



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Stellungnahme

zum

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17_14_0271(40)
gel. VB zur öAnh. am 21.5.
12_Pflege-Neuausrichtung-Gesetz
21.05.2012

Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG)**

BT-Drs. 17/9369, Ausschussdrucksache 17(14)0269

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Pflege tatsächlich neu ausrichten – Ein Leben in Würde ermöglichen

BT-Drs. 17/9393

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung –
Nutzerorientiert, solidarisch, zukunftsfest**

BT-Drs. 17/9566

anlässlich der öffentlichen Anhörung des
Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 21. Mai 2012 in Berlin

18. Mai 2012

Die mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgesehenen Neuregelungen stellen insbesondere für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz bedeutsame Verbesserungen dar. Aus Sicht der PKV bedarf es u.a. Änderungen hinsichtlich eines einheitlichen Qualitätsstandards für die Pflegeberatung, der Unterstützung privat Pflegeversicherter bei Pflegemängeln und einer gleichberechtigten Beteiligung der PKV bei der Ausgestaltung des für die Durchführung der Pflegeversicherung erforderlichen Rechtsrahmens.

Gliederung

A. Zusammenfassung und hervorzuhebende Aspekte

- I. Verbesserte und flexibler einsetzbare Leistungen
- II. Regelungen zur Begutachtung, zur Pflegeberatung und anderen leistungsrechtlichen Änderungen
- III. Verfahren bei Vorliegen einer Rehabilitationsempfehlung
- IV. Unterstützung der Versicherten der PPV bei Pflegemängeln
- V. Gleichberechtigte Beteiligung der PKV bei der Ausgestaltung des für die Durchführung der Pflegeversicherung erforderlichen Rechtsrahmens
- VI. Forderung nach Einführung einer Bürgerversicherung in den Anträgen der Fraktion Die Linke und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

B. Tabellarische Darstellung der Anmerkungen

C. Stellungnahme zu Einzelvorschriften

- I. Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
- II. Artikel 3 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
- III. Änderungsanträge auf Drucksache 17(14)0269

A. Zusammenfassung und hervorzuhebende Aspekte

I. Verbesserte und flexibler einsetzbare Leistungen

Die Flexibilisierung der Leistungen bei häuslicher Pflege durch die Ausdehnung auf häusliche Betreuung sowie die Verbesserung der Leistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz stellen bedeutende Änderungen im Bereich der Pflegeversicherung dar. Nicht nur, aber insbesondere demenzkranken Menschen werden damit neue Möglichkeiten zur Finanzierung ihres Pflegearrangements geboten, z.B. durch Einzelkräfte im Haus, die keine Pflegekräfte sein müssen. Dabei sind Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz künftig besser gestellt als solche ohne kognitive Einschränkungen. Um der Gefahr einer neuen Schieflage vorzubeugen, müsste vor Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs noch einmal genau geprüft werden, welche Wirkungen dieser auf die unterschiedlichen Personengruppen haben wird.

II. Regelungen zur Begutachtung, zur Pflegeberatung und anderen leistungsrechtlichen Änderungen

Der Gutachtendienst der PKV, die MEDICPROOF, braucht einen Vergleich der Erledigungszeiten der medizinischen Dienste nicht zu scheuen und muss daher auch eine Verspätungsgebühr für das Überschreiten der 5-Wochen-Frist nicht fürchten. Wir geben aber zu bedenken, dass zu den Aufgaben der Pflegekassen nun noch die Terminkoordination für die Pflegeberatung und die umfassende und begründete Stellungnahme zu der Reha-Empfehlung hinzukommen. Die Erledigungsfrist müsste folglich etwas verlängert werden. Neue bürokratische Verfahren bei einer Verspätung, die gelegentlich auch ihre Ursache beim Antragsteller haben kann, sollen unbedingt vermieden werden.

Bei den Bestimmungen zur Pflegeberatung nimmt die PKV mit Befriedigung zur Kenntnis, dass ihr mit COMPASS praktiziertes Modell der zugehenden Pflegeberatung offenbar beispielgebend für bestimmte Neuregelungen war. Wichtig ist jedoch, dass auch für die Pflegeberatung ein allgemeiner Qualitätsstandard gelten muss. Die diesbezüglichen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes müssen daher für alle Pflegeberater, die bei oder im Auftrag der Pflegeversicherung tätig werden, verbindlich gemacht werden.

Die Neuregelungen zur Förderung der Pflege in ambulanten Wohngruppen wären für die Kostenträger schwierig zu handhaben, weil für die Entscheidung über die Förderung Informationen über Versicherte anderer Kassen erforderlich würden. Die Vorschriften sollten so gestaltet werden, dass eine Umsetzung ohne großen Verwaltungsaufwand möglich ist. Eine Möglichkeit wäre dabei, dass das Bundesversicherungsamt das Förderverfahren durchführt.

III. Verfahren bei Vorliegen einer Rehabilitationsempfehlung

Laut Gesetzesbegründung (S. 70) soll das Verfahren auch bei privat versicherten Pflegebedürftigen anwendbar sein. Ob dies tatsächlich geboten und angesichts des nicht einheitlichen Leistungsumfangs der privaten Krankenversicherungsverträge immer möglich ist, soll hier nicht problematisiert werden. Die Gleichbehandlung im Rahmen des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ gebietet es aber jedenfalls, dass die nach § 111 SGB V vereinbarten Entgelte, wie im Krankenhausbereich, auch bei der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen von PKV-Versicherten nicht überschritten werden dürfen.

IV. Unterstützung der Versicherten der PPV bei Pflegemängeln

Es erfolgt bislang keine Information des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. sowie der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung betreiben, über die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen trotz Berücksichtigung der Versicherten der PPV in den durchgeführten Begutachtungen. Daher ist zur Unterstützung der Versicherten der PPV z.B. bei der Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen oder zur Vermittlung anderer Pflegeeinrichtungen bei Feststellung von schwerwiegenden Mängeln sowie der Durchsetzung von Ansprüchen bei Nicht- oder Schlechtleistung eine Information über die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen notwendig. Die bestehende Schlechterstellung der Versicherten der PPV kann durch eine Regelung zur Datenverarbeitung behoben werden.

V. Gleichberechtigte Beteiligung der PKV bei der Ausgestaltung des für die Durchführung der Pflegeversicherung erforderlichen Rechtsrahmens

Nach wie vor ist die PKV an der Entwicklung von Vereinbarungen, Empfehlungen und Richtlinien nach dem SGB XI nur unzureichend beteiligt, was eine Ungleichbehandlung der privat Pflegeversicherten gegenüber den Versicherten der sozialen Pflegeversicherung darstellt. Die PPV muss aber überall dort gleichberechtigt beteiligt werden, wo die allgemeinen Grundlagen der Pflege, die einheitlich für SPV und PPV gelten, betroffen sind. Dies gilt für die

- **Empfehlungen, Vereinbarungen und Richtlinien**

(Empfehlungen zur Anzahl und Qualifikation von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI; Richtlinie zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 17 Abs. 1 SGB XI; Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs nach § 45b Abs. 1 SGB XI; Richtlinie nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen; Bundesempfehlungen und -vereinbarungen zu den Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 6 – 8 SGB XI; Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität gemäß § 113 Abs. 1 SGB XI; Qualitätsprüfungs-Richtlinien gemäß § 114a Abs. 7 SGB XI; Vereinbarungen zur Pflegetransparenz gemäß § 115 Abs. 1a SGB XI),

- **Expertenstandards nach § 113a SGB XI, die sie anteilig mitfinanziert,**
- **die Schiedsstelle Qualitätssicherung gemäß § 113b SGB XI usw.**

Für weitere Einzelheiten verweisen wir auf unsere Stellungnahme zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz:

<http://www.pkv.de/positionen/stellungnahmen_zur_gesetzgebung/pflege_weiterentwicklung_sgesetz.pdf>.

VI. Forderung nach Einführung einer Bürgerversicherung in den Anträgen der Fraktion Die Linke und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

Die Anträge der Fraktion Die Linke und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (Drucksachennummern 17/9393 und 17/9566) fordern die Einführung einer Bürgerversicherung, in die alle Bürgerinnen und Bürger entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit einbezogen werden sollen. Diese Forderung ist abzulehnen.

Heute sind rund 2,42 Millionen Menschen pflegebedürftig. Bis 2030 wird die Zahl auf 3,4 Millionen und bis 2050 auf 4,5 Millionen Menschen steigen. Damit werden im Jahr 2050 etwa 6,4 Prozent der Gesamtbevölkerung pflegebedürftig sein.

Gleichzeitig gehen die Prognosen davon aus, dass die Zahl der Erwerbstätigen zwischen 20 und 66 Jahren von 51 Millionen Menschen auf 34 Millionen Menschen sinkt, also um 17 Millionen abnimmt. In den Sozialversicherungen werden in Zukunft damit immer weniger jüngere für immer mehr ältere Menschen aufkommen müssen.

Diese Entwicklung wird das Umlageverfahren zwingend an seine Grenzen führen. Es wäre eine völlig falsche Entscheidung, die steigenden Pflegekosten über immer höhere Belastungen einer abnehmenden Zahl von Lohn- und Gehaltsempfängern zu finanzieren. Die Ausdehnung des Umlageverfahrens auf die Gesamtbevölkerung hätte dabei nicht nur wachstums- und beschäftigungsfeindliche Effekte, sondern würde zugleich das heute gut funktionierende kapitalgedeckte Versicherungssystem zerstören, das durch den Aufbau von Altersrückstellungen Vorsorge für die demografische Entwicklung trifft.

Zu begrüßen ist daher die von der Bundesregierung im vorliegenden Gesetzentwurf angekündigte steuerliche Förderung einer freiwilligen zusätzlichen privaten Pflege-Vorsorge.

B. Tabellarische Darstellung der Anmerkungen

Die Ziffern in Spalte 1 entsprechen der Nummerierung im Referentenentwurf. Darüber hinaus gehender Änderungsbedarf wurde mit „NEU“ gekennzeichnet.

	§	Inhalt
NEU	§ 7 Abs. 3 Satz 3 (Aufklärung, Beratung)	Weitergabe der Leistungs- und Preisvergleichsliste an die PKV
3	§ 7b (Beratungsgutscheine)	Sicherstellung der Qualifikation der Pflegeberater von Beratungsstellen
4	§ 18 Abs. 3a (Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit)	Sicherstellung der vorgesehenen Fristen
5	§ 18a (Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten)	Flankierende Regelungen zur Finanzierung
6	§ 19 (Begriff der Pflegepersonen)	Offene Regelungstatbestände, neue Ungerechtigkeiten
13	§ 38a (Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen)	Hinweis auf mögliche Umsetzungsprobleme; Erarbeitung von Empfehlungen zur Präsenzkraft
16	§ 42 (Kurzzeitpflege)	Anspruch auch in sonstigen geeigneten Einrichtungen – Aufhebung der Sonderregelungen
NEU	§ 45b Abs. 1 und 2 (Zusätzliche Betreuungsleistungen)	Flexibilisierung durch Schaffung eines Jahresbudgets
18	§ 45d Absatz 2 (Förderung ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe)	Vorschlag zum Einbezug in die Fördermittel nach § 45c SGB XI
19	§ 45e (Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulanten Wohngruppen)	Kritische Anmerkungen
19	§ 45f (Weiterentwicklung neuer Wohnformen)	Vorschlag zum Einbezug der PPV
NEU	§ 75 (Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen)	PPV als Vereinbarungs- bzw. Vertragspartei aufnehmen
28	§ 77 (Häusliche Pflege durch Einzelpersonen)	Stärkung der Einzelpflegekräfte, Beschäftigungsverhältnis
NEU	§ 89 Abs. 2 (Grundsätze der	Beteiligung der PPV an ambulanten Vergü-

	Vergütungsregelung)	tungsverhandlungen ermöglichen
42	§ 114 (Qualitätsprüfungen)	Weitergabe Transparenzdaten inklusive ärztliche Versorgung an PPV
43	§ 114a Abs. 1 Satz 2 (Durchführung der Qualitätsprüfungen)	Ankündigung der Qualitätsprüfung einen Tag vor Durchführung
NEU	§ 114a Abs. 7 (Durchführung der Qualitätsprüfungen)	Einbezug der PPV in die Erarbeitung der Richtlinien (QPR)
NEU	§ 115 Abs. 1 und 7 (Ergebnisse von Qualitätsprüfungen)	Weitergabe der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen an die PPV, Schaffung datenschutzrechtlicher Befugnisse
44	§ 115 Abs. 1b (Ergebnisse von Qualitätsprüfungen)	Weitergabe Transparenzdaten inklusive ärztliche Versorgung an PPV
48	§ 123 (Übergangsregelung : verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz)	Kritische Anmerkungen
48	§ 124 (Übergangsregelung: häusliche Betreuung)	Kritische Anmerkungen
Artikel 3		
NEU	§ 111 Abs. 5 SGB V (Versorgungsverträge mit Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen)	Regelungen zur Vergütung von Rehabilitationsleistungen
Änderungsanträge		
Nr. 2, zu Art. 1 Nr. 41	§ 113 (Ergebnisqualität im stationären Bereich)	
Nr. 3 zu Art. 1 Nr. 43	§ 114a (Berücksichtigung von Befragungen bei Qualitätsprüfungen)	
Nr. 4 Zu Art. 3		Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschutz

C. Stellungnahme zu den einzelnen Vorschriften

I. Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

NEU – § 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 Überschaubarkeit des vorhandenen Angebotes entsprechende Informationen.

Art. 1 Nr. 3 – § 7b (Beratungsgutscheine)

Vorschlag:

(2) Die Pflegekasse hat sicherzustellen, dass die Anforderungen an die Beratungsleistungen und an die Qualifikation der zur Beratung eingesetzten Personen nach den §§ 7 und 7a durch die Beratungsstellen eingehalten werden. Das Niveau gemäß den Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zur erforderlichen Anzahl und Qualifikation von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a Absatz 3 darf dabei nicht unterschritten werden.

Die Pflegekasse schließt hierzu allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen mit unabhängigen und neutralen Beratungsstellen, die insbesondere

- 1. die Anforderungen an die Beratungsleistung und Beratungspersonen, einschließlich deren fachlicher Qualifikation,*
 - 2. Haftungsfragen und*
 - 3. die Vergütung*
- regeln.*

Begründung:

Im Zuge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes im Jahr 2008 wurde durch die Einführung des § 7a einerseits besonderen Wert auf die Neutralität und Unabhängigkeit der Pflegeberatung

und andererseits auf die hohe Qualifizierung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater gelegt. Durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen wurden für die Qualifikationsanforderungen der Beraterinnen und Berater Empfehlungen erarbeitet.

Die Praxis zeigt jedoch, dass auch Personen als Pflegeberaterinnen und Pflegeberater tätig werden, die diese Qualifizierungsanforderungen nicht erfüllen. Dies ist möglich, weil die Bezeichnung „Pflegeberater“ nicht geschützt ist. Für die Verbraucherinnen und Verbraucher ist der Unterschied an der Bezeichnung also nicht erkennbar.

Die Erfahrungen der Pflegestützpunkte und insbesondere der COMPASS-Pflegeberatung haben gezeigt, dass in der aufsuchenden Beratung, wenn die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater allein im Gespräch mit den Ratsuchenden tätig werden, eine hohe Qualifikation unerlässlich ist, um Ratsuchende umfassend zu informieren und in ihrer individuellen Pflegesituation zu begleiten. Deshalb muss sichergestellt werden, dass alle in der Pflegeberatung tätigen Fachkräfte, gleichgültig ob sie in Beratungsstellen, selbständig oder bei Pflegekassen tätig sind, die Qualifizierungsanforderungen nach den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes erfüllen.

Art. 1 Nr. 4 Buchstabe d) – § 18 Absatz 3a (Sicherstellung der Begutachtungsfristen)

Die Einhaltung der gesetzlichen Begutachtungsfristen zur Sicherstellung der Information über die Leistungsansprüche aus der Pflegeversicherung ist durch die Pflegekassen wie auch die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung betreiben, sicherzustellen. In der PPV stehen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei MEDICPROOF bundesweit 855 freie Mitarbeiter (779 Ärzte und 76 Pflegefachkräfte) zur Verfügung. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit betrug bei ambulanten Begutachtungen 21 Tage und bei stationären Begutachtungen 18 Tage. Darüber hinaus wird in der PPV eine vorläufige Einschätzung der Pflegebedürftigkeit nach Aktenlage durch MEDICPROOF durchgeführt, auf deren Grundlage durch das zuständige Versicherungsunternehmen eine vorläufige Leistungszusage erteilt wird.

Die PKV hat daher akut keine Veranlassung, eine „Verspätungsgebühr“ wegen Überschreitung der 5-Wochen-Frist zu fürchten. Trotzdem weist sie darauf hin, dass zu den Aufgaben der Pflegekassen nun noch die Terminkoordination für die Pflegeberatung und die umfassende und begründete Stellungnahme zu der Reha-Empfehlung hinzukommen. Die Erledigungsfrist müsste folglich etwas verlängert werden.

Anzumerken ist zudem, dass gegen die Leistungsentscheidung des Versicherungsunternehmens unmittelbar Klage vor dem zuständigen Sozialgericht eingereicht werden kann. Die Regelungen des § 88 Sozialgerichtsgesetz finden hier keine Anwendung.

Bedenken bestehen auch wegen des Verwaltungsaufwands, der bei Fristüberschreitung bei der Ursachenklärung entsteht. Neue bürokratische Verfahren sollen unbedingt vermieden werden.

Art. 1 Nr. 5 – § 18a (Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten)

Für den Fall, dass die Private Krankenversicherung selbst zuständiger Kostenträger für eine medizinische Rehabilitation ist, bedarf es zur wirtschaftlichen Sicherstellung von Rehabilitationsmaßnahmen flankierende Regelungen zur Vergütung der Leistungen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 111 SGB V. Siehe Ausführungen zu Artikel 3, § 111 Abs. 5 SGB V.

Art. 1 Nr. 6 – § 19 (Begriff der Pflegepersonen)

Die Benachteiligung einer ehrenamtlichen Pflegeperson bei der sozialen Absicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung, die z.B. zwei Pflegebedürftige je 11 Stunden wöchentlich betreut, gegenüber einer Pflegeperson, die einen Pflegebedürftigen z.B. an 14 Stunden wöchentlich versorgt, wird zu Recht korrigiert. Eine Entrichtung von Rentenversicherungsbeiträgen durch die gesetzliche Pflegeversicherung erfolgt nämlich erst ab 14 Stunden Pflegezeit. Eine Zusammenrechnung bei Pflege mehrerer Pflegebedürftiger von unter 14 Stunden war bislang nicht möglich. Vor diesem Hintergrund ist diese Neuregelung zu begrüßen.

Hinzuweisen ist auf die damit entstehende erhebliche Bürokratie und offener Regelungstatbestände. Beispielsweise zu nennen sind folgende Fragestellungen:

- Wie/wo erfolgt die Ermittlung des Rentenversicherungsbeitrages?
- Wie erfolgt der Informationsaustausch, wenn verschiedene Versicherungsunternehmen/Pflegekassen involviert sind?
- Welches Verfahren findet bei Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze Anwendung?
- Wie erfolgt die Berechnung bei Pflegebedürftigen in unterschiedlichen Rechtskreisen (West/Ost)?

Zudem führt diese neue Regelung aber auch zu neuen Ungerechtigkeiten. Es erfolgt keine Zusammenrechnung einer Pflege Tätigkeit mit wenigstens 14 Stunden wöchentlich mit einer anderen unter dieser Grenze bleibenden Pflege Tätigkeit (vgl. Begründung zur Änderung des § 3 SGB VI). So werden nun zwar zwei Pflege Tätigkeiten von 10 und 4 Stunden zusammengerechnet und führen zur Versicherungspflicht und Beitragszahlung. Jedoch eine Tätigkeit von 14 Stunden und zusätzlich 13 Stunden bei einem zweiten Pflegebedürftigen wird nicht mit der ersten Tätigkeit zusammengerechnet und es erfolgt dort keine Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen. Darüber hinaus wird das ohnehin schon aufwändige Meldeverfahren an die Rentenversicherung weiter verkompliziert.

Art. 1 Nr. 13 – § 38a (Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen)

Vorschlag

„(3) Zur Qualifikation, dem zeitlichen Umfang und das mögliche Aufgabenspektrum der Tätigkeit einer Präsenzkraft geben der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. bis zum 31. Dezember 2012 Empfehlungen ab.“

Begründung:

Eine Stärkung der ambulanten Pflege sowie alternativer Wohnformen durch einen Zuschlag für Pflegebedürftige in Wohngruppen kann grundsätzlich sinnvoll sein. Dies sollte jedoch durch klare Regelungen hinsichtlich der Anspruchsvoraussetzungen flankiert werden. Vorgesehen ist eine pauschale Zahlung der Leistung zur eigenverantwortlichen Verwendung. Voraussetzung hierfür ist lediglich das Wohnen bzw. die Versorgung in einer Wohngruppe sowie die Tätigkeit einer Präsenzkraft. Die Prüfung, inwieweit eine Wohngruppe vorliegt, ist nicht näher beschrieben. Gleiches gilt für die Tätigkeit der Präsenzkraft. Ein Nachweisverfahren ist laut Begründung nicht vorgesehen und würde bei unterschiedlichen Kostenträgern (146 Pflegekassen im Bereich der sozialen Pflegeversicherung und 45 Unternehmen im Bereich der privaten Pflegepflichtversicherung) auch einen erheblichen Verwaltungsaufwand mit sich bringen. Hinzuweisen ist auch auf das hohe Potential an Missbrauchsmöglichkeiten und einer nicht zweckentsprechenden Verwendung der Mittel.

Unabhängig von unseren grundsätzlichen Bedenken sind zur Qualitätssicherung Mindestanforderungen an die Qualifikation, den zeitlichen Umfang und das mögliche Aufgabenspektrum der Tätigkeit einer Präsenzkraft zu definieren. Hierzu schlagen wir die Erarbeitung von Empfehlungen durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. vor.

Art. 1 Nr. 16 – § 42 (Kurzzeitpflege)

Vorschlag:

„(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung oder einer sonstigen geeigneten Einrichtung. Dies gilt: ...

(3) Streichung Satz 1

Begründung:

Die bereits bestehende Regelung gemäß § 42 Abs. 3 SGB XI für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahr wird nun um eine Regelung für die Pflege in nicht zugelassenen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erweitert. Ergänzend schlagen wir zur Vereinfachung die Aufnahme der Möglichkeit der Inanspruchnahme von sonstigen geeigneten Einrichtungen als Alternative zu den per Versorgungsvertrag zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen vor.

NEU – § 45b Abs. 1 und Abs. 2 (Zusätzliche Betreuungsleistungen)

Vorschlag:

„(1) Versicherte, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können je nach Umfang des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür werden je Kalenderjahr in Höhe von bis zu 1200 Euro (Grundbetrag) oder 2400 Euro (erhöhter Betrag) ersetzt. ...“

„(2) Die Pflegebedürftigen erhalten die zusätzlichen finanziellen Mittel auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 genannten Betreuungsleistungen. Wird die Leistung nach Absatz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen, der bis zum (Inkrafttreten) in Anspruch genommen wurde, reduziert das Jahresbudget entsprechend.

Begründung:

Zur Flexibilisierung der Inanspruchnahme und der Anlehnung an die Praxis wird die Bildung eines Jahresbudgets vorgeschlagen. Einerseits kann durch die Versicherten jederzeit über das Budget verfügt werden und andererseits wird eine Reduzierung des Verwaltungsaufwandes im Bereich der Pflegeversicherung erreicht.

Art. 1 Nr. 18 – § 45d Absatz 2 (Förderung ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe)

Vorschlag:

(2) Zur Förderung und zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erhebli-

chem allgemeinen Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben, sind bis zu 5 Millionen Euro der in § 45c Abs. 1 Satz 1 SGB XI genannten Fördermittel zu verwenden.

Begründung:

Schon bisher erfolgt keine Ausschöpfung der zur Verfügung stehenden 25 Millionen Euro (§ 45 c Absatz 1 Satz 1); im Jahr 2011 wurden hiervon lediglich ca. 13 Millionen Euro beim Bundesversicherungsamt abgerufen. Auf die Förderung (inklusive Modellvorhaben) des Ehrenamtes gemäß § 45d entfielen dabei 688.588 Euro und auf die Förderung der Selbsthilfegruppen lediglich 342.943 Euro. Neue oder erhöhte Förderbeträge sind daher entbehrlich. Es reicht aus, 5 Millionen Euro der Fördermittelsumme für diesen Zweck zu bestimmen. Werden diese nicht benötigt, stehen sie weiter für die bisherigen Zwecke zur Verfügung.

Art. 1 Nr. 19 – § 45e (Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulanten Wohngruppen)

Die Regelung wird kritisch gesehen. Zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen zur Verwirklichung eines selbstbestimmten Lebens haben die Bundesländer Regelungen im Rahmen der Landesheimgesetze getroffen. Die Übernahme von Investitionsaufwendungen ist der Pflegeversicherung fremd. Sie ist beispielsweise auch bei stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 82 SGB XI nicht vorgesehen.

Weitere Einwände:

- Durch die zusätzliche Gewährung der Anschubfinanzierung zu dem Betrag nach § 40 Abs. 4 erfolgt eine Doppelfinanzierung. Zudem ist hiermit eine Schlechterstellung aller in der eigenen Häuslichkeit verbleibenden Pflegebedürftigen verbunden.
- Das Missbrauchspotenzial erscheint hoch; eine Überprüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel ist grundsätzlich nicht vorgesehen und wäre schwierig.
- Die Zahlung der Zuschüsse auf Basis der Nennung der beteiligten Personen erachten wir nicht als ausreichend. Insbesondere muss ein Informationsaustausch zwischen SPV und PPV erfolgen. Dies dürfte bei 146 Pflegekassen im Bereich der sozialen Pflegeversicherung und 45 Unternehmen im Bereich der privaten Pflegepflichtversicherung einen erheblichen Verwaltungsaufwand mit sich bringen. Erschwert wird dies durch die Möglichkeit der Antragstellung innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen.

Bei Verzicht auf die Regelung stünden entsprechende Mittel zur weiteren Leistungsverbesserungen für dementiell erkrankte Menschen – insbesondere der Pflegestufe III – zur Verfügung.

Sollte an dem Fördervorhaben festgehalten werden, könnte das Verfahren dadurch vereinfacht werden, dass die Wohngruppe, wie bei anderen Förderverfahren, verpflichtet würde, einen gemeinsamen Antrag an eine einheitliche Stelle zu richten. Dies könnte z.B. das Bundesversicherungsamt, das auch die Mittel auszahlen könnte, sein.

NEU – § 75 (Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen)

Vorschläge:

(1) 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.

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sollen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben.

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.

Art. 1 Nr. 28 – § 77 (Häusliche Pflege durch Einzelpersonen)

Die Verpflichtung zum Abschluss von Verträgen mit Einzelpersonen zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung wird begrüßt, da dadurch den Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung eines selbständigen und selbstbestimmten Lebens entsprochen werden kann.

Ein parallel bestehendes Beschäftigungsverhältnis ist offenbar nicht ausgeschlossen, solange diese Einzelpersonen nur Betreuungsleistungen erbringen. Gerade diese Regelung könnte der Einzelkräfteregelung, die bisher kaum praktische Bedeutung erlangt hat, Auftrieb geben, denn damit scheint der Weg geebnet für eine Finanzierung der sehr populären meist osteuropäischen Hilfskräfte, die im Haushalt des Pflegebedürftigen angestellt werden. Bei der

privaten Pflegepflichtversicherung müssen Einzelkräfte keinen Vertrag mit der Versicherung abschließen, denn die PKV erbringt keine „Sachleistung“ wie die Kassen, sondern leistet Kostenerstattung für Leistungen gleichwertig qualifizierter Kräfte. Es ist lediglich ein Eignungsnachweis vorzulegen und eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen, die den Pflege- oder Betreuungsbedürftigen bei schuldhaften Pflege- und Betreuungsfehlern ggf. entschädigt. Außerdem wird die Mitgliedschaft in der Berufsgenossenschaft verlangt. Einzelkräfte müssen sich auch mit einer gelegentlichen Überprüfung durch die PKV einverstanden erklären.

NEU – § 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.

Art. 1 Nr. 42 – § 114 (Qualitätsprüfungen)

Ausführungen zu Nr. 44 (§ 115 Abs. 1a) gelten entsprechend.

Art. 1 Nr. 43 – § 114a Abs. 1 Satz 2 (Durchführung der Qualitätsprüfungen)

Vorschlag

„Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen soll die Qualitätsprüfung einen Tag vor der Qualitätsprüfung angekündigt werden.“

Begründung

Der Vorschlag konkretisiert die Regelung des Gesetzentwurfs und entspricht der Handhabung in vielen Bundesländern.

NEU – § 114a Abs. 7 Satz 1 (Durchführung der Qualitätsprüfungen)

Vorschlag:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt gemeinsam mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. unter Beteiligung“

Begründung:

Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien enthalten maßgebliche Regelungen zum Prüfverfahren einschließlich der Ermächtigung des MDS zum Erlass einer Prüfanleitung, die für die Prüfdienste der SPV und der PPV einheitlich gelten muss. Da der Prüfdienst der PKV zehn Prozent der Prüfungen durchführt, ist die gemeinsame Erstellung der QPR durch die SPV und die PPV geboten. Ein bloßes Beteiligungsrecht wird der Rolle der PPV dagegen nicht gerecht.

NEU – § 115 Abs. 1 und 7 (Ergebnisse von Qualitätsprüfungen)

Vorschlag:

„(1) Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., sowie die von den Landesverbänden der Pflegekassen für Qualitätsprüfungen bestellten Sachverständigen haben das Ergebnis einer jeden Qualitätsprüfung sowie die dabei gewonnenen Daten und Informationen den Landesverbänden der Pflegekassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie den nach den heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden im Rahmen ihrer Zuständigkeit und bei häuslicher Pflege den zuständigen Pflegekassen zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben sowie der betroffenen Pflegeeinrichtung mitzuteilen. ...“

(2-6)...

„(7) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung betreiben, sowie der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. können personenbezogene Daten erheben, verarbeiten und nutzen, um Personen, die Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung erhalten, in einer Weise zu unterstützen, die den Maßnahmen nach den Absätzen 3 bis 6 vergleichbar ist.“

Begründung:

Nach den Qualitätsprüfungsrichtlinien werden neben Versicherten der sozialen Pflegeversicherung auch privatversicherte Pflegebedürftige in den Qualitätsprüfungen begutachtet. Von den dabei gemachten Feststellungen erhalten bislang aber weder die privaten Versiche-

rungsunternehmen noch der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. Kenntnis. Dies wäre aber Voraussetzung dafür, dass sie bei Pflegedefiziten oder anderen Mängeln die privatversicherten Pflegebedürftigen in vergleichbarer Weise unterstützen können, wie dies bei Versicherten der sozialen Pflegeversicherung in den Absätzen 3 bis 6 vorgesehen ist. Absatz 7 dient in diesem Zusammenhang der Sicherstellung der datenschutzrechtlichen Befugnisse.

Art. 1 Nr. 44 – § 115 Abs. 1b (Ergebnisse von Qualitätsprüfungen)

Vorschlag:

„Die Landesverbände der Pflegekassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. stellen sicher, dass ab dem 1. Januar 2013 die Informationen gemäß § 114 Absatz 1 über die Regelungen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung in vollstationären Einrichtungen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, die Informationen nach Satz 1 an gut sichtbarer Stelle in der Pflegeeinrichtung auszuhängen.“

Begründung:

Auch dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. muss eine Veröffentlichung der Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen, die er nun zu 10 % durch seinen Prüfdienst selbst durchführt, ermöglicht werden. Zudem muss dies auch die genannten Informationen über die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung umfassen. Die bislang in § 114a Abs. 5a enthaltene Regelung zur Vereinbarung mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur einheitlichen Veröffentlichung von Ergebnissen der Qualitätsprüfungen durch den PKV-Verband ist hierfür nicht ausreichend. Zur Sicherstellung einer gleichwertigen Informationsbasis auch für die Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung ist die vorgeschlagene Ergänzung notwendig.

Art. 1 Nr. 48 – § 123 (Übergangsregelung: verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz)

Die vorgesehenen Leistungsverbesserungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz stellen eine weitere Berücksichtigung dieses Personenkreises, neben den Leistungsansprüchen gemäß § 45b SGB XI, im SGB XI dar. Hiermit erfolgt nach Einschätzung der PKV eine wesentliche Verbesserung der Leistungen für an Demenz erkrankte Menschen, die damit über die Leistungsansprüche der rein somatisch Pflegebedürftigen hinausgehen.

Die im Vorgriff auf einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff vorgesehenen Leistungsverbesserungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz stellen daher einen beachtenswerten Einbezug dieses Personenkreises als Empfänger der Pflegeversicherung dar.

Art. 1 Nr. 48 – § 124 (Übergangsregelung: häusliche Betreuung)

Die faktische Erweiterung der Pflegesachleistung (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung) im Rahmen der Übergangsregelung um häusliche Betreuungsleistungen stellt eine durchgreifende Änderung dar. Insbesondere, aber nicht nur der Personenkreis der dementiell erkrankten Menschen wird hierdurch in die Lage versetzt, den individuellen Bedarf an Leistungen – der im Bereich der Betreuung existiert – sicherzustellen.

Fraglich ist, ob durch die in § 123 vorgesehene zusätzliche Erhöhung der Leistungsbeträge für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in den Pflegestufen I und II nicht möglicherweise nun andere Betreuungsbedarfe diskriminiert werden, zumal sie weiterhin zusätzlich Anspruch auf Leistungen nach § 45b SGB XI haben.

Art. 1 Nr. 48 – § 125 (Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste)

Es sollte vorgesehen werden, dass sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung betreiben, an den Modellvorhaben beteiligen können.

II. Artikel 3 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

NEU – § 111 Abs. 5 Satz 2 SGB V (Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen)

Vorschlag (Ergänzung um Satz 2):

„Die auf der Basis des Versorgungsvertrages nach Absatz 1 vereinbarten Vergütungen dürfen gegenüber Patienten außerhalb der Geltung des Versorgungsvertrages nach Absatz 1 nicht überschritten werden; das gilt auch dann, wenn die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung eine nach § 30 Gewerbeordnung zugelassene und mit ihr organisatorisch verbundene Einrichtung in räumlicher Nähe mit gegenüber dem Versorgungsvertrag nach Absatz 1 entsprechenden Leistungen betreibt.“

Begründung:

Die Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ macht eine Kostenbegrenzung für Rehabilitationsleistungen auch für diejenigen Patienten erforderlich, bei denen eine Rehabilitationsbehandlung nicht auf der Basis von § 111 SGB V erfolgt. Das betrifft u.a. Versicherte des Basistarifs der privaten Krankenversicherung. Diese haben Anspruch auf vergleichbare Leistungen wie in der GKV. Auch für sie fehlt aber eine Preisbegrenzung der Leistungen. Für den Bereich der Krankenhausbehandlung besteht mit § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG eine entsprechende Regelung.

III. Änderungsanträge auf Drucksache 17(14)0269

Zu Änderungsantrag 2

Art. 1 Nr. 41 – § 113 (Ergebnisqualität im stationären Bereich)

Eine einheitliche Erhebung und strukturierte Datenerfassung zur vergleichenden Messung und verlässlichen Darstellung der Ergebnisqualität wird begrüßt. Außerdem versprechen wir uns von der Einführung eines indikatorengestützten Qualitätsmanagements eine Umstrukturierung von Prüfinhalten und des Prüfgeschehens sowie einen Zuwachs von bewertbaren Informationen für das Prüfverfahren. Der gegenwärtig genutzte Erhebungsbogen der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) ist dafür nicht ausreichend und würde damit dann einer grundlegenden Bearbeitung bedürfen.

Eine Prüfung aller Bewohner im Rahmen einer externen Qualitätsprüfung ist nach unserer Einschätzung nicht durchführbar. Die bisher vorgesehene Erhebung einer Stichprobe erscheint dagegen ausreichend.

Bei einer Erhebung der Daten durch die Einrichtungen selbst sehen wir die Gefahr eines Interessenkonflikts zwischen einer dem gesetzgeberischen Ziel entsprechenden objektiven Darstellung zum Zwecke einer vergleichbaren Bewertung von Pflegeeinrichtungen und der subjektiv gefärbten Wahrnehmung betrieblicher Sachverhalte vor dem Hintergrund einer unternehmerischen Ausrichtung. Es wäre verständlich, wenn deshalb die Daten im Sinne einer positiven Deutung ausgelegt werden. Ihr Wert für die Beurteilung im Rahmen der Qualitätsbewertung wäre dadurch von vornherein eingeschränkt.

Zu Änderungsantrag 3

Art. 1 Nr. 43 – § 114a (Berücksichtigung von Befragungen bei Qualitätsprüfungen)

Die Notwendigkeit einer angemessenen Berücksichtigung der

- Pflegedokumentation
- Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen
- Befragung der Beschäftigten der Pflegeeinrichtung sowie der
- Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der vertretungsberechtigten Personen

in einer Qualitätsprüfung wird nicht bezweifelt.

Diese unterschiedlichen Informationsquellen stehen jedoch nicht gleichberechtigt nebeneinander. So kann von Pflegebedürftigen, Angehörigen und gesetzlichen Vertretern nicht erwartet werden, dass diese eine streng sachliche Bewertung vornehmen. Da sie in die Versorgungssituation unmittelbar eingebunden sind, fällt ihre Beurteilung zwangsläufig subjektiv aus. Für eine objektive Bewertung fehlt diesen Personen die Distanz ebenso wie allgemeingültige Bewertungsmaßstäbe. Die Erfahrung zeigt, dass ihre Bewertung trotz objektiver Mängel bisweilen sehr gut ausfällt, weil die Betroffenen nichts Negatives sagen können oder möchten. Diese Äußerungen dürfen daher nicht überbewertet werden.

Das Kernstück nachvollziehbarer und professionell geplanter Pflege ist die Pflegedokumentation einschließlich der Pflegeprozessplanung. Darin finden sich Hinweise auf die Datenerhebung und die Vorgehensweise der professionell Handelnden vor Ort. Die Entwicklungsschritte in der Pflege und Betreuung werden dabei über einen längeren Zeitraum festgehalten und sind dadurch nachvollziehbar.

Demgegenüber stellt die Inaugenscheinnahme eine Momentaufnahme dar, die keine Aufschlüsse über die Erreichung eines geplanten Pflegeziels gibt. Kommt es zum Beispiel im Falle von Zusatzerkrankungen im Zuge einer professionell geplanten Pflege und Betreuung, denen eine Risikoabwägung und einleitende Maßnahmen vorausgegangen sind, zu einer Besserung oder zur Erhaltung des Gesundheitszustandes, ist dies allein aus der Dokumentation ersichtlich. Im Rahmen einer Qualitätsprüfung stellt neben der Inaugenscheinnahme und der Befragung die Auswertung der Dokumentation die zentrale Voraussetzung für eine umfassende und objektive Bewertung dar. Nur durch sie können die Prüfer als unbeteiligte

Dritte nachvollziehen, wie der pflegerische Zustand war, welche Maßnahmen geplant und durchgeführt wurden und welches Ergebnis sich eingestellt hat.

Daher muss der Auswertung der Pflegedokumentation ein erhöhter Stellenwert im Prüfverfahren zukommen.

Zu Änderungsantrag 4

Es ist kein Grund erkennbar, warum der Gesetzlichen Krankenversicherung ein Mandat zur Vereinbarung von Vergütungen mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene (§ 134a SGB V) eingeräumt wird, nicht aber der Privaten Krankenversicherung.

Von Bedeutung für Privatversicherte sind auch die Regelungen des § 134a zur Qualitätssicherung. Diese bleiben unverändert Vereinbarungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene überlassen. Damit hat diese Qualitätssicherung keine Wirkung für privatversicherte/beihilfeberechtigte Schwangere.