



Stellungnahme des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.

zum

- a) Gesetzentwurf der Bundesregierung:

**Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung
der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)**

(BT-Drucks. 16/7439)

- b) Antrag der BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher – Für eine konsequent nut-
zerorientierte Pflegeversicherung**

(BT-Drucks. 16/7136)

- c) Antrag der Fraktion DIE LINKE:

Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung

(BT-Drucks. 16/7472)

- d) Antrag der Fraktion der FDP:

**Für eine zukunfts- und generationenfest finanzierte, die Selbstbestimmung stär-
kende, transparente und unbürokratische Pflege**

(BT-Drucks. 16/7491)

anlässlich der öffentlichen **Anhörung im Ausschuss für Gesundheit** des Deutschen Bun-
destages am 21. und 23. Januar 2008 in Berlin

Zu a) Gesetzentwurf der Bundesregierung:

**Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung
der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)**
(BT-Drucks. 16/7439)

Übersicht

A. Allgemeine Stellungnahme

- I. Schaffung eigener Angebote der PPV
- II. Beteiligung der PPV sichern und ausbauen

B. Stellungnahme zu Einzelvorschriften des Gesetzentwurfes

- I. Artikel 1 - Änderungen des SGB XI
 - 1. u. 2. zu § 7 (Aufklärung, Beratung)
 - 3. – 6. zu § 7a (Pflegeberatung)
 - 7. zu § 8 (Gemeinsame Verantwortung)
 - 8. zu § 17 (Richtlinien der Pflegekassen)
 - 9. zu § 18 (Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit)
 - 10. zu § 28 (Leistungsarten, Grundsätze)
 - 11. zu § 30 (Dynamisierung)
 - 12. zu § 33 (Leistungsvoraussetzungen)
 - 13. zu § 37 (Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen)
 - 14. zu § 44a (Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit)
 - 15. zu § 45b (Zusätzliche Betreuungsleistungen)
 - 16. zu § 45c (Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen)
 - 17. zu § 75 (Rahmenverträge, Bundesempfehlungen etc.)
 - 18. zu § 89 (Grundsätze für die Vergütungsregelung)
 - 19. zu § 92c (Pflegestützpunkte)
 - 20. zu § 93 (Anzuwendende Vorschriften)
 - 21. zu § 110 (Regelungen für die private Pflegeversicherung)
 - 22. zu § 113 (Maßstäbe und Grundsätze zur ... Pflegequalität)
 - 23. u. 24. zu § 113a (Expertenstandards zur ... Qualität in der Pflege)
 - 25. zu § 113b (Schiedsstelle Qualitätssicherung)
 - 26. zu § 114 (Qualitätsprüfungen)
 - 27. u. 28. zu § 114a (Durchführung)
 - 29. – 31. zu § 115 (Ergebnisse von Qualitätsprüfungen)
 - 32. zu § 122 (Übergangsregelung)
- II. Art. 2 ff. - Weitere Gesetze

A. Allgemeine Stellungnahme

Die private Pflegepflichtversicherung (PPV) begrüßt die Initiative zur Verbesserung der Qualität in der Pflege uneingeschränkt. Neben der Frage der Finanzierung muss eine gute Pflege das zentrale Thema der Pflegeversicherung überhaupt sein. Im Hinblick auf die im vorliegenden Entwurf vorgesehenen Maßnahmen hat die PPV jedoch abweichende Positionen. Dabei lässt sie sich von folgenden Grundüberlegungen leiten:

- Maßnahmen zur Steigerung der Ergebnisqualität müssen Vorrang vor Maßnahmen der Strukturqualität haben. Die Schaffung von Infrastruktur, etwa durch eine Festlegung, wie viele Einwohner auf einen Pflegestützpunkt rechnerisch kommen sollen, ist kein Garant für eine Erhöhung der Pflegequalität. Die schlechten Erfahrungen mit den ab 2001 aufgebauten gemeinsamen Servicestellen für Menschen mit Behinderung zeigen dies mit aller Deutlichkeit. Bürokratieaufbau führt nicht zu mehr Qualität und Versichertenorientierung.
- Die PPV benötigt zudem eigene Handlungsmöglichkeiten, vorliegend insbesondere im Bereich der Qualität. Dadurch würde ein Wettbewerb über die Güte der Pflege und eine Diskussion über die Standards ermöglicht. Eine Reduktion der PPV auf die Mitfinanzierung von Maßnahmen im Bereich der sozialen Pflegeversicherung ist eindeutig zu wenig, bietet keinerlei Wettbewerbsimpulse, keine Anreize für einen notwendigen Qualitätswettbewerb und trägt zudem den Belangen der PPV-Versicherten und im Ergebnis auch der Pflege insgesamt nicht hinreichend Rechnung.

Vor diesem Hintergrund sind die folgenden Grundpositionen der PPV zu sehen:

I. Schaffung eigener Angebote der PPV

Durch die Regelungen des Gesetzentwurfs wird letztlich eine Mitfinanzierung der nicht überzeugenden Infrastrukturmaßnahmen (Schaffung von Pflegestützpunkten) durch die PPV verankert (so sollen z.B. gemäß § 92c Abs. 1 die Pflegekassen jederzeit darauf hinwirken, dass sich die im Land tätigen Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung beteiligen). Die PPV lehnt es hingegen ab, den Aufbau einer Infrastruktur in den Vordergrund zu stellen. Entscheidend ist der individuelle Rechtsanspruch auf Pflegeberatung (§ 28 Abs. 1 a SGB XI-Entwurf), dem effektiv Rechnung zu tragen ist. Im Hinblick auf eine möglichst effiziente und wirtschaftliche Organisation muss es der PPV in Eigenverantwortung überlassen bleiben, wie sie diesen Rechtsanspruch ihrer Versicherten ausgestaltet. Vorgesehen ist insoweit auch, einen zentralen Dienst zur Organisation der Pflegeberatung der PPV bei MEDICPROOF, einer Tochter-Gesellschaft des Verbandes, die sich mit der Pflegebegutachtung der PPV-Versicherten befasst, anzusiedeln. Diese hat mit der Pflegebegutachtung bereits einen wichtigen und ausbaufähigen Zugang zu den Pflegebedürftigen. Hier soll die Pflegeberatung unter Mitnutzung der jährlich über 100.000 Begutachtungskontakte und der bereits vorhandenen Kenntnisse in der Pflegeberatung zentral angebunden werden.

II. Beteiligung der PPV sichern und ausbauen

Die PPV ist überall dort zu beteiligen, wo es um die allgemeinen Grundlagen der Pflege, die einheitlich für SPV und PPV gelegt werden, geht.

- z.B. bei den Begutachtungsrichtlinien. Hier will sich die PPV stärker einbringen, als es ihr bisher möglich war. Sie soll deswegen als Vereinbarungspartner in § 17 Abs. 1 SGB XI aufgenommen werden. Die PKV ist davon überzeugt, dass ihre besonderen Erfahrungen bei der sehr erfolgreichen selbständigen Durchführung der Pflegebegutachtung durch MEDIC-PROOF dem Gesamtsystem zugute kommen würden.
- z.B. bei den Expertenstandards. Unabweisbar ist eine Einbeziehung der PPV und eine Gleichbehandlung der PPV mit den Trägern der sozialen Pflegeversicherung auch im Bereich der Expertenstandards gemäß § 113 a SGB XI. Die PKV muss hier eine gleichberechtigte Vertragspartei werden. Eine bloße Beteiligung wird der Bedeutung der PPV und den Beiträgen, die sie leisten kann, nicht gerecht.
- z.B. bei der Schiedsstelle Qualitätssicherung gemäß § 113 b SGB XI. Auch hier ist ein vollberechtigter Sitz der PPV zwingend vorzusehen, ungeachtet der Tatsache, dass die Sinnhaftigkeit einer Schiedsstelle in diesem Bereich durchaus zweifelhaft erscheint. Insgesamt darf die Entwicklung von Pflegestandards nicht hinter verschlossenen Türen erfolgen. Es muss vielmehr ein offener Prozess sein, da nur so eine breite Akzeptanz gewährleistet ist.

Abgesehen von der Beteiligung an der Entwicklung der allgemeinen Standards wird die PPV für ihre Pflegebedürftigen ein eigenes Qualitätssicherungskonzept entwickeln, dessen Ziel sich nicht nur in der Dokumentation des jeweiligen Qualitätsgrads erschöpft, sondern für von schlechter Pflege Betroffene auch schnell Abhilfe schafft.

B. Stellungnahme zu Einzelvorschriften

I. Artikel 1 Änderung des SGB XI

1. § 7 Abs. 3 Satz 2 (Aufklärung, Beratung)

Vorschlag:

„Gleichzeitig ist der Pflegebedürftige über [entfällt: den nächstgelegenen Pflegestützpunkt (§ 92c),] die Pflegeberatung (§ 7a) und darüber zu unterrichten, dass die Beratung und Unterstützung [entfällt: durch den Pflegestützpunkt sowie die Pflegeberatung] unentgeltlich sind.“

Begründung:

Die PPV stellt den Sinn und die Notwendigkeit der Pflegestützpunkte in Frage. Nach unserer Ansicht steht der individuelle Anspruch auf Pflegeberatung im Vordergrund. Dieser Anspruch erfordert nicht die Einrichtung neuer bürokratischer Strukturen mit entsprechenden Investitionen, sondern ein angemessenes Eingehen auf die individuellen Erfordernisse und Bedürfnisse der Pflegeversicherten, der Pflegebedürftigen und ihrer Pflegepersonen und Angehörigen. Pflegestützpunkte sollten daher weder hier noch an anderen Stellen des Gesetzes vorgesehen werden.

2. § 7 Abs. 3 Satz 3 SGB XI (Aufklärung, Beratung)

Vorschlag:

„Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse und dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. vom Landesverband der Pflegekassen zur Verfügung zu stellen und zeitnah fortzuschreiben; sie hat“

Begründung:

Auch die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung (PPV) betreiben, benötigen zur Unterstützung der Pflegebedürftigen bei der Ausübung ihres Wahlrechtes nach § 2 Abs. 2 SGB XI sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Übersichtbarkeit des vorhandenen Angebotes entsprechende Informationen.

3. § 7a Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 (Pflegeberatung)

Vorschlag:

„1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung systematisch zu erfassen und zu analysieren,“

Begründung:

Feststellungen und Begutachtungen werden im Bereich der PPV seit Einführung der Pflegeversicherung durch einen eigenen medizinischen Dienst der PPV (MEDICPROOF Gesellschaft für medizinische Gutachten) durchgeführt. Diese Tatsache sollte im Gesetz, auch in den weiteren Bestimmungen, in denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung genannt wird, aufgegriffen werden.

4. § 7a Abs. 1 Satz 6 (Pflegeberatung)

Vorschlag:

Streichung der Regelung.

Begründung:

Die obligatorische Ansiedlung der Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten ist abzulehnen. Sie wird den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen nicht gerecht.

5. § 7a Abs. 5 (Pflegeberatung)

Vorschlag:

„Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, können den Anspruch auf Pflegeberatung durch eigene Pflegeberaterinnen und Pflegeberater oder in Zusammenarbeit mit geeigneten Dritten erfüllen.“

Begründung:

Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, können den Anspruch auf Pflegeberatung zweckmäßig durch eigene Pflegeberater und Pflegeberaterinnen oder durch Dritte, insbesondere die MEDICPROOF GmbH, erfüllen. Eine Inanspruchnahme der Pflegeberater der Pflegekassen, wie im Gesetzesentwurf thematisiert, ist nicht vorgesehen.

6. § 7a Abs. 6 Satz 2 (Pflegeratung)

Vorschlag (Ergänzung um folgenden Satz 2):

„Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung sind befugt, den nach Absatz 5 beauftragten Dritten die für die Pflegeberatung erforderlichen personenbezogenen Daten einschließlich der Gesundheitsdaten zu übermitteln.“

Begründung:

Im Hinblick auf die Erfordernisse des Datenschutzes ist eine spezialgesetzliche Regelung zur Klarstellung für den Fall der Beauftragung Dritter mit der Pflegeberatung erforderlich und als Satz 2 an die vorgesehene Regelung des § 7a Abs. 6 anzuhängen.

7. § 8 Abs. 3 (Gemeinsame Verantwortung)

Vorschlag (Ergänzung um folgenden Satz 12):

„Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. kann eigene Modellvorhaben im Rahmen der privaten Pflegepflichtversicherung durchführen und kann sich an Modellvorhaben der Spitzenverbände der Pflegekassen beteiligen; an den Modellvorhaben der privaten Pflegepflichtversicherung können sich die Spitzenverbände der Pflegekassen beteiligen.“

Begründung:

Insbesondere zur Verbesserung der Zusammenarbeit bei möglichen Modellvorhaben ist eine klarstellende Regelung sinnvoll. Dies ist auch im Hinblick auf das Verbot der Differenzierung der Entgelte nach Kostenträgern gemäß § 84 Abs. 3 SGB XI angezeigt.

8. § 17 Abs. 1 (Richtlinien der Pflegekassen)

Vorschlag:

„Die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. beschließen im Interesse einer einheitlichen Rechtsanwendung gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung Richtlinien zur näheren Abgrenzung der in § 14 genannten Merkmale der Pflegebedürftigkeit, der Pflegestufen nach § 15 und zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. ... Die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. beschließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen und des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung gemeinsam und ein-

heitlich Richtlinien zur Anwendung der Härtefallregelungen des § 36 Abs. 4 und des § 43 Abs. 3.“

Begründung:

Die von den Spitzenverbänden der Pflegekassen beschlossenen Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gelten entsprechend § 23 Abs. 6 Nr. 1 SGB XI auch für die PPV. In die Erarbeitung der Richtlinien ist die PPV jedoch bislang nicht einbezogen. Die PPV will sich hier mit ihren Erfahrungen im Bereich der Durchführung der Pflegebegutachtung durch ihren eigenen medizinischen Dienst stärker einbringen. Um zukünftig eine Beteiligung der PPV sicherzustellen, und damit die Einbringung des vorhandenen Know-Hows zu ermöglichen, ist der PPV eine entsprechende Mitgestaltung zu ermöglichen.

9. § 18 Abs. 8 (Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit)

Vorschlag (Ergänzung um folgenden Absatz 8):

„Im Bereich der privaten Pflegepflichtversicherung werden die Aufgaben bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit vom medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung wahrgenommen. Der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung hat insoweit die gleichen Befugnisse wie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung.“

Begründung:

Bereits heute werden die genannten Prüfungen durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung zuverlässig und qualitätsgesichert mit ca. 800 ärztlichen und pflegfachlichen Gutachtern durchgeführt. Auch die vom Gesetzgeber beabsichtigte Verkürzung der Bearbeitungszeit stellt angesichts durchschnittlicher Bearbeitungszeiten von 25 Tagen im ambulanten Bereich und von 21 Tagen im stationären Bereich kein Problem für die private Pflegepflichtversicherung dar.

10. § 28 Abs. 1a (Leistungsarten, Grundsätze)

Die Neufassung des SGB XI stellt mit der hier erwähnten Normierung eines Rechtsanspruchs auf Pflegeberatung aus Sicht der privaten Pflegepflichtversicherung den entscheidenden Ansatzpunkt zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung dar.

11. § 30 (Dynamisierung)

Die Regelungen zur Dynamisierung der Leistungen sind angesichts der Kostensteigerungen bei den Pflegeleistungen und der Entwertung der Leistungsbeträge zu begrüßen. Die Chance eines Einstiegs in die Kapitaldeckung, wie ihn die PKV bereits im Vorfeld der Reform vorgeschlagen hatte, ist jedoch leider nicht genutzt worden.

12. § 33 (Leistungsvoraussetzungen)

Die Begründung zur Verkürzung der Vorversicherungszeit ab dem 1. Juli 2008 von derzeit fünf Jahren auf zwei Jahre ist nicht nachvollziehbar und nicht gerechtfertigt. Diese Regelung bewirkt eine ungerechtfertigte Ausgabenbelastung der Pflegeversicherung und deren Versicherten.

13. § 37 Abs. 7 (Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen)

Vorschlag:

„Die Landesverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. haben neutrale und unabhängige Beratungsstellen zur Durchführung der Beratung nach den Absätzen 3 und 4 anzuerkennen. Dem Antrag auf Anerkennung ist ein Nachweis über die erforderliche pflegfachliche Kompetenz der Beratungsstelle und ein Konzept zur Qualitätssicherung des Beratungsangebotes beizufügen. Die Landesverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. regeln das Nähere zur Anerkennung der Beratungsstellen.“

Begründung:

Die Mitverantwortung der privaten Pflegepflichtversicherung zeigt sich in der vorgeschlagenen Regelung.

14. § 44a (Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit)

Zur dauerhaften Sicherung der pflegerischen Versorgung ist eine Beschränkung auf die Kernaufgaben der Pflegeversicherung erforderlich. Hierzu gehören die zusätzlichen Leistungen nicht. Sollte die Regelung gleichwohl Gesetz werden, ist dafür zu sorgen, dass der jeweils zu zahlende Krankenversicherungsbeitrag zuschussfähig ist.

15. § 45b Abs. 1 Sätze 2 und 3 (Zusätzliche Betreuungsleistungen)

Vorschlag:

„Die Höhe des Anspruchs wird von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen auf Empfehlung der jeweiligen medizinischen Dienste im Einzelfall festgelegt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. beschließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung Richtlinien über einheitliche Maßstäbe für die Empfehlung der medizinischen Dienste zur Bemessung der Höhe des Betreuungsbetrages; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend.“

Begründung:

Die Formulierung dient einer gleichberechtigten Einbeziehung der privaten Pflegepflichtversicherung.

16. § 45c Abs. 6 (Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen)

Vorschlag (Ergänzung um folgenden Satz 5):

„Dabei ist vorzusehen, dass Einvernehmen über die Förderentscheidungen zwischen den Landesregierungen und den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. herbeigeführt wird.“

Begründung:

Die Förderung einer Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Demenzkranke wird begrüßt. Allerdings bedeutet Mitfinanzierung der PKV auch Mitverantwortung und erfordert entsprechende Mitentscheidungskompetenz.

17. § 75 Abs. 1 Satz 1 (Rahmenverträge, Bundesempfehlungen etc.)

Vorschlag:

„Die Landesverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. schließen unter Beteiligung der medizinischen Dienste mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Land gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen.“

Begründung:

Durch die Rahmenverträge werden allgemeingültige und übergeordnete Regelungen zur pflegerischen Versorgung aller Pflegebedürftigen geschaffen. Die Verantwortung der privaten Pflegepflichtversicherung für ihre Versicherten erfordert daher einen gleichberechtigten Status als Vertragspartei der Rahmenverträge.

18. § 89 Abs. 2 (Grundsätze für die Vergütungsregelung)

Vorschlag (Ergänzung um folgenden Satz 3):

„Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. kann sich an den Vergütungsverhandlungen beteiligen.“

Begründung:

Eine Schlechterstellung der PPV bei ambulanten Vergütungsverhandlungen ist nicht nachvollziehbar. Daher wird eine Regelung, wie sie für stationäre Vergütungsverhandlungen bereits verwirklicht ist, auch hier gefordert.

19. § 92c (Pflegestützpunkte)

Vorschlag:

Streichung der Regelung.

Begründung:

Die Einrichtung von Pflegestützpunkten ist zur Verbesserung der Pflegequalität nicht sinnvoll. Vgl. oben Anmerkung zu § 7a.

Hilfsweise/Vorschlag zur Änderung des Abs. 2 Satz 7:

„Soweit sich private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, nicht an der Finanzierung der Pflegestützpunkte beteiligen, können sie mit den Vertragsparteien der Pflegestützpunkte über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme der Pflegestützpunkte durch privat Pflege-Pflichtversicherte sowie über die Vergütung der hierfür je Fall entstehenden Aufwendungen Vereinbarungen treffen; dies gilt für private Versicherungsunternehmen, die die private Krankenversicherung durchführen, entsprechend.“

Begründung:

Der Anspruch der privat Pflegeversicherten auf Pflegeberatung erfordert nicht die Verwirklichung über Pflegestützpunkte. Ein Zwang zur Beteiligung der privaten Pflegepflichtversicherung ist daher nicht begründbar. Für die freiwillige Beteiligung der privaten Versicherer müsste Absatz 5 um datenschutzrechtliche Regelungen, wie bei der Pflegeberatung vorgeschlagen, ergänzt werden.

20. § 93 (Anzuwendende Vorschriften)

Vorschlag (Ergänzung um folgenden Satz 2):

„Die Vorschriften dieses Titels gelten sinngemäß auch für die Datenverwendung im Rahmen der privaten Pflegepflichtversicherung.“

Begründung:

Die Vorschriften des SGB XI gelten in weitem Umfang auch für die private Pflegepflichtversicherung. Durch die vorgeschlagene Regelung sollen Unklarheiten aus der Anwendung unterschiedlicher Datenschutzvorschriften beseitigt werden.

21. § 110 Abs. 2 und 3 (Regelungen für die private Pflegeversicherung)

Vorschlag:

Die vorgesehene Neufassung der Absätze 2 und 3 soll entfallen.

Begründung:

Die PKV lehnt den im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) beschriebenen Basis-tarif im Allgemeinen und die im Basistarif verankerte Beitragslimitierung und Beitragsreduktion im Speziellen aus verfassungsrechtlichen, ordnungspolitischen und kalkulatorischen Gründen grundsätzlich ab. Für die PKV sind die Regelungen zur Übertragung der Mechanismen der Beitragslimitierung und Beitragsreduktion nicht akzeptabel.

22. § 113 Abs. 1 Satz 1 (Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität)

Vorschlag:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren bis zum 31. März 2009 gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung, der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist.“

Begründung:

Die zu treffenden Vereinbarungen wirken sich auch auf die Versicherten der privaten Pflegeversicherung unmittelbar aus. Diesem Umstand kann allein mit einer Vertragspartnerschaft des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und einer Beteiligung des medizinischen Dienstes der privaten Pflegeversicherung angemessen Rechnung getragen werden.

23. § 113a Abs. 1 Satz 2 (Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege)

Vorschlag:

„Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie die maßgeblichen Organisationen“

Begründung:

Die private Pflegepflichtversicherung befürwortet die Entwicklung von Expertenstandards. Sie muss jedoch entsprechend ihrer Bedeutung als Vertragspartner eingebunden werden, was sich aus der Verweisung des Abs. 1 Satz 1 auf § 113 Abs. 1 ergibt. Zu dieser Regelung wurde bereits die Einbindung der PPV als Vertragspartner verlangt (s.o. Nr. 22). Ist die PPV demnach auch im Rahmen von § 113a bereits aufgrund der Verweisung auf § 113 Vertragspartner, so muss ihr Beteiligungsrecht im Satz 2 folgerichtig entfallen. Aufzunehmen ist indes der Medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung als Beteiligter. Ohne die vor-

stehenden Änderungen in § 113 und § 113a würde die private Pflegepflichtversicherung im Wesentlichen auf die Rolle eines Mitfinanzierers reduziert, was gänzlich unakzeptabel ist.

24. § 113a Abs. 4 (Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege)

Vorschlag:

„Die an der Entwicklung von Expertenstandards Beteiligten stellen die notwendige Finanzierung sicher. Zu diesem Zweck schließen sie eine sachgerechte Finanzierungsvereinbarung.“

Begründung:

Der Verantwortung aller Beteiligten wird nur eine anteilige Mitfinanzierung gerecht.

25. § 113b Abs. 2 Satz 4 und Satz 5 (Schiedsstelle Qualitätssicherung)

Vorschlag (Satz 5 entfällt, Satz 4 wird wie folgt gefasst):

„Der Schiedsstelle gehören auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., der Arbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der kommunalen Spitzenverbände an; sie werden auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen angerechnet.“

Begründung:

Die Einrichtung einer Schiedsstelle Qualitätssicherung durch die Vertragsparteien, zu denen wir uns entsprechend unserer Forderung betreffend § 113 zählen, wird kritisch gesehen. Die Beschränkung der PPV auf eine bloße „Kann“-Mitgliedschaft des PKV-Verbandes an der Schiedsstelle ist unzureichend. Der Rolle der PPV als Vertragspartner gemäß §§ 113 und 113a erfordert den zwingenden Sitz in der Schiedsstelle. Die hier vorgeschlagene Regelung entspricht der Regelung nach § 76 Abs. 2 Satz 2 SGB XI.

26. § 114 (Qualitätsprüfungen)

Vorschlag:

Pflegeeinrichtungen haben im Abstand von höchstens drei Jahren durch Vorlage eines veröffentlichtungsfähigen Berichts nachzuweisen, dass sie die Qualitätsanforderungen erfüllen. Sie wählen unter den geeigneten und zuzulassenden Prüfeinrichtungen, die nach den gleichen Grundsätzen zu prüfen haben, selbst aus. Diese Grundsätze gelten für Regel- und

Wiederholungsprüfungen. Anlassbezogene Prüfungen etc. werden selbstverständlich weiterhin von den Pflegekassen oder – insoweit neu – vom Verband der privaten Krankenversicherung in Auftrag gegeben.

Begründung:

Die PPV tritt für eine deutliche Verbesserung der Qualitätsprüfungen ein. Das im Gesetzentwurf vorgeschlagene Prüfsystem ist im Sinne der Effizienz, Kundenfreundlichkeit, Eigenverantwortlichkeit und eines wünschenswerten Wettbewerbs nicht mehr zeitgemäß. Ein „Freikaufen“ durch bezahlte Zertifikate, wie in Abs. 3 des Gesetzentwurfs vorgesehen, birgt hingegen die erhebliche Gefahr von Interessenkonflikten und führt nur zu einer Umgehung eines einheitlichen Prüfgeschehens.

27. § 114a Abs. 5 (Durchführung)

Vorschlag:

„Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. gibt Qualitätsprüfungen bei dem medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung oder sonstigen geeigneten Prüfern und Sachverständigen in Auftrag. Die Auswahl der zu prüfenden Pflegeeinrichtungen erfolgt in Abstimmung mit den Landesverbänden der Pflegekassen.“

Begründung:

Die private Pflegepflichtversicherung ist willens und in der Lage, selbst Qualitätsprüfungen in Auftrag zu geben. Eine Finanzierungsbeitragung an fremd beauftragten Prüfungen wird ihrer Stellung als Träger der privaten Pflegepflichtversicherung nicht gerecht und wird daher abgelehnt.

28. § 114a Abs. 7 Satz 1 und 2 (Durchführung)

Vorschlag:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. beschließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung Richtlinien über die Prüfung ...“

Begründung:

Die private Pflegepflichtversicherung ist willens und in der Lage, selbst Qualitätsprüfungen in Auftrag zu geben. Das erfordert zugleich eine Stellung der PPV als Vertragspartner hinsichtlich der Schaffung der entsprechenden Richtlinien.

29. § 115 Abs. 1 Satz 9 (Ergebnisse von Qualitätsprüfungen)

Vorschlag (Ergänzung des Abs. 1 um einen Satz 9):

„Die Prüfergebnisse der Qualitätsprüfungen nach § 114 sind auch dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Erfüllung der Informations- und Veröffentlichungspflicht zur Verfügung zu stellen; er stellt die Ergebnisse der von ihm in Auftrag gegebenen Prüfungen in gleicher Weise den Landesverbänden der Pflegekassen zur Verfügung.“

Begründung:

Die von uns vorgeschlagene Regelung schafft die erforderliche Transparenz.

30. § 115 Abs. 1a Satz 1 (Ergebnisse von Qualitätsprüfungen)

Vorschlag:

„Die Landesverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. stellen sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität ... kostenfrei veröffentlicht werden.“

Begründung:

Folgeänderung zu den Nrn. 27 und 28.

31. § 115 Abs. 1a Satz 4 (Ergebnisse von Qualitätsprüfungen)

Vorschlag:

„Die Kriterien der Veröffentlichung sind durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. ... unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung ... zu vereinbaren.“

Begründung:

Folgeänderung zu den Nrn. 27 und 28.

32. § 122 Abs. 2 (Übergangsregelung)

Vorschlag:

„Die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. haben die nach § 45b Abs. 1 Satz 3 in der ab dem 1. Juli 2008 geltenden Fassung vorgesehenen Richtlinien unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen und des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung, ... vorzulegen.“

Begründung:

Die Formulierung dient einer gleichberechtigten Einbeziehung der privaten Pflegepflichtversicherung.

II. Art. 2 ff. (Weitere Gesetze)

Soweit in den Art. 2 ff. des vorliegenden Gesetzentwurfs Regelungen zum Standard- und Basistarif sowie zur Übertragung der Alterungsrückstellung angesprochen sind, halten wir auch diese aus den bereits zu den entsprechenden Regelungen des GKV-WSG vorgebrachten Gründen für verfassungswidrig.

Zu b) Antrag der BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher – Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung

(BT-Drucks. 16/7136)

Die PKV teilt die Einschätzung der Antragsteller, dass die Leistungsgewährung flexibler, die Finanzierung auch die nachfolgende Generation im Blick haben („nachhaltig und generationengerecht“) und das System insgesamt nutzerorientierter sein sollte. Es bleibt aber unerfindlich, wie diese Ziele ausgerechnet durch die Einführung einer „Pflege-Bürgerversicherung“ erreicht werden sollen. Auch die Heranziehung weiterer Einkunftsarten ändert nichts daran, dass letztlich das Umlageverfahren ausgebaut und dessen Mängel damit fortgeschrieben werden. Durch eine solidarische Demographiereserve würde das Umlageverfahren sogar noch mit einem weiteren Kostenfaktor belastet. Auch widerspricht es der allge-

meinen Erfahrung, von einem Einheitssystem eine höhere Nutzerorientierung als von einem wettbewerblich orientierten System zu erwarten. Gleiches gilt für den Vorschlag einer regionalen kooperativen Versorgungsstruktur zur Durchführung des Case-Managements. Der Vorschlag teilt diese Schwäche mit dem vorstehenden Gesetzentwurf der Bundesregierung. Erwägenswert erscheinen die Überlegungen zum persönlichen Budget. Schwierigkeiten dürften allerdings aus dem erhöhten Finanzbedarf entstehen.

Eine unabhängige und multidisziplinär besetzte Instanz für Qualität in der Pflege ist überfällig.

Zu c) Antrag der Fraktion DIE LINKE:

Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung

(BT-Drucks. 16/7472)

Mit einer Abschaffung der privaten Pflegeversicherung, die der Antrag fordert, würde kein einziges Problem der SPV gelöst. Vielmehr würde durch die Beseitigung des Systemwettbewerbs ein wesentlicher Anreiz für eine an der Würde und den Bedürfnissen der Betroffenen orientierte Organisation der SPV beseitigt. Daneben wird die Tatsache, dass nicht immer weniger Aktive in der Zukunft immer mehr pflegebedürftige Menschen finanziell versorgen können, offenbar völlig ignoriert.

Zu d) Antrag der Fraktion der FDP:

Für eine zukunfts- und generationenfest finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende, transparente und unbürokratische Pflege

(BT-Drucks. 16/7491)

Die PKV befürwortet uneingeschränkt den Leitgedanken des Antrages, dass die Würde des Pflegebedürftigen im Mittelpunkt stehen muss. Davon lässt sich auch die Pflegecharta leiten zu deren Mitverfassern und Erstunterzeichnern die PKV zählt.

Die PKV teilt auch die Überzeugung, dass das Umlageverfahren zur Bewältigung der finanziellen Herausforderungen der sozialen Pflegeversicherung der nächsten Jahre und Jahrzehnte ungeeignet ist und wenigstens einer kapitalgedeckten Ergänzung bedarf. Sie bedauert, dass dieses im Koalitionsvertrag festgeschriebene Ziel von Teilen der Bundesregierung offenbar mit der rechtlich nicht durchsetzbaren und sachfremden Bedingung verbunden worden ist, dass die PPV den notwendigen Kapitalstock aus ihren Rücklagen finanziert. Das dadurch bedingte Scheitern der Implementierung von Kapitaldeckungselementen geht zu Lasten der nachwachsenden Generationen, denen damit ein schlechter Dienst erwiesen worden ist. Mit dem vorliegenden Antrag wird die Bundesregierung an ihre selbstgesetzten Ziele erinnert, was Unterstützung verdient. Zurecht weist der Antrag auch darauf hin, dass eine „Bürgerzwangsversicherung“ das Finanzierungsproblem der SPV auf Dauer nicht lösen,

sondern es im Gegenteil verschärfen würde, zumal ein Transfer der durch hohe Beitragsleistungen, - gerade auch der älteren Privatversicherten -, aufgebauten Rückstellungen aus Rechtsgründen ausscheidet.

Die PKV steht auch weiterhin bereit, die Einführung einer kapitalgedeckten Pflegeversicherung, z.B. in der Variante einer kapitalgedeckten Dynamisierung der Leistungen zu unterstützen.

Der falsche Weg zur Stärkung der Eigenvorsorge ist es, den Pflegekassen, wie im PFWG nun vorgesehen, die Vermittlung von privaten Zusatzversicherungen zu erlauben, zumal von dort der Schritt zu eigenen Zusatztarifen der Kassen mit der von Quersubventionierungen zulasten Dritter schnell getan ist, wie § 53 SGB V zeigt. Zu begrüßen dagegen ist, die Forderung im vorliegenden Antrag nach verbesserter steuerlicher Förderung ergänzender privater Vorsorge. Die Riestervorschrift in § 10 a EStG wäre dabei ein geeignetes Vorbild. Durch das Alterseinkünftegesetz ist die ursprüngliche Regelung, die einen zusätzlichen Sonderausgabenhöchstbetrag für die ergänzende private Pflegevorsorge von 184 €/Jahr vorsah, verschlechtert worden.

Eine Ablösung der Sachleistung durch eine Geldleistung, die z.B. als Budget zur Verfügung gestellt wird, ist im Sinne der Förderung der Selbstbestimmung zu begrüßen, dürfte aber wegen der höheren Gesamtkosten innerhalb des bestehenden Finanzierungssystems der SPV nicht realisierbar sein. Unterstützung verdienen auch die Vorschläge zur Qualitätsverbesserung bei Pflegeeinrichtungen und zu Entbürokratisierung.