

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0049(5)
gel. VB zur öAnhörung am 24.09.
14_Pflegestärkungsgesetz
17.09.2014



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Stellungnahme

zum

Gesetzentwurf des
**Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds
(Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz – 5. SGB XI-ÄndG)**
BT-Drs. 18/1798

Antrag der Fraktion DIE LINKE
**Menschenrecht auf gute Pflege verwirklichen – Soziale Pflegeversicherung solidarisch
weiterentwickeln**
BT-Drs. 18/1953

anlässlich der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 24. September 2014 in Berlin

- Die PKV begrüßt, dass die Versicherten die Leistungen der Pflegeversicherung künftig noch flexibler und damit bedarfsgerechter einsetzen können. Kritisch wird die auch damit wieder verbundene weitere Verkomplizierung des Leistungsrechts gesehen. Auch wenn die PKV sich mit COMPASS auf eine sehr leistungsfähige Struktur zur Pflegeberatung stützen kann, hält sie es für geboten, das Leistungsrecht der Pflegeversicherung zu vereinfachen und damit verbraucherfreundlicher zu machen.
- Die Weiterentwicklung des Systems der Pflege-Noten zu einer wirklichen Orientierungshilfe für die Betroffenen sollte durch konkrete gesetzliche Rahmenregelungen gefördert werden.
- Die vorgesehene Dynamisierung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung ist zum Werterhalt notwendig. Die demographisch bedingten Finanzierungsprobleme der sozialen Pflegeversicherung werden dadurch aber weiter verschärft.
- Durch den Pflegevorsorgefonds werden diese Finanzierungsprobleme nicht gelöst. Schwachpunkte sind dabei der zu geringe Umfang und die fehlende Zugriffssicherheit.

Gliederung

A. Zusammenfassung und hervorzuhebende Aspekte

- I. Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
- II. Dynamisierung der Leistungen
- III. Verhinderungspflege/Kurzzeitpflege
- IV. Betreuungs- und Entlastungsleistungen
- V. Qualitätsprüfungen - Transparenznoten
- VI. Pflegevorsorgefonds
- VII. Gleichberechtigte Beteiligung der PKV bei der Ausgestaltung des für die Durchführung der Pflegeversicherung erforderlichen Rechtsrahmens inklusive entsprechender Informationsrechte

B. Antrag der Fraktion DIE LINKE / Menschenrecht auf gute Pflege verwirklichen – Soziale Pflegeversicherung solidarisch weiterentwickeln, BT-Drs. 18/1953

A. Zusammenfassung und hervorzuhebende Aspekte

I. Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Die PKV begrüßt die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung mit dem Ziel, den Bedarfen und Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen noch besser gerecht zu werden. Ein Beispiel dafür ist die 50 %-Regelung in § 45 b Absatz 3 SGB XI (neu). Sorge bereitet jedoch die schon seit längerem zu beobachtende Entwicklung, dass das Leistungsrecht der Pflegeversicherung immer komplizierter wird und immer schwerer zu verstehen ist und dies selbst vielen Fachleuten Schwierigkeiten bereitet. Der Gesetzgeber scheint hier in dem Dilemma zwischen einem möglichst hohen Grad an Einzelfallgerechtigkeit und guter Verständlichkeit zu sein. Dieser Eindruck ist auch bei den jüngsten Beratungen des Expertenbeirats für die Umsetzung des neuen Pflegebegriffs entstanden. Die Bedeutung einer guten Pflegeberatung nimmt vor diesem Hintergrund immer mehr zu. Die PKV ist durch ihr Modell der zugehenden Pflegeberatung auf diese Entwicklung über das Gemeinschaftsunternehmen COMPASS Private Pflegberatung besonders gut vorbereitet. Die Statistiken zeigen, dass Fragen des Leistungsrechts tatsächlich einen sehr großen und wichtigen Anteil in der Beratung haben. Der Wunsch nach noch besser verständlichen und übersichtlichen Regelungen verliert dadurch aber nicht seine Berechtigung.

II. Dynamisierung der Leistungen

Eine regelmäßige Dynamisierung der Leistungen ist notwendig, um den seit der letzten Leistungserhöhung im Jahr 2012 inflationsbedingt eingetretenen Wertverlust der Pflegeversicherung auszugleichen. Allerdings ist es so, dass durch die Leistungserhöhungen die demografisch bedingten Finanzierungsprobleme verschärft werden. Durch jede Leistungsausweitung

erhöht sich die implizite Verschuldung kommender Generationen, die die entsprechenden Zusagen einlösen müssen.

Die ebenfalls vorgesehene Beitragssatzerhöhung zeigt, dass der Inflationsausgleich – zusammen mit neuen zusätzlichen Leistungen – schon jetzt nicht mehr aus dem Beitragsaufkommen finanziert werden kann, obwohl die Beitragseinnahmen durch die auch 2015 erfolgende Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und die damit verbundene Anhebung des Höchstbeitrages laufend steigen. Die PKV tritt demgegenüber für eine nachhaltige und generationengerechte Finanzierung im Kapitaldeckungsverfahren ein.

III. Verhinderungspflege/Kurzzeitpflege (§§ 39 und 42 SGB XI)

Die weitere Flexibilisierung der Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege wird sich positiv auf die ambulante Pflege auswirken. Es ergeben sich jedoch Unstimmigkeiten: unterschiedliche Anspruchshöchstdauern für Kurzzeitpflege (28 Tage), Verhinderungspflege (42 Tage) sowie Kurzzeitpflege, die über die Verhinderungspflege finanziert wird (56 Tage). Es erfolgt auch keine Anpassung des Anspruchs auf hälftiges Pflegegeld an die neuen Anspruchshöchstdauern. Hälftiges Pflegegeld soll weiterhin für jeweils 28 Tage während der Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege gezahlt werden.

Zur Vereinfachung schlagen wir vor: Es wird ein Gesamtanspruch Verhinderungspflege/Kurzzeitpflege in Höhe von 3.224,00 Euro je Kalenderjahr ohne Anspruchshöchstdauer als eine Leistungsart eingeführt. Über diesen Anspruch können Leistungen der Verhinderungspflege- und Kurzzeitpflege finanziert werden. Zu welchem Anteil jeweils Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden, bleibt den Versicherten überlassen. Die Zahlung von Ersatzpflegegeld bei nicht erwerbsmäßiger Verhinderungspflege durch nahe Angehörige oder durch Personen, die mit dem Anspruchsberechtigten in häuslicher Gemeinschaft leben, wird beibehalten. Die Zahlung von Ersatzpflegegeld wird auf den Gesamtanspruch angerechnet. Die Regelung, dass hälftiges Pflegegeld für jeweils 28 Tage während der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege zu zahlen ist, wird aufgehoben. Stattdessen wird ein ungekürztes Pflegegeld für 28 Tage, an denen der Gesamtanspruch der Verhinderungspflege/Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wird, gezahlt. Ziel ist die weitere Flexibilisierung der Leistungen und eine vereinfachte Handhabung.

IV. Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Die verbesserten Regelungen zur Inanspruchnahme von Betreuungs- und Entlastungsleistungen (Art. 1 Nr. 17 e) durch die vorgesehene 50 %-Regelung und die Einbeziehung der hauswirtschaftlichen Versorgung durch Pflegedienste in die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen (Art. 1 Nr. 17 b ee) aaa)), schaffen neue vielfältige Kombinationsmöglichkeiten.

Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote und Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung durch den Pflegedienst sollen zukünftig jeweils über mehrere Ansprüche

(§ 36/§ 123 und § 45b SGB XI) finanziert werden. Von einem wie in der Gesetzesbegründung bereits beschriebenen Informations- und Beratungsbedarf ist daher auch hier auszugehen. Vor diesem Hintergrund ist die vorgesehene Evaluation der Leistungsverbesserungen – insbesondere dieser Neuregelungen – spätestens im Jahr 2020 ausdrücklich zu befürworten. Begrüßenswert ist die Vereinfachung der Regelung bei teilstationärer Pflege (Art. 1 Nr. 11 b), c)).

V. Qualitätsprüfungen – Transparenznoten

Entsprechend dem Koalitionsvertrag sollen die Pflege-Transparenzvereinbarungen mit dem Ziel weiterentwickelt werden, die Qualitätsunterschiede der Pflegeeinrichtungen für die Verbraucher deutlicher zu machen. Dies soll mit einer Reduzierung der Blockademöglichkeiten und einer Straffung der Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltungspartner erfolgen.

Von der vorgesehenen Berücksichtigung der Prüfergebnisse von Personen, die im Rahmen von Anlassprüfungen zusätzlich in die Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff. SGB XI einbezogen wurden, erwarten wir insofern bereits positive Effekte. Auch bei der Weiterverfolgung dieses Ziels sollte der Gesetzgeber in stärkerem Maße als bisher auf gesetzliche Rahmenregelungen setzen, um die Partner der Selbstverwaltung nicht zu überfordern. Die PKV schließt sich insoweit dem Vorschlag des Bundesrates (Nr. 16 - Drucksache 18/1798) an.

VI. Pflegevorsorgefonds

Mit den vorgesehenen Regelungen zum Aufbau eines Vorsorgefonds in der sozialen Pflegeversicherung wird der Bedarf an kapitalgedeckter Vorsorge beziehungsweise das bestehende Defizit an Generationengerechtigkeit in der umlagefinanzierten Pflegeversicherung anerkannt. Zu kritisieren ist der unzureichende Umfang der anzusparenden Mittel: Dem Gesetzentwurf zufolge würde die Gesetzliche Pflegeversicherung mit 70 Mio. Versicherten pro Jahr ca. 1,2 Mrd. Euro für die zukünftigen demografiebedingten Mehrausgaben zurückstellen. Zum Vergleich: die Private Pflegepflichtversicherung (PPV) mit ihren 9 Mio. Versicherten führt derzeit jährlich 1,5 Mrd. Euro ihrer Alterungsrückstellung zu. Dabei handelt es sich nicht etwa um Überschüsse aus ersparten Leistungen, sondern um planmäßige Erträge, für die Teile des Beitrags – wie beim geplanten Vorsorgefonds – reserviert werden.

Mangels Eigentumsschutz wird sich der Fonds leider als genauso wenig zugriffssicher wie z.B. der Gesundheitsfonds oder die Schwankungsreserve in der gesetzlichen Rentenversicherung erweisen. Die PKV plädiert dafür, Kapitaldeckung ausschließlich in privater Hand zu organisieren.

VII. Gleichberechtigte Beteiligung der PKV bei der Ausgestaltung des für die Durchführung der Pflegeversicherung erforderlichen Rechtsrahmens inklusive entsprechender Informationsrechte

Die PKV ist an der Entwicklung von Vereinbarungen, Empfehlungen und Richtlinien nach dem SGB XI nur unzureichend beteiligt, was eine Ungleichbehandlung und teilweise eine Schlechterstellung der privat Pflegeversicherten gegenüber den Versicherten der sozialen Pflegeversicherung darstellt. Gleiches gilt für den Einbezug in den Informationserhalt zu ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Die privaten Versicherungsunternehmen haben die gleichen Informationsbedürfnisse wie die Pflegekassen, daher muss die PPV überall dort gleichberechtigt beteiligt und einbezogen werden, wo die allgemeinen Grundlagen und Informationen zur Pflege, die für SPV und PPV gleichermaßen gelten, betroffen sind. Dies gilt für die:

- Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 Abs. 3 Satz 3 SGB XI
Zur Unterstützung und Beratung der Pflegebedürftigen bei der Ausübung ihres Wahlrechtes nach § 2 Abs. 2 SGB XI sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebotes benötigt auch die PPV sowie deren Pflegeberatung Informationen zu ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen (wie z.B. Adresse, Telefonnummer, Versorgungsvertrag, Vergütung). Ein entsprechender Beratungsauftrag der PKV ergibt sich u.a. aus § 7b Absatz 4 SGB XI. Darüber hinaus sind diesbezügliche Informationen auch für die Prüfung der Abrechnungen der Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Kostenerstattung (§§ 84 Abs. 3 und 89 Abs. 1 SGB XI) notwendig. Die privaten Versicherungsunternehmen haben daher die gleichen Informationsrechte wie die Pflegekassen.
- Empfehlungen, Vereinbarungen und Richtlinien
Wie z.B. 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; Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität gemäß § 113 Abs. 1 SGB XI.
- Expertenstandards nach § 113a SGB XI
An den Kosten der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards hat sich die PPV mit 10 % zu beteiligen. An der Entscheidung über die Aufträge zur Entwicklung oder Aktualisierung von Expertenstandards ist die PPV jedoch nicht beteiligt.
- Schiedsstelle Qualitätssicherung gemäß § 113b SGB XI
Der Schiedsstelle Qualitätssicherung kann zwar ein Vertreter des Verbandes der Privaten Krankenversicherung angehören. An der Bildung der Schiedsstelle ist die PPV jedoch nicht beteiligt.
- Informationen über die Regelungen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI
Zur Information der Versicherten muss auch dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. neben der Veröffentlichung der Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen, die er zu 10 % durch seinen Prüfdienst selbst durchführt, auch die Veröffentlichung der Versor-

gungsinformationen nach § 114 Abs. 1 SGB XI ermöglicht werden. Die bislang in § 114 Abs. 5a enthaltene Regelung zur Vereinbarung mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen ist hierfür nicht ausreichend.

Zur Sicherstellung einer gleichwertigen Informationsbasis auch für die Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung schlagen wir daher eine Änderung des § 115 Abs. 1b (Ergebnisse von Qualitätsprüfungen) vor, die den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. mit einbezieht.

- Ergebnisse der Qualitätsprüfungen nach § 115 SGB XI

Trotz der Berücksichtigung der Versicherten der PPV in den durchgeführten Begutachtungen im Rahmen der Qualitätsprüfungen 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. Dies wäre jedoch Voraussetzung dafür, um eine 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, vorzunehmen, wie dies bereits heute durch die Absätze 3 bis 6 bei Versicherten der sozialen Pflegeversicherung vorgesehen ist. Ergänzend bedarf es der Sicherstellung der datenschutzrechtlichen Befugnisse.

Wir schlagen eine Anpassung des § 115 Abs. 1 (Ergebnisse von Qualitätsprüfungen) vor, wonach 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 das Ergebnis einer jeden Qualitätsprüfung sowie die dabei gewonnenen Daten und Informationen den Landesverbänden der Pflegekassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., den zuständigen Trägern der Sozialhilfe, 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 den betroffenen Pflegeeinrichtung mitzuteilen haben.

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

B. Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE / Menschenrecht auf gute Pflege verwirklichen – Soziale Pflegeversicherung solidarisch weiterentwickeln (BT-Drs. 18/1953)

Eine Weiterentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung zur Vollversicherung wird abgelehnt. Eine volle Übernahme aller Kosten stößt bereits unter dem Gesichtspunkt auf Beden-

ken, dass sich die notwendigen Kosten der Pflege und Betreuung kaum objektiv bestimmen lassen,. Die über die Umlage nicht lösbare Herausforderung bestünde jedenfalls darin, den Leistungsrahmen um 60, 80 oder 100 % auszudehnen. Es ist nicht ansatzweise erkennbar, wie dies angesichts der demografischen Entwicklung sozialverträglich finanziert werden könnte. Eine Bürgerpflegeversicherung wäre jedenfalls nicht die Lösung, was bei einem Versichertenanteil der PPV von 12 %, wovon rd. die Hälfte auf Versicherte mit Beihilfeberechtigung entfällt, auf der Hand liegen dürfte. Da finanziell Bedürftige Hilfe zur Pflege aus der Sozialhilfe erhalten, hätten sie von einer Vollkostendeckung auch keinen wesentlichen Vorteil. Dagegen würden auf diese Weise in erheblichem Maße Einkommen und Vermögen von Bevölkerungsschichten geschont, die zur Eigenvorsorge – durch eigenes Vermögen oder Versicherungsansprüche – durchaus in der Lage und bereit sind. Auch wäre mit einer Vollkostendeckung vermutlich ein starker Preisanstieg bei den Leistungen verbunden. Schon bei Einführung der Pflegeversicherung war im Übrigen die Gefahr gesehen worden, dass die Vollkostendeckung einen starken Anreiz für eine Ausdehnung der institutionellen Pflege setzen würde („Heimsog-Effekt“).