

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0131(24)
gel VB zur öAnhörung am 30.09.
15_PSGII
29.09.2015



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Stellungnahme

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)

BT-Drucksache 18/5926

Antrag der Fraktion DIE LINKE

Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in der Pflege – Solidarische Pflegeversicherung einführen

BT-Drucksache 18/5110

anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit
des Deutschen Bundestages am 30.09.2015 in Berlin

- Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist eine wichtige Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Die gesetzlichen Neuregelungen entsprechen dem aktuellen Stand der Erkenntnisse in Wissenschaft und Praxis und sind zu begrüßen.
- Als Trägerin der Pflegepflichtversicherung begrüßt die PKV die Erweiterung ihrer Beteiligungs- und Informationsrechte, etwa bei den Preisvergleichslisten oder bei den Begutachtungsrichtlinien.
- Die PKV begrüßt, dass ihr ein Sitz in dem neuen Qualitätsausschuss eingeräumt wird. Sie betrachtet dies als Würdigung ihres Engagements für die Qualität in der Pflege, das gesetzlich wie privat Versicherten gleichermaßen zu Gute kommt.
- Die demografiebedingte Finanzierungsproblematik der umlagefinanzierten Sozialen Pflegeversicherung würde durch das Konstrukt einer Bürgerversicherung forciert und die implizite Verschuldung zulasten zukünftiger Generationen würde sich erhöhen.

Inhaltsübersicht

I. Zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfes

Art. 1 Nr. 3 d) – § 7 Abs. 3 und 4 SGB XI: Aufklärung, Auskunft

Art. 1 Nr. 8 – § 8 Abs. 4 SGB XI: Gemeinsame Verantwortung

Art. 1 Nr. 11 – § 17 SGB XI: Richtlinien der Pflegekassen

Art. 1 Nr. 15 – § 18c SGB XI: Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Art. 1 Nr. 22 – § 44a SGB XI: Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

Art. 1 Nr. 27 – § 92f SGB XI: Pflichten der Beteiligten

Art. 1 Nr. 34 – § 113b SGB XI: Qualitätsausschuss

Art. 1 Nr. 35 – § 113c SGB XI: Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen

Art. 1 Nr. 36 a), d) – § 114 SGB XI: Qualitätsprüfungen

Art. 1 Nr. 38 c), d) – § 115 Abs. 1a, 1b SGB XI: Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung

Art. 2 Nr. 7 – § 15 SGB XI: Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

Art. 2 Nr. 7 – Anlage 1 zu § 15 SGB XI: Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

Art. 2 Nr. 10 c) bb) – § 18 Abs. 3b SGB XI: Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Art. 2 Nr. 11 – § 19 SGB XI: Definition Pflegeperson

Art. 2 Nr. 14 – § 28a SGB XI: Leistungen bei Pflegegrad 1

Art. 2 Nr. 24 – § 43 SGB XI: Vollstationäre Pflege

Art. 2 Nr. 27 – § 44 SGB XI: Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Art. 2 Nr. 48 – § 126 Satz 2 SGB XI: Zulageberechtigte

Art. 2 Nr. 50 – § 142 Abs. 2 SGB XI: Übergangsregelung im Begutachtungsverfahren

II. Zum Antrag der Fraktion Die Linke

I. Zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfes

Art. 1 Nr. 3 d) – § 7 Abs. 3 und 4 SGB XI: Aufklärung, Auskunft

Die Verpflichtung der Landesverbände der Pflegekassen, die Leistungs- und Preisvergleichslisten auch dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. in Form einer elektronischen Datenübertragung in § 7 Abs. 3 Satz 5 SGB XI zur Verfügung zu stellen, stellt eine willkommene Klarstellung dar. Für die PKV wird es damit einfacher, ihren Versicherten die für die Pflegeberatung notwendigen Informationen zeitnah zur Verfügung zu stellen, z.B. im Internet unter www.pflegeberatung.de.

Für die Datenübertragung an die PKV sollten die nach Absatz 4 vorgesehenen Empfehlungen zur Anwendung kommen. Diese sollten im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. entwickelt werden.

Vorschlag:

§ 7 Abs. 3 Satz 5 SGB XI und § 7 Abs. 4 Satz 4 SGB XI sollten wie folgt ergänzt werden (Ergänzung kursiv und unterstrichen):

§ 7 Abs. 3 Satz 5 SGB XI

„Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach diesem Buch und zur Veröffentlichung nach Absatz 2 Satz 4 und 5 vom Landesverband der Pflegekassen durch elektronische Datenübertragung gemäß der Empfehlungen nach Absatz 4 Satz 4 zur Verfügung zu stellen.

§ 7 Abs. 4 Satz 4 SGB XI

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. Empfehlungen für einen bundesweit einheitlichen Standard zur elektronischen Datenübermittlung ab.“

Art. 1 Nr. 8 - § 8 Abs. 4 SGB XI: Gemeinsame Verantwortung

Auf die unten stehenden Ausführungen zur Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Abs. 6 SGB XI, der wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Abs. 4 SGB XI sowie der Aufgaben nach § 113c SGB XI wird verwiesen.

Art. 1 Nr. 11 – § 17 SGB XI: Richtlinien der Pflegekassen

Nach § 17 Abs. 1 SGB XI erlässt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Pflegebedürftigkeits- und Begutachtungs-Richtlinien und nach § 17 Abs. 1a SGB XI eine Pflegeberatungs-Richtlinie. Es ist zu begrüßen, dass nach § 17 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 1a Satz 2 SGB XI auch der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. dabei zu beteiligen ist. Als Spezialistin für die Pflegebegutachtung nimmt die MEDICPROOF GmbH, der seit 1995 bestehende medizinische Dienst der PKV, in der Regel solche Beteiligungsrechte für die PKV wahr. MEDICPROOF hat sich auch bereits mit eigenen Begutachtungen an der Praktikabilitätsstudie zum Neuen Begutachtungsassessment (NBA) beteiligt. Es wäre wünschenswert, wenn dem medizinischen Dienst der PKV ein originäres Beteiligungsrecht eingeräumt würde. Es wäre eine Würdigung der langjährigen Arbeit dieser Organisation und entspräche im Übrigen der Regelung in § 114a Absatz 7 Satz 1 SGB XI, wo Entsprechendes bereits für den Prüfdienst der PKV geregelt ist.

Gleiches gilt für die COMPASS Private Pflegeberatung im Zusammenhang mit der nach Absatz 1a zu erlassenden Pflegeberatungs-Richtlinie.

Art. 1 Nr. 15 – § 18c SGB XI: Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Das Bundesministerium für Gesundheit richtet ein Begleitgremium ein, das die Vorbereitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit pflegfachlicher und wissenschaftlicher Kompetenz unterstützt. Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. bietet an, zusammen mit der MEDICPROOF GmbH in dem Begleitgremium mitzuwirken.

Art. 1 Nr. 22 – § 44a SGB XI: Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

Die gesetzliche Klarstellung, dass sich der Betrag des Pflegeunterstützungsgeldes um den Arbeitnehmer-Anteil an den Sozialversicherungsbeiträgen vermindert, schafft Rechtssicherheit und wird daher begrüßt.

Art. 1 Nr. 27 – § 92f SGB XI: Pflichten der Beteiligten

Werden die neuen stationären Pflegesätze nicht verhandelt, sondern nach der gesetzlichen Formel umgerechnet, sollte die Mitteilung des Ergebnisses auch an den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. erfolgen. Auch die PKV ist für die Beratung und Leistungsbearbeitung auf zeitnahe Informationen angewiesen.

Vorschlag:

Absatz 1 Satz 3 sollte wie folgt gefasst werden (Änderungen kursiv und unterstrichen):

„Es genügt die Mitteilung an eine als Vertragspartei beteiligte Pflegekasse; diese stellt die unverzügliche Weiterleitung der Mitteilung an die übrigen als Vertragsparteien beteiligten Kostenträger sowie an die Landesverbände der Pflegekassen und den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. sicher.“

Art. 1 Nr. 34 – § 113b SGB XI: Qualitätsausschuss

Die PKV unterstützt die Bundesregierung bei dem Ziel, sehr zügig zu einem neuen System der Qualitätsbewertung und Qualitätsveröffentlichung in der Pflege zu kommen. Die Pflegeeinrichtungen sollen dadurch Anhaltspunkte für eine interne Qualitätssicherung erhalten und die Pflegeversicherung soll in die Lage versetzt werden, die Einhaltung der vertraglichen Vereinbarungen mit den Leistungserbringern zu überprüfen. Dem Verbraucher schließlich sollen Orientierungshilfen zu seiner Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Pflegeeinrichtung gegeben werden.

Für den Qualitätsausschuss, der die entsprechenden Regelungen erarbeiten soll, wird die ihn unterstützende wissenschaftliche Geschäftsstelle ein wesentlicher Erfolgsfaktor sein, zumal der Ausschuss bereits zum 31. März 2017 Ergebnisse vorlegen soll.

Dass der PKV, die mit ihrem Prüfdienst jährlich 10 Prozent der Qualitätsprüfungen durchführt, die Möglichkeit eingeräumt wird, dem Qualitätsausschuss anzugehören, empfindet sie als Würdigung ihres Engagements für die Pflegequalität, das gesetzlich wie privat Versicherten gleichermaßen zu Gute kommt.

Schwer nachvollziehbar ist jedoch, warum die Finanzierung der Geschäftsstelle allein aus Mitteln der Pflegeversicherung erfolgen soll, was im Falle der PKV dazu führen würde, dass sie 10 Prozent der Kosten zu tragen hätte, jedoch nur einen von zwanzig Sitzen beanspruchen könnte. Da die Ziele des Qualitätsausschusses im Interesse aller Beteiligten sind, sollte die Finanzierung durch die Mitglieder des Qualitätsausschusses gemeinsam erfolgen, so wie es bisher für die Schiedsstelle nach § 113b SGB XI geregelt ist (§ 12 der Geschäftsordnung).

Im Übrigen würde es die PKV begrüßen, wenn auch ihr die Möglichkeit eingeräumt würde, zusätzlich einen Teilnehmer mit beratender Funktion für den Ausschuss zu benennen. Dies würde der Position entsprechen, die dem MDS eingeräumt bzw. zugewiesen wird.

Vorschlag:

Nach § 113b Abs. 2 Satz 8 SGB XI wird ein neuer Satz 9 eingefügt:

„Sofern der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. dem Qualitätsausschuss angehört, kann er zusätzlich einen Vertreter benennen, der in entsprechender Anwendung von Satz 8 an den Beratungen mitwirkt.“

Art. 1 Nr. 35 - § 113c SGB XI: Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen

Eine angemessene Personalausstattung stellt eine wesentliche Voraussetzung dafür dar, dass die Pflegeeinrichtungen ihre Aufgaben erfüllen können. Die PKV begrüßt es, dass ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben entwickelt und erprobt werden soll. Dabei böte es sich an, auch diese Aufgabe dem neuen Qualitätsausschuss zu übertragen, der dazu die Hilfe seiner wissenschaftlichen Geschäftsstelle in Anspruch nehmen könnte. Dafür spricht auch, dass Fragen der Qualitätssicherung und der Personalausstattung zahlreiche Berührungspunkte aufweisen.

Die obigen Ausführungen zur Finanzierung des Qualitätsausschusses und seiner Geschäftsstelle gelten hier entsprechend.

Vorschlag:

Im neuen § 113c Absatz 1 SGB XI-Entwurf sollten die Worte „Die Vertragsparteien nach § 113 stellen“ durch die Worte „Der Qualitätsausschuss nach § 113b stellt“ ersetzt werden. Entsprechend sollte Absatz 3 geändert werden.

Art. 1 Nr. 36 a), d) – § 114 SGB XI: Qualitätsprüfungen

Zu Abs. 2 Satz 6:

Abrechnungsprüfungen können zum Schutz der Versichertengemeinschaft vor Übervorteilung notwendig sein. Dort wo sie regelhaft durchgeführt worden sind, haben sie in 5 bis 7 Prozent der Fälle zu Beanstandungen geführt. Dem gegenüber steht ein Mehraufwand von ca. 15 Minuten je Stichprobenfall, der von der Versichertengemeinschaft bezahlt werden muss. In stationären Einrichtungen würde sich der Prüfungsaufwand also um ca. 2 ¼ Stunden erhöhen. Dieser zusätzliche Aufwand müsste von den Prüfteams mit bewältigt werden. Um das ohnehin aufwändige Verfahren nicht unnötig zu belasten, reicht es möglicherweise aus, die beobachteten Fälle zu analysieren und daraus Regeln abzuleiten, in welchen Fällen Abrechnungsprüfungen zu erfolgen haben.

Es sollte angesichts des damit verbundenen Aufwandes geprüft und begründet werden, ob es gerechtfertigt ist, bei jeder Qualitätsprüfung eine Abrechnungsprüfung vorzuschreiben. Darüber hinaus sollte den Prüfinstitutionen die Möglichkeit gegeben werden, die Abrech-

nungsprüfungen auch durch anderes geeignetes Personal durchführen zu lassen. Da dies in den Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR) zu regeln wäre, wäre ein entsprechender Hinweis in die Gesetzesbegründung hilfreich.

Zu Abs. 5:

Es ist schwer verständlich, weshalb Pflegeeinrichtungen, die durch Qualitätsmängel die Notwendigkeit einer Wiederholungsprüfung verursacht haben, hierfür nicht kostenpflichtig sein und das Privileg der Finanzierung durch die Versichertengemeinschaft genießen sollten. Auf der anderen Seite sollte den Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit gegeben werden, eine von ihnen bezahlte Wiederholungsprüfung zu beantragen, wenn unzumutbare Nachteile durch das Prüfergebnis nicht ausgeschlossen werden können. Dies wäre ein sinnvolles Mittel der außergerichtlichen Streitbeilegung.

Da Abrechnungsfragen in der Vergangenheit zu Problemen geführt haben, sollte eine Gebührenordnung für solche Wiederholungsprüfungen geschaffen werden.

Vorschlag:

Wir schlagen vor, dass in § 114 Abs. 5 Satz 4 die Wörter „auf Kosten der Pflegeeinrichtung“ nicht gestrichen werden und folgende neuen Regelungen vorgenommen werden (Änderungen kursiv und unterstrichen):

Nach § 114 Absatz 5 Satz 4 sollten folgende neue Sätze 5 bis 7 eingefügt werden:

„Auf Antrag und auf Kosten der Pflegeeinrichtung kann eine Wiederholungsprüfung von den Landesverbänden der Pflegekassen veranlasst werden, wenn die Möglichkeit unzumutbarer Nachteile für eine Pflegeeinrichtung durch das Ergebnis einer Regel- oder Anlassprüfung nicht ausgeschlossen werden kann. Die Gebühren werden von den Landesverbänden der Pflegekassen festgesetzt. Die Gebühren richten sich nach einer Gebührenvereinbarung, die in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI zu treffen ist.“

Art. 1 Nr. 38 c), d) – § 115 Abs. 1a, 1b SGB XI: Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung

Zu Abs. 1a:

Die Pflegenoten in der bisherigen Form sind irreführend und sollten deshalb nicht mehr veröffentlicht werden. Die Kritik daran ist vielfältig vorgetragen worden und soll hier nicht im Einzelnen wiederholt werden. Die Qualitätsprüfungen als solche sind aus Sicht der PKV jedoch sinnvoll und fördern Erkenntnisse zutage, die kurzfristig vorübergehend für eine Qualitätsdarstellung nutzbar gemacht werden könnten. Daher sollte für die Zeit bis zum Inkrafttreten der neuen Qualitätsdarstellungssystematik eine Übergangsregelung geschaffen werden, die die bisherige Notensystematik ersetzt.

Zu Abs. 1b:

Durch die Übermittlung der Informationen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen an die PKV wird diese in die Lage versetzt, auch diese Informationen im Internet unter www.pflegeberatung.de zu veröffentlichen und sie für die Pflegeberatung zu nutzen. Die Beratungsqualität wird dadurch weiter verbessert.

Art. 2 Nr. 7 – § 15 SGB XI: Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

Für pflegebedürftige Kinder unter 18 Monaten soll nach dem Gesetzentwurf der ermittelte Pflegegrad pauschal um eine Stufe erhöht werden. Die PKV begrüßt es, dass die speziellen Belange von Kindern im Rahmen der Leistungen der Pflegeversicherung besonders berücksichtigt werden. Allerdings sollte frühzeitig darauf hingewiesen werden, dass ab dem 18. Lebensmonat regelmäßig eine erneute Begutachtung erfolgt und die Beurteilung dann auf einer anderen Grundlage erfolgt. Auch ohne zwischenzeitliche Verbesserung des Gesundheitszustandes kann es dann zur Einstufung in einen niedrigeren Pflegegrad kommen. Dies stellt für die Pflegeversicherung eine kommunikative Herausforderung dar. Es wird empfohlen, diesem Thema bei der Einführung des neuen Begutachtungsinstrumentes besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

Art. 2 Nr. 7 - Anlage 1 zu § 15 SGB XI: Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

In der Erklärung zur Bewertung der Kriterien 4.8, 4.9 und 4.10 des Moduls 4 stimmen die Punkte nicht mit denen der Tabelle überein und sollten daher noch angepasst werden.

Art. 2 Nr. 10 c)bb) - § 18 Abs. 3b SGB XI: Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Nach § 140 Abs. 3 SGB XI wird bei Leistungsbeziehern, die von Pflegestufen in Pflegegrade übergeleitet worden sind, auch nach erneuter Begutachtung eine Rückstufung gesetzlich ausgeschlossen, es sei denn, die Pflegebedürftigkeit entfällt vollständig. Die PKV rechnet in diesem Zusammenhang für das Jahr 2017 mit einer möglicherweise beträchtlichen Zahl von zusätzlichen Anträgen auf Begutachtung. Diese zusätzlichen Aufträge könnten bei den medizinischen Diensten zu Verzögerungen führen. Der Gesetzentwurf trägt dem dadurch Rechnung, dass § 18 Abs. 3b Satz 1 bis 3 SGB XI im Jahr 2017 ausgesetzt wird. Aber auch bereits im zweiten Halbjahr 2016 könnten viele zusätzliche Anträge auf eine höhere Pflegestufe gestellt werden, um auf diese Weise die Ausgangsposition für die spätere Überleitung zu verbessern. Die Aussetzung der „Strafzahlungen“ sollte daher bereits ab dem 1. Juli 2016 erfolgen.

Vorschlag:

Der dem § 18 Abs. 3b Satz 4 SGB XI anzufügende Satz sollte wie folgt lauten (Änderungen kursiv und unterstrichen):

„Die Sätze 1 bis 3 finden vom 1. Juli 2016 bis 31. Dezember 2017 keine Anwendung.“

Art. 2 Nr. 11 – § 19 SGB XI: Definition Pflegeperson

Die gesetzliche Vermutung in § 19 Satz 3 SGB XI, wonach die Pflege eines Versicherten in Pflegegrad 1 weniger als 10 Stunden wöchentlich erfolgt, erscheint entbehrlich, da Leistungen nach § 44 SGB XI erst ab Pflegegrad 2 erbracht werden (vgl. § 166 SGB VI und § 26 Abs. 2b SGB III). Es sollte eine Klarstellung vorgenommen werden.

Art. 2 Nr. 14 – § 28a SGB XI: Leistungen bei Pflegegrad 1

Nach der Gesetzesbegründung ist das Ziel des § 28a SGB XI, den Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 einen Überblick über die ihnen zustehenden Ansprüche zu geben, damit sie diese leichter finden und realisieren können. Die Aufzählung ist jedoch nicht vollständig.

Vorschlag:

Die Vorschrift sollte wie folgt ergänzt werden (Ergänzung kursiv und unterstrichen):

In Abs. 1 sollte als Nr. 8 „Anschubfinanzierung von ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45e“ aufgenommen werden.

Art. 2 Nr. 27 – § 44 SGB XI: Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Die Regelung erscheint sinnvoll; die Mitteilung von Änderungen an die Beihilfestellen entspricht allerdings bereits jetzt der gängigen Praxis in der PKV. Jedoch ist sie dabei auf die Information durch den Versicherten angewiesen, der dazu entsprechend befragt wird. Darüber hinausgehende Erkenntnisquellen stehen der PKV nicht zur Verfügung.

Aufgrund des Datenschutzes und wegen § 203 Absatz 1 Nr. 6 StGB sollte bei dieser Gelegenheit klargestellt werden, dass im Falle der Abgabe des Sachverhalts an die Deutsche Rentenversicherung eine Übermittlung der notwendigen Daten des Versicherten und der Pflegeperson zulässig ist. Hierzu fehlt bislang eine ausdrückliche Regelung. Der Fall tritt ein, wenn der Versicherte mit den Feststellungen der Pflegeversicherung zur Rentenversicherungspflicht nicht einverstanden ist. Nach der Rechtsprechung des BSG muss dann der Ren-

tenversicherungsträger entscheiden. Private Krankenversicherungsunternehmen können dabei auch nicht auf Regelungen des SGB X oder Formen der Amtshilfe durch Sozialversicherungsträger zurückgreifen.

Art. 2 Nr. 48 – § 126 Satz 2 SGB XI: Zulageberechtigte

Die vorgesehene Streichung würde bewirken, dass Versicherte, die bereits einmal Leistungen nach § 123 SGB XI erhalten haben, nun doch in die staatlich geförderte ergänzende Pflege-Zusatzversicherung aufgenommen werden müssen, wenn sie zum Zeitpunkt des Aufnahmeantrags nicht pflegebedürftig sind. Dies widerspräche der bisherigen Risikoverteilung und würde die Versichertengemeinschaft mit höheren Risiken belasten.

Vorschlag:

Es wird angeregt, § 126 Satz 2 SGB XI wie folgt zu fassen (Änderungen kursiv und unterstrichen):

„Davon ausgenommen sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Personen, die vor Abschluss der privaten Pflege-Zusatzversicherung bereits Leistungen nach § 123 *idF vom 31.12.2016* oder als Pflegebedürftige Leistungen nach dem Vierten Kapitel oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung beziehen oder bezogen haben.“

Art. 2 Nr. 50 - § 142 Abs. 2 SGB XI: Übergangsregelung im Begutachtungsverfahren

Das Aussetzen der fünfwöchigen Frist nach § 18 Abs. 3 Satz 2 für das Jahr 2017 wird begrüßt. Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. sollte jedoch in die Entwicklung der bundesweit einheitlichen Kriterien für das Vorliegen und die Feststellung besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs mit einbezogen werden. Außerdem sollte in Absatz 2 festgelegt werden, dass die Ausnahmeregelung der vorrangigen Begutachtung bei Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs nur vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 gilt.

Vorschlag:

§ 142 Abs. 2 Sätze 2 und 3 sollten daher wie folgt ergänzt werden (Ergänzung kursiv und unterstrichen):

„Abweichend davon ist denjenigen, die ab dem 1. Januar 2017 *bis zum 31. Dezember 2017* einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen und bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich

mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt gemeinsam mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.“

II. Zum Antrag der Fraktion Die Linke

Der Antrag der Fraktion Die Linke fordert die Einführung einer Solidarischen Pflegeversicherung durch die Zusammenführung von Sozialer Pflegeversicherung (SPV) und Privater Pflegepflichtversicherung (PPV) unter dem Dach der SPV.

Jeder Vorschlag zur Reform der Pflegeversicherung muss sich daran messen lassen, ob er den demografischen Herausforderungen für die Finanzierbarkeit der Pflege gerecht wird: Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird sich in den nächsten 45 Jahren annähernd verdoppeln. Galten 2013 noch rund 2,6 Millionen Menschen als pflegebedürftig, so werden es im Jahr 2060 voraussichtlich 4,7 Millionen sein.¹ Die Leistungen der Pflegeversicherung werden in der Regel im hohen Alter in Anspruch genommen. In einer alternden Gesellschaft ist ein Anstieg der Leistungsausgaben selbst dann unausweichlich, wenn das heutige Leistungsniveau eingefroren würde.

Wenn die demografiebedingt steigenden Leistungen der Pflegeversicherung im Umlageverfahren finanziert werden, wie es bei der SPV typisch ist, wird eine infolge der demografischen Entwicklung sinkende Zahl von Menschen im Erwerbstätigenalter – so verkleinert sich die Gruppe der 20- bis 64-Jährigen bis zum Jahr 2060 um mehr als 30 Prozent (49 auf 34 Millionen)² – die zunehmende Zahl von Älteren mitfinanzieren müssen.

Der programmierte Anstieg der Leistungsausgaben bei gleichzeitiger Erosion der Finanzierungsbasis des Umlageverfahrens kann nur durch steigende Beitragssätze kompensiert werden. Modellrechnungen zeigen, dass der zur Finanzierung notwendige Beitragssatz zur SPV im Jahr 2060 je nach Szenario 4,74 bis 7,66 Prozent betragen kann.³ Das Instrument der Beitragssatzanhebung wird an Grenzen stoßen, da es die jüngere Generation überfordert und den Wirtschaftsstandort Deutschland mit Lohnzusatzkosten belastet.

Vor diesem demografischen Hintergrund ist mehr kapitalgedeckte Demografievorsorge in der Pflegeversicherung notwendig, denn die Pflegeausgaben sind stark altersabhängig. Aus diesem Grund bauen Privatversicherte schon in jungen Jahren kapitalgedeckte Rücklagen auf und treffen damit Vorsorge für den im Alter steigenden Bedarf an Pflegeleistungen.

Die Antwort der Pflege-Bürgerversicherung auf die demografische Herausforderung besteht hingegen darin, alle Bürgerinnen und Bürger ausgerechnet in das Umlageverfahren zu zwingen – d. h. sie versucht ein Problem dadurch zu lösen, dass sie die Quelle des Problems

¹ Demografie-Portal des Bundes und der Länder, Anzahl der Pflegebedürftigen steigt vor allem bei Hochbetagten, 2015.

² Statistisches Bundesamt, Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, S. 20.

³ David Bowles, Wolfgang Greiner, *Kollektiv-ergänzende Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung – Wirkungen des Pflegevorsorgefonds auf die Beitragssatzentwicklung*, ZSR 61 (2015), Heft 2, S. 210.

vergrößert. Als Begründung wird seitens der Antragsteller eine vorgeblich bessere Risikostruktur der Privatversicherten angeführt. Diese Argumentation lässt außer Acht, dass das Risiko, zum Pflegefall zu werden, stark altersabhängig ist und ab dem 80. Lebensjahr sprunghaft ansteigt. Privatversicherte werden im Durchschnitt älter als SPV-Versicherte. Daher haben sie ein höheres Lebenszeitrisko, zum Pflegefall zu werden.

Im Übrigen gleichen sich die zum Startzeitpunkt der Pflegeversicherung unterschiedlichen Risikostrukturen schnell an, was sich an den Zahlen der Pflegebedürftigen in der PPV ablesen lässt. Allein von 1998 bis 2011 verzeichnete die PPV prozentual einen wesentlich stärkeren Anstieg der Pflegebedürftigenzahlen (+61,5 %) als die SPV (+36,1 %). Ursache ist, dass die vormals jüngere Versichertenstruktur der PPV in die Altersgruppen mit höherem Pflegerisiko hineinwächst. Daher kann eine Bürgerversicherung unter Einbeziehung von PPV-Versicherten an der Prognose steigender Beitragssätze kaum etwas ändern.

Falsch ist auch die Annahme, dass privat versicherte Pflegebedürftige weniger Kosten als Versicherte der SPV verursachen: Die durchschnittlichen Ausgaben je Leistungsfall lagen im Jahr 2014 in der SPV bei monatlich 785 Euro und pro PPV-Versicherten lagen sie bei 888 Euro. Die Zahlen resultieren aus der Berücksichtigung der Beihilfe: Tatsächlich erhalten etwa die Hälfte der Privatversicherten im Pflegefall Beihilfe und sind in der PPV in der Regel lediglich für 30 Prozent der Kosten versichert.

Die Fraktion Die Linke weist in ihrem Antrag auf die zum Teil beträchtlichen Selbstbehalte in der Pflege hin, die nicht nur im Pflegeheim, sondern auch bei der häuslichen Pflege zu tragen sind, weil es sich bei der gesetzlichen Pflegeversicherung um eine Teilkostenversicherung handelt. Daraus allerdings den Schluss zu ziehen, die Pflegeversicherung könne auf Vollkostendeckung umgestellt werden, geht an der Wirklichkeit vorbei. Stattdessen liegt die Notwendigkeit auf der Hand, für den Pflegefall zusätzlich privat vorsorgen zu müssen. Dabei ist es auch die Verantwortung des Staates, die Bürger rechtzeitig auf Schwierigkeiten hinzuweisen, die sich bei der Finanzierung einer den Wünschen und Bedürfnissen entsprechenden Pflege künftig ergeben könnten. Der Gesetzgeber hat im Jahr 2012 auf diese Sicherungslücke reagiert und die geförderte ergänzende Pflegeversicherung (GEPV) eingeführt. Die Zulagenförderung ist dabei nicht bloß ein finanzieller Anreiz, sondern auch eine wichtige Botschaft an die Bürger, rechtzeitig ergänzend vorzusorgen.

Mit der Einführung einer Solidarischen Pflegeversicherung würden darüber hinaus die Vorteile des Systemwettbewerbs verloren gehen. Das Nebeneinander einer sozialstaatlichen und einer privatwirtschaftlichen Pflegeversicherungssäule hat der Pflege in Deutschland gut getan, denn der Wettbewerb der Systeme produziert neue Ideen und Lösungen für eine bessere Pflegeversorgung aller Bürger. Vor allem im Bereich der Pflegequalität hat die PKV neue Vorbilder geschaffen. Das Spektrum reicht von der Privaten Pflegeberatung COMPASS über Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen und bei Pflegediensten durch den Prüfdienst der PKV bis hin zur wissenschaftlichen Verbesserung der Versorgungspraxis durch die von der PKV gegründete unabhängige Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege“ (ZQP).