen, dass in Deutschland im Jahr 2014 knapp 44 % der Bevölkerung ab 14 Jahren freiwillig engagiert waren. Bei den Männern lag der Anteil mit 46 % etwas höher als bei den Frauen (42 %). In den Altersgruppen von 50 bis 59 Jahren sowie von 60 bis 69 Jahren waren jeweils 45 % freiwillig engagiert. Ab 70 Jahren lag der Anteil bei 31 %. Mit fortschreitendem Alter war der Geschlechterunterschied überdurchschnittlich groß. So waren in der Generation 70 plus 36 % der Männer, aber nur 28 % der Frauen freiwillig tätig.

Freiwilliges Engagement im Zeitvergleich nach Altersgruppen

	1999			2014		
	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt
	%					
50–59	31,2	46,2	38,5	43,2	47,6	45,4
60–69	27,4	34,2	30,9	40,8	49,5	45,0
70 und älter	16,1	25,2	20,3	27,7	36,4	31,3
Insgesamt ab 14 Jahre	29,9	38,4	34,0	41,5	45,7	43,6

Quelle: Deutscher Freiwilligensurvey.

Höchste Zuwachsrate bei den 60- bis 69-Jährigen

Ältere Menschen engagieren sich mittlerweile deutlich häufiger als noch vor 15 Jahren. Bei den 60- bis 69-Jährigen ist die Steigerung besonders deutlich: Der Anteil freiwillig Engagierter erhöhte sich in dieser Altersgruppe zwischen 1999 und 2014 von 31 % auf 45 %.

Ältere investieren mehr Zeit in ihr Engagement als Jüngere

Engagierte ab 65 Jahren brachten besonders viel Zeit für ihre freiwillige Tätigkeit auf. Rund die Hälfte von ihnen (51 %) war drei oder mehr Stunden pro Woche damit beschäftigt. Damit war der Anteil so hoch wie in keiner anderen Altersgruppe.

Ältere Menschen stark im sozialen Bereich engagiert

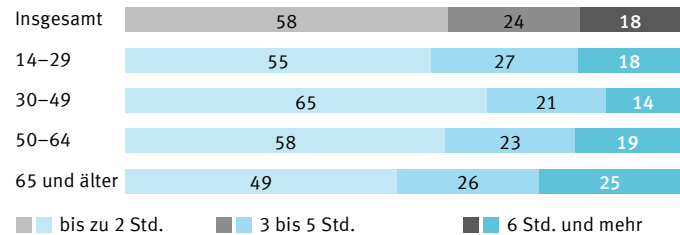
Ob in Vereinen, Verbänden, öffentlichen Einrichtungen, Kirchen oder in kleinen Gruppen, Projekten und Initiativen: Engagieren kann man sich in den verschiedensten Bereichen.

Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren engagierten sich im Vergleich zur Gesamtbevölkerung überdurchschnittlich häufig im sozialen Bereich, für „Kultur und Musik“, „Freizeit und Geselligkeit“ sowie „Politik und politische Interessenvertretung“. Personen ab 65 Jahren waren überdurchschnittlich häufig im sozialen Bereich, also zum Beispiel in einem Wohlfahrtsverband, einer Hilfsorganisation oder in der Nachbarschaftshilfe aktiv.

Bundesfreiwilligendienst

Seit dem 1. Juli 2011 können sich Frauen und Männer jeden Alters im Rahmen des Bundesfreiwilligendienstes (BFD) für das Allgemeinwohl engagieren – im sozialen, ökologischen und kulturellen Bereich sowie in weiteren Bereichen wie Sport, Integration, Kultur und Bildung, aber auch beim Zivil- und Katastrophenschutz. Der BFD, der in der Regel 12 Monate dauert, trat unmittelbar nach Aussetzung der Wehrpflicht in Kraft und soll die Folgen des gleichzeitig wegfallenden Zivildienstes zumindest teilweise kompensieren. Nach Angaben des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben waren im April 2016 in Deutschland knapp 40 000 Personen im Rahmen des BFD tätig. Von diesen waren rund 13 % (2 660 Frauen und 2 510 Männer) 51 Jahre oder älter.

Stundenumfang pro Woche für die freiwillige Tätigkeit 2014 nach Altersgruppen, in %



Quelle: Deutscher Freiwilligen survey.

Ältere Menschen sind heute deutlich häufiger freiwillig engagiert als noch vor 15 Jahren. Sie investieren mehr Zeit in ihr freiwilliges Engagement als Jüngere und sind besonders häufig im sozialen Bereich tätig.



4.8 Verkehrssicherheit

Ältere Menschen im Straßenverkehr besonders gefährdet

Ältere Menschen spielen allein schon durch die demografische Entwicklung eine immer größere Rolle im Straßenverkehr. Sie sind heute außerdem wesentlich mobiler als früher. Infolgedessen ist der Anteil älterer Menschen an den Verkehrstoten gestiegen: Vor 20 Jahren war jeder sechste Getötete im Straßenverkehr (16%) 65 Jahre oder älter, im Jahr 2014 war es nahezu jeder dritte (29%).

Das Risiko für ältere Menschen im Straßenverkehr getötet zu werden, ist in den letzten 20 Jahren jedoch deutlich gesunken: 2014 starben auf Deutschlands Straßen 59 Seniorinnen und Senioren je 1 Million Einwohner ab 65 Jahre. 1994 waren es mit 129 noch mehr als doppelt so viele gewesen. In den jüngeren Altersgruppen war der Rückgang jedoch ausgeprägter.

Geringere Unfallbeteiligung, aber höheres Sterberisiko als jüngere

Ende 2014 lag der Anteil der älteren Menschen ab 65 Jahren an der Gesamtbevölkerung in Deutschland bei 21%. 2014 waren sie aber nur zu 13% an Unfällen mit Personenschaden beteiligt. Daraus kann jedoch nicht geschlossen werden, dass ältere Fahrerinnen und Fahrer sicherer fahren, sondern die geringe Unfallbeteiligung spiegelt in weiten Teilen ihre seltenere Verkehrsteilnahme als Fahrzeugführer wider. Zwar sind Seniorinnen und Senioren



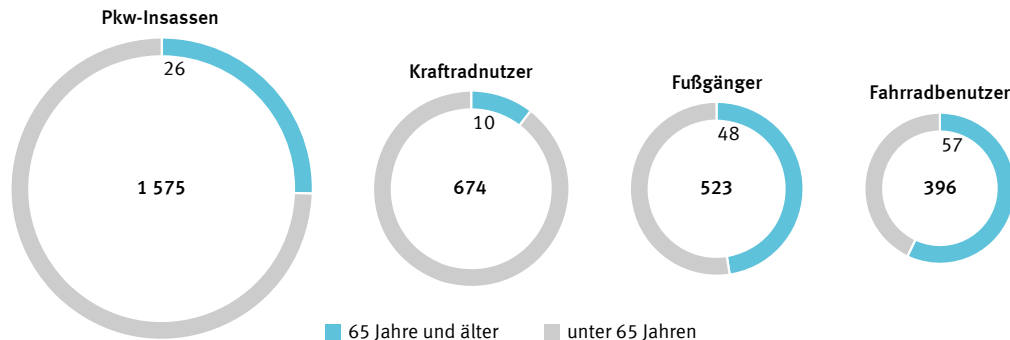
heute aktiver als frühere Generationen in diesem Alter und nutzen aufgrund ihrer bisherigen Verkehrsteilnahme häufiger das Auto, dennoch ist ihre durchschnittliche Fahrleistung pro Pkw und Jahr deutlich niedriger als bei den jüngeren Altersgruppen.

Da jedoch die körperliche Widerstandsfähigkeit mit dem Alter sinkt, tragen ältere Menschen ein höheres Risiko, bei einem Unfall tödlich verletzt zu werden: 2014 waren 26 % der getöteten Pkw-Insassen, 48 % der getöteten Fußgängerinnen und Fußgänger und 57 % der getöteten Radfahrerinnen und Radfahrer mindestens 65 Jahre alt.

Unfälle älterer Fußgänger oder Radfahrer überwiegend durch andere Verkehrsteilnehmer verschuldet

Unfälle, in die ältere Menschen zu Fuß oder auf dem Rad verwickelt waren, ließen sich überwiegend auf Regelverstöße anderer Verkehrsteilnehmerinnen und -teilnehmer zurückführen. Nur 16 % der verunglückten älteren Fußgängerinnen und Fußgänger und 43 % der Älteren auf dem Rad hatten den Unfall selbst verschuldet. Waren Seniorinnen und Senioren jedoch als Fahrer eines Pkw in einen Unfall mit Personenschaden verwickelt, trugen sie in 67 % der Fälle die Hauptschuld, bei den über 75-Jährigen waren es 75 %. Sie trugen damit häufiger die Hauptschuld als der Durchschnitt aller Unfallbeteiligten (56 %).

Getötete bei Straßenverkehrsunfällen nach Alter und Art der Verkehrsbeteiligung 2014
in %



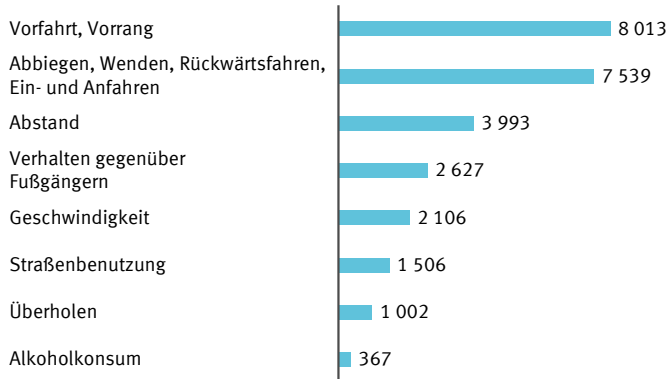
4 Lebenswelten

Vorfahrtsfehler sind die häufigste Unfallursache

Ältere Menschen verlieren in komplexen Situationen im Straßenverkehr schneller den Überblick als Jüngere. So wurden 18 % der Seniorinnen und Senioren, die als Pkw-Führende an Unfällen mit Personenschaden beteiligt waren, im Jahr 2014 „Vorfahrtsfehler“ vorgeworfen. Es folgten Fehler beim „Abbiegen, Wenden, Rückwärtsfahren, Ein- und Anfahren“ mit 17%.

Aufgrund der demografischen Entwicklung spielen ältere Menschen im Straßenverkehr eine immer größere Rolle. Sie sind im Vergleich zu anderen Altersgruppen allerdings besonders gefährdet. Nahezu jeder dritte Straßenverkehrstote ist 65 Jahre oder älter.

Fehlverhalten von Pkw-Fahrerinnen und Fahrer ab 65 Jahren 2014 bei Unfällen mit Personenschaden





Armutsgefährdungsquote | Als armutsgefährdet gilt, wer inklusive staatlicher Sozialleistungen mit weniger als 60 % des mittleren Einkommens der Gesamtbevölkerung auskommen muss. Zur Berechnung wird das von allen im Haushalt lebenden Personen insgesamt erzielte Haushaltsnettoeinkommen des Vorjahres inklusive Sozialleistungen herangezogen.

Bevölkerungsvorausberechnung | Die Bevölkerungsvorausberechnung für **Deutschland** dient dem Ziel, Informationen über die voraussichtliche zukünftige Bevölkerungszahl und -struktur zu erhalten. Dazu werden verschiedene Annahmen hinsichtlich der Kinderzahl, der Sterblichkeit und der Wanderungsbewegungen getroffen. Die in dieser Broschüre gemachten Angaben ergeben sich aus den Annahmen, die bei der Variante 2 „Kontinuität bei stärkerer Zuwanderung“ der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung getroffen wurden. Bei dieser Variante werden eine annähernde Konstanz der zusammengefassten Geburtenziffer von 1,4 Kindern je Frau und ein moderater Anstieg der Lebenserwartung bei Geburt für Jungen auf 84,8 Jahre und für Mädchen auf 88,8 Jahre angenommen. Der jährliche Saldo der Zuzüge nach und Fortzüge aus Deutschland würde von 500 000 Personen in den Jahren 2014 und 2015 stufenweise auf 200 000 zurückgehen und ab 2021 auf diesem Niveau bleiben.

Insgesamt umfasst die 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung acht Varianten. Da sich neben den Annahmen auch der aktuelle Altersaufbau auf die demografische Entwicklung auswirkt, zeigen alle Varianten eine starke Alterung in den kommenden Jahrzehnten.

Die Bevölkerungsvorausberechnung auf **EU-Ebene** 2013 (EURO-POP2013) dient dem Versuch, Informationen über die voraussichtliche zukünftige Bevölkerungszahl und die Bevölkerungsstruktur zu liefern. Eurostats Bevölkerungsvorausschätzung ist eines von mehreren möglichen Szenarien für den demografischen Wandel, welches von bestimmten Annahmen für Fruchtbarkeit, Mortalität und Wanderung ausgeht.

Body-Mass-Index (BMI) | Die Weltgesundheitsorganisation stuft Erwachsene mit einem Body-Mass-Index (BMI) von über 25 als übergewichtig, mit einem Wert von über 30 als stark übergewichtig ein. Ein BMI über 30 wird auch als Adipositas bezeichnet und als Krankheit eingestuft. Der Index wird errechnet, indem man das Körpergewicht (in kg) durch die Körpergröße (in Metern, quadriert) teilt.

(Schwer-) Behinderte Menschen | Menschen sind behindert im Sinne des SGB IX, wenn ihre körperliche, geistige oder seelische Gesundheit auf Dauer beeinträchtigt und somit auch ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eingeschränkt ist. Als schwerbehindert gelten Personen, denen ein Grad der Behinderung von 50 oder mehr zuerkannt wurde.

Erwerbslosenquote | Erwerbslos ist, wer nicht erwerbstätig ist, jedoch aktiv nach einer Erwerbstätigkeit sucht und eine solche auch kurzfristig aufnehmen könnte. Die Erwerbslosenquote ist der Anteil der Erwerbslosen an allen Erwerbspersonen (Summe aus Erwerbstätigen und Erwerbslosen).

Erwerbstätigenquote | Nach Definition der International Labour Organization (ILO) ist erwerbstätig, wer im betrachteten Zeitraum einer bezahlten Arbeit nachgegangen ist – unabhängig vom zeitlichen und finanziellen Umfang. Auch wer sich in einem formalen Arbeitsverhältnis befindet, das er im Berichtszeitraum nur vorübergehend nicht ausgeübt hat (zum Beispiel Elternzeit) gilt als erwerbstätig. Die Erwerbstätigenquote ist der Anteil erwerbstätiger Personen an der Bevölkerung der jeweils betrachteten Altersgruppe.

Eurobarometer | Eurobarometer ist eine repräsentative Bevölkerungsumfrage, die von der EU-Kommission initiiert und EU-weit regelmäßig durchgeführt wird. Für die Umfrage zu den Sportgewohnheiten wurden 2013 knapp 28 000 EU-Bürger und -Bürgerinnen befragt.

Fernere Lebenserwartung | Bei der Berechnung der Lebenserwartung werden stets die Sterbewahrscheinlichkeiten aller auf ein bestimmtes Alter folgenden Altersstufen einbezogen. Personen, die beispielsweise 60 Jahre alt sind, haben die Sterberisiken vorangegangener Altersstufen (Alter 0 bis 59) bereits hinter sich gelassen und sind „nur“ noch den Risiken ihres eigenen und des höheren Alters ausgesetzt. Sie weisen deshalb höhere Werte für die (Gesamt-)Lebenserwartung auf als Neugeborene.

Freiwilligensurvey | Der Freiwilligensurvey (FWS) bietet umfassende Informationen zum freiwilligen Engagement der Bevölkerung in Deutschland. Grundlage sind repräsentative Telefonumfragen,

die im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) seit 1999 alle fünf Jahre durchgeführt werden. Für die Befragung im Jahr 2014 wurden unter wissenschaftlicher Leitung des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA) 28 690 Personen ab 14 Jahren befragt. Weitere Informationen zum Freiwilligensurvey finden Sie unter www.dza.de

Geringqualifiziert | Die Qualifikation wird nach der Internationalen Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) eingestuft. Geringqualifizierte Personen haben keinen formalen Berufsabschluss. Sie verfügen höchstens über einen Real- oder Hauptschulabschluss und/oder wurden in einem Betrieb angelehrt.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung | Neben der Grundsicherung im Alter erhalten dauerhaft voll erwerbsgeminderte Personen über 18 Jahren bis zur Altersgrenze Grundsicherung bei Erwerbsminderung. Personen, die vor dem 1. Januar 1947 geboren sind, erreichten die Altersgrenze mit Ablauf des Monats, in dem sie das 65. Lebensjahr vollendeten. Beginnend mit dem Geburtsjahrgang 1947 wird die Altersgrenze seit dem 1. Januar 2012 schrittweise auf 67 Jahre angehoben. Für den Berichtszeitraum Dezember 2014 galt eine Altersgrenze von 65 Jahren und drei Monaten. Bei der Berechnung von Bezugsquoten der Empfänger von Grundsicherung im Alter wird deren Anzahl geteilt durch die gleichaltrige Bevölkerung. Bevölkerungsdaten nach Geburtsmonat stehen nicht zur Verfügung. Zur Berechnung

der Bezugsquoten wird eine Gleichverteilung der Geburten über das jeweilige Geburtsjahr unterstellt.

Hochqualifiziert | Die Qualifikation wird nach der Internationalen Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) eingestuft. Als hochqualifiziert gelten Personen mit einem Abschluss im Tertiärbereich. In Deutschland zählen dazu Universitäten, Fachhochschulen, Verwaltungsfachhochschulen, Berufsakademien, Fachschulen (ohne Gesundheits- und Sozialberufe), Meisterkurse, Technikerschulen, Fachakademien sowie Ausbildungsstätten/Schulen für Erzieherinnen und Erzieher.

Hochschulabschluss | Bachelor, Master, Diplom (einschl. Lehramtsprüfung, Staatsprüfung, Magister, künstlerischer Abschluss und vergleichbare Abschlüsse) sowie Promotion.

Kaufkraft | Um die Einkommenshöhe in den einzelnen EU-Staaten miteinander vergleichbar zu machen, müssen bestehende Preisniveaunterschiede bereinigt werden. Dies geschieht durch die Ermittlung von Preisen für einen vergleichbaren und repräsentativen Korb von Waren und Dienstleistungen in den einzelnen EU-Staaten. Diese Preise werden dann in einer gemeinsamen künstlichen Währung angegeben, die als Kaufkraftstandard KKS bezeichnet wird. Mit Hilfe der „Einkommenshöhe in KKS“ kann die Kaufkraft in den EU-Staaten direkt miteinander verglichen werden.

(Erhebliche) materielle Entbehrung | Erhebliche materielle Entbehrung liegt vor, wenn Menschen nach eigener Aussage Schwierigkeiten haben, für mindestens vier der folgenden neun Ausgaben aufzukommen:

- Miete und Versorgungsleistungen,
- angemessene Beheizung der Wohnung,
- unerwartete größere Ausgaben (zum Beispiel Reparaturen),
- jeden zweiten Tag eine Mahlzeit mit Fleisch, Fisch oder gleichwertiger Proteinzufuhr,
- eine einwöchige Ferienreise an einen anderen Ort,
- ein Auto,
- eine Waschmaschine,
- einen Farbfernseher,
- ein Telefon.

Es geht dabei nicht um einen freiwilligen Verzicht, sondern um einen erzwungenen Mangel aus finanziellen Gründen.

Persönliches Nettoeinkommen | Das persönliche Nettoeinkommen setzt sich zusammen aus der Summe aller Einkunftsarten ohne Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Zu den Einkunftsarten zählen zum Beispiel das Erwerbseinkommen, Unternehmereinkommen, Rente, Pension, öffentliche Unterstützungen, Einkommen aus Vermietung und Verpachtung, Arbeitslosengeld, Elterngeld, Kindergeld, Wohngeld. Berücksichtigt werden ausschließlich Personen, die eine Angabe zum Einkommen gemacht haben.

Glossar/Datenquellen

Pflegebedürftige | Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (Sozialgesetzbuch – SGB XI) sind Personen, die im täglichen Leben auf Dauer – wegen einer Krankheit oder Behinderung – in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Die Entscheidung über das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit treffen die Pflegekassen beziehungsweise die privaten Versicherungsträger.

Überwiegender Lebensunterhalt | Der überwiegende Lebensunterhalt kennzeichnet die Unterhaltsquelle, aus der hauptsächlich die Mittel für den Lebensunterhalt bezogen werden. Bei mehreren Unterhaltsquellen wird auf die wesentliche abgestellt.

Kapitel	Datenquelle
1 Demografische Grunddaten	
Deutschland	Laufende Bevölkerungsfortschreibung, Mikrozensus, Wanderungsstatistik, 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, repräsentative Wahlstatistik
Europäische Union (EU)	Eurostat: Bevölkerungsstatistik, EUROPOP2013 – Europäische Bevölkerungsvorausschätzungen
2 Erwerbsbeteiligung und finanzielle Situation	
2.1 Erwerbstätigkeit bis 65 Jahre	Mikrozensus, Europäische Arbeitskräfteerhebung (Labour Force Survey – LFS)
EU Erwerbstätigkeit bis 65 Jahre	Eurostat: Europäische Arbeitskräfteerhebung (Labour Force Survey – LFS)
2.2 Erwerbstätigkeit ab 65 Jahren	Mikrozensus, Europäische Arbeitskräfteerhebung (Labour Force Survey – LFS)
EU Erwerbstätigkeit ab 65 Jahren	Eurostat: Europäische Arbeitskräfteerhebung (Labour Force Survey – LFS)
2.3 Einkommen und Lebensunterhalt	Mikrozensus, Deutsche Rentenversicherung, Einkommens- und Verbrauchsstichprobe
EU Einkommen	Eurostat: EU-SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions)

Datenquellen

Kapitel	Datenquelle
2 Erwerbsbeteiligung und finanzielle Situation	
2.4 Armutsgefährdung und materielle Entbehrung	EU-SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions)
EU Armutsgefährdung	Eurostat: EU-SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions)
2.5 Staatliche Grundsicherung	Statistik der Empfänger/-innen von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
3 Gesundheit	
3.1 Lebenserwartung	Sterbetafeln (Bevölkerungsfortschreibung und Statistik der Sterbefälle)
EU Lebenserwartung	Eurostat
3.2 Gesundheitszustand	Mikrozensus
EU Gesundheitszustand	Eurostat: EU-SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions)
3.3 Krankenhausfälle und -behandlungen	Krankenhausstatistik
3.4 Pflegebedürftigkeit und Schwerbehinderungen	Pflegestatistik, Schwerbehindertenstatistik
4 Lebenswelten	
4.1 Leben und Zusammenleben	Mikrozensus
EU Leben und Zusammenleben	Eurostat: EU-SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions)
4.2 Wohnen	Zensus 2011 (Gebäude- und Wohnungszählung)
4.3 Ausstattung mit Gebrauchsgütern	Laufende Wirtschaftsrechnungen (LWR)

Datenquellen

Kapitel	Datenquelle
4 Lebenswelten	
4.4 Bildungsstand und lebenslanges Lernen	Mikrozensus, Schulstatistik, Gasthörerstatistik, Deutsches Institut für Erwachsenenbildung
4.5 Silver Surfer: Ältere Menschen im Netz	Erhebung über die private Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT)
EU Ältere Menschen im Netz	Eurostat: Erhebung über die private Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT)
4.6 Freizeitaktivitäten und Zeitverwendung	Zeitverwendungserhebung 2012/2013
EU Freizeitaktivitäten	EU-Kommission: Eurobarometer
4.7 Freiwilliges Engagement	Deutscher Freiwilligensurvey, Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (Daten zum Bundesfreiwilligendienst)
4.8 Verkehrssicherheit	Straßenverkehrsunfallstatistik

Tagesaktuelle Daten finden Sie in der Datenbank des Statistischen Bundesamtes unter www.destatis.de/genesis, exportierbar in verschiedenen Formaten und ab jetzt auch zweisprachig.



www.destatis.de

Zentraler Auskunftsdienst
Tel.: +49 (0) 611 / 75 24 05
www.destatis.de/kontakt

www.destatis.de/publikationen

Krankenhäuser

Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung

KRANKENHÄUSER

Jahr	Krankenhäuser		Patientenbewegung ¹			
	insgesamt	aufgestellte Betten insgesamt	Fallzahl	Berechnungs- und Belegungstage	durchschnittliche	
					Verweildauer	Bettenaus- lastung
	Anzahl		Anzahl	in 1 000	in Tagen	in %
1991	2 411	665 565	14 576 613	204 204	14,0	84,1
1992	2 381	646 995	14 974 845	198 769	13,3	83,9
1993	2 354	628 658	15 191 174	190 741	12,6	83,1
1994	2 337	618 176	15 497 702	186 049	12,0	82,5
1995	2 325	609 123	15 931 168	182 627	11,5	82,1
1996	2 269	593 743	16 165 019	175 247	10,8	80,6
1997	2 258	580 425	16 429 031	171 837	10,5	81,1
1998	2 263	571 629	16 847 477	171 802	10,2	82,3
1999	2 252	565 268	17 092 707	169 696	9,9	82,2
2000	2 242	559 651	17 262 929	167 789	9,7	81,9
2001	2 240	552 680	17 325 083	163 536	9,4	81,1
2002	2 221	547 284	17 432 272	159 937	9,2	80,1
2003	2 197	541 901	17 295 910	153 518	8,9	77,6
2004	2 166	531 333	16 801 649	146 746	8,7	75,5
2005	2 139	523 824	16 539 398	143 244	8,7	74,9
2006	2 104	510 767	16 832 883	142 251	8,5	76,3
2007	2 087	506 954	17 178 573	142 893	8,3	77,2
2008	2 083	503 360	17 519 579	142 535	8,1	77,4
2009	2 084	503 341	17 817 180	142 414	8,0	77,5
2010	2 064	502 749	18 032 903	141 942	7,9	77,4
2011	2 045	502 029	18 344 156	141 676	7,7	77,3
2012	2 017	501 475	18 620 442	142 024	7,6	77,4
2013	1 996	500 671	18 787 168	141 340	7,5	77,3
2014	1 980	500 680	19 148 626	141 534	7,4	77,4
2015	1 956	499 351	19 239 574	141 281	7,3	77,5

1: Berichtigte Werte für 2005, soweit (einmalig) Angaben für gesunde Neugeborene enthalten waren.

Eine Tabelle zu **Krankenhäuser: Einrichtungen und Patientenbewegung** und eine Tabelle zu **Krankenhäuser: Betten** mit weiteren Informationen finden sich auch im Informationssystem der **Gesundheitsberichterstattung**.

Jahr	Krankenhäuser		Patientenbewegung ¹			
	insgesamt	aufgestellte Betten insgesamt	Fallzahl	Berechnungs- und Belegungstage	durchschnittliche	
					Verweildauer	Bettenaus- lastung
	Anzahl		Anzahl	in 1 000	in Tagen	in %
2016	1 951	498 718	19 532 779	142 170	7,3	77,9
2017	1 942	497 182	19 442 810	141 152	7,3	77,8

1: Berichtigte Werte für 2005, soweit (einmalig) Angaben für gesunde Neugeborene enthalten waren.

Eine Tabelle zu **Krankenhäuser: Einrichtungen und Patientenbewegung** und eine Tabelle zu **Krankenhäuser: Betten** mit weiteren Informationen finden sich auch im Informationssystem der **Gesundheitsberichterstattung**.

Stand 10. März 2019

Kontakt

Statistisches Bundesamt
Gustav-Stresemann-Ring 11
65189 Wiesbaden

Pflege

Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade

PFLEGEBEDÜRFTIGE NACH VERSORGUNGSART, GESCHLECHT UND PFLEGEGRAD 2017

Pflege	Pflegebedürftige		Pflegegrade					Bisher ohne Zuordnung	Anteil an Pflegebedürftig insgesamt
	insgesamt	darunter weiblich	1	2	3	4	5		
	Anzahl	%							
Insgesamt	3 414 378	62,9	1,4	46,0	30,0	16,1	6,6	0,2	100,0
Pflegebedürftige zu Hause versorgt		60,5	1,4	53,7	29,5	11,9	3,5	- ()	76,0
	davon								
allein durch Angehörige¹	764 904	57,7	- ()	56,4	29,5	11,3	2,8	- ()	51,7
zusammen mit/durch ambulante Pflegedienste	829 958	66,5	4,5	47,7	29,5	13,2	5,0	- ()	24,3
Pflegebedürftige vollstationär in Heimen		70,4	0,9	21,4	31,7	29,6	16,3	0,7	24,0
Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 und teilstationärer Pflege		75,5	100,0	- ()	- ()	- ()	- ()	- ()	0,0

1: Entspricht den Empfängern/Empfängerinnen von ausschließlich Pflegegeld nach § 37 SGB () XI ().

Empfänger/-innen von Kombinationsleistungen nach § 38 SGB () XI () sind dagegen in den ambulanten Pflegediensten enthalten.

- = Nichts vorhanden.

Kontakt

Statistisches Bundesamt
Gustav-Stresemann-Ring 11
65189 Wiesbaden

©  Statistisches Bundesamt (Destatis) | 2020