



Verband der Privaten  
Krankenversicherung

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
18(14)0204(47)  
gel. VB zur öANhörung am 17.10.  
2016\_PSGIII  
14.10.2016

## Stellungnahme

Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)**

BT-Drucksache 18/9518

Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und SPD

**Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)**

Ausschussdrucksache 18(14)0206.1

Antrag der Fraktion DIE LINKE

**Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten**

BT-Drucksache 18/8725

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen**

BT-Drucksache 18/9668

anlässlich der öffentlichen Anhörung  
am 17. Oktober 2016 in Berlin

**14. Oktober 2016**

## **Inhaltsübersicht**

### **I. Allgemeine Anmerkungen**

### **II. Zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfs**

Art. 1 Nr. 4c) - § 8a Abs. 2 bis 5 SGB XI: Gemeinsame Empfehlungen der pflegerischen Versorgung

Art. 1, Nr. 10 b) – § 37 Abs. 8 SGB XI: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

Art. 1 Nr. 20 b) - § 113b Abs. 4 SGB XI: Qualitätsausschuss

Art. 1 Nr. 25 b) - § 141 Abs. 3 SGB XI: Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung der Pflegeperson

Art. 1 Nr. 26 - § 144 Abs. 3 SGB XI: Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung

Art. 1 Nr. 29 - § 145 SGB XI: Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Menschen in häuslicher Pflege

Art. 2 Nr. 5 - § 62a SGB XII: Bindungswirkung

### **III. Zu ausgewählten Änderungsanträgen**

**IV. Antrag der Fraktion DIE LINKE - Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten**

**V. Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Pflege vor Ort gestalten - Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen**

## I. Allgemeine Anmerkungen

Die PKV begrüßt im Grundsatz die Umsetzung der Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Pflege vor Ort durch das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III).

Zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung vor Ort werden Steuerungsmöglichkeiten der Angebotsstruktur vor Ort sowie effiziente Kooperations- und Koordinationsstrukturen inklusive einer besseren Verzahnung der kommunalen Beratung geschaffen. Dies entspricht der Rolle der Kommunen im Rahmen der Daseinsvorsorge und als Sozialleistungsträger mit Beratungsangeboten und Beratungsaufgaben. Das beabsichtigte stärkere Engagement der kommunalen Ebene ist zu begrüßen. Es muss jedoch sichergestellt werden, dass bestehende Strukturen – hier insbesondere der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI – nicht gefährdet oder gar zerschlagen werden. Statt der sich hier andeutenden Verdrängung sollte der Schwerpunkt auf eine stärkere Kooperation und Vernetzung der verschiedenen Akteure im Rahmen ihrer jeweils unterschiedlichen Zuständigkeiten gelegt werden. Auf die bereits heute im Rahmen der Pflegeberatung der Privaten Pflegepflichtversicherung durch die compass private pflegeberatung stattfindende erfolgreiche Vernetzung vor Ort sei hingewiesen. Solche Ansätze gilt es weiter auszubauen.

Mit der Ergänzung der Kontrollmöglichkeiten der Pflegeeinrichtungen, die aufgrund aktueller Erkenntnisse zum Pflegebetrug notwendig geworden sind, kann dazu beitragen werden, Pflegebetrug zu verhindern und damit Pflegebedürftige, ihre Angehörigen, aber auch die Versichertengemeinschaft davor zu schützen. Die Regelungen zur Verhinderung von Abrechnungsbetrug in der Pflege durch unterschiedliche Prüfrechte sind daher zu befürworten. Dies insbesondere in Verbindung mit der bereits erfolgten Erweiterung der Qualitätsprüfungen des PKV-Prüfdienstes und des MDK um die Prüfung der Abrechnungen der erbrachten Leistungen (§ 114 Abs. 2 SGB XI). Im Rahmen der Qualitätsprüfungen können dadurch bei ambulanten Pflegediensten Hinweise und Erkenntnisse für ggf. erforderliche weitere Maßnahmen gewonnen werden. Dadurch können die Schutzinteressen der Pflegebedürftigen unterstützt werden.

Durch die Erweiterung der Inhalte der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI, die zukünftig neben den Verfahrens- und Prüfungsgrundsätzen für Wirtschaftlichkeitsprüfungen auch Grundsätze zu Abrechnungsprüfungen enthalten werden, können unmittelbar für alle Pflegeeinrichtungen verbindliche Regelungen in den Bundesländern vereinbart werden.

Die Konkretisierung des bereits bestehenden Auftrages zur Entwicklung eines Konzeptes für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen (§ 113b Abs. 4. Nr. 6 SGB XI) trägt zur Klarheit bei. Angesichts der Erweiterung des Auftrages erscheint die Frist bis zur Fertigstellung am 31. März 2018 jedoch als zu knapp bemessen.

Unter dem Gesichtspunkt des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen sollten die Regelungen zur nachträglichen Kostenerstattung für Leistungen nach § 45b SGB XI (Ergänzung zu § 144 Absatz 3 SGB XI) noch einmal überprüft werden. Durch diese Regelungen erfolgt eine einmalige Verlängerung der Übertragbarkeit der Mittel. Diese einmalige und vorübergehende Veränderung

ist weder den Nutzerinnen und Nutzern nachvollziehbar zu vermitteln, noch ist sie mit einem angemessenen Aufwand umsetzbar.

Die mit den Änderungsanträgen 2 und 18 vorgesehene Ausweitung des Nutzerkreises der Informationen der Leistungs- und Preisvergleichslisten nach § 7 Abs. 3 SGB XI sowie der Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI zu Grunde liegen, wird zu einer weiteren Verbesserung der Transparenz der Leistungen der Pflegeeinrichtungen beitragen. Unter Verbraucherschutzgesichtspunkten ist das zu begrüßen.

Mit Änderungsantrag 17 werden die Mitwirkungspflichten der Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Qualitätsprüfungen konkretisiert. Anlass hierfür sind bekannt gewordene standardisierte Widersprüche von Pflegebedürftigen, um eine Qualitätsprüfung zu verhindern. Die PKV missbilligt die beschriebenen Praktiken und befürwortet die Neuregelung.

## II. Zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfs

### **Art. 1 Nr. 4 c) – § 8a Abs. 2 bis 5 SGB XI: Gemeinsame Empfehlungen der pflegerischen Versorgung**

Eine Stärkung der Rolle der Kommunen soll u.a. im Bereich der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung erfolgen. Die Länder erhalten daher die Möglichkeit, regionale Pflegeausschüsse und sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse einzurichten. Dabei sollte der PKV die Möglichkeit eingeräumt werden, sich auch auf Landesebene in den verschiedenen Gremien, wie bisher bereits in den Landespflegeausschüssen nach Absatz 1, einbringen zu können.

#### **Vorschlag:**

§ 8a Abs. 4 SGB XI sollte um einen Satz 4 ergänzt werden (Änderungen kursiv und unterstrichen): "Vertreter des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. können den Ausschüssen nach den Absätzen 1 bis 3 angehören."

### **Art. 1 Nr. 10 b) – § 37 Abs. 8 SGB XI: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen**

Nach § 37 Abs. 8 SGB XI (neue Fassung) können neben Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern nach § 7a SGB XI auch anerkannte Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegfachliche Kompetenz aufweisen, Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführen. Gem. § 37 Abs. 8 Satz 2 SGB XI sind diese Beratungsbesuche jedoch nicht zu vergüten. Dies wird damit begründet, dass die Finanzierung der Tätigkeit der Pflegeberater nach § 7a SGB XI über den Verwaltungshaushalt der Pflegekassen erfolgt. Hinsichtlich der anerkannten Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften sei die gesonderte Vergütung nach § 37 Abs. 3 SGB XI nicht erforderlich, weil diese Beratungspersonen aufgrund der Finanzierungssystematik der Pflegestützpunkte durch die jeweils entsendende Stelle finanziert werden.

Aus dieser Gesetzesbegründung wird ersichtlich, dass sich der Ausschluss der Vergütung gem. § 37 Abs. 3 SGB XI nur auf die Pflegeberater der Pflegekassen nach § 7a SGB XI und solche der kommunalen Gebietskörperschaften bezieht. Führen z.B. Pflegeberater der compass private Pflegeberatung die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI durch, soll ihre Vergütung nach § 37 Abs. 3 SGB XI nicht durch § 37 Abs. 8 SGB XI ausgeschlossen sein. Dies ist auch folgerichtig, weil die Tätigkeit der Pflegeberater von compass nicht so finanziert wird, wie die der Pflegeberater der Pflegekassen. Vielmehr stellt compass die Einsätze wie ein Pflegedienst in Rechnung. Die Rechnungen werden anteilig vom Versicherer und der Beihilfe erstattet. Die anteilige Erstattung durch die Beihilfe betrifft 75 Prozent der Beratungsfälle und der Beihilfesatz liegt in der Regel bei 70 Prozent.

Der wichtige Finanzierungsanteil der Beihilfe darf durch die Neuregelung nicht gefährdet werden. Trotz des erkennbaren Willens des Gesetzgebers könnte der Wortlaut des § 37 Abs. 8 SGB XI jedoch ausgelegt werden, dass die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI, die von compass-Pflegeberatern durchgeführt werden, ebenfalls nicht mehr zu vergüten sind. Um der

besonderen Situation in der privaten Pflegeversicherung Rechnung zu tragen, schlagen wir daher die nachfolgende Klarstellung vor. Der Vorschlag würde gegenstandslos, wenn sich der Gesetzgeber entschlösse, dem Vorschlag des Bundesrates zu folgen, die Regelung aus dem Gesetzentwurf nicht zu übernehmen.

**Vorschlag:**

Folgende Ergänzung des § 37 Abs. 8 Satz 2 SGB XI schlagen wir vor (Änderungen kursiv und unterstrichen):

„In diesen Fällen erfolgt keine Vergütung der Beratungsbesuche; dies gilt nicht, sofern der Beratungsbesuch außerhalb des Anwendungsbereichs des § 123 Abs. 6 Satz 3 von einem Pflegeberater oder einer Pflegeberaterin nach § 7a Abs. 5 Satz 3 durchgeführt wird.“

**Art. 1 Nr. 20 b) - § 113b Abs. 4 SGB XI: Qualitätsausschuss**

Die vorgesehene Konkretisierung des bereits bestehenden gesetzlichen Auftrags nach § 113c Abs. 4 Nr. 6 SGB XI zur Entwicklung eines Konzeptes für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen befürworten wir. Neben einem Konzept zur Qualitätssicherung sollen nun auch Instrumente für die interne und externe Qualitätssicherung sowie für eine angemessene Qualitätsberichterstattung entwickelt und deren Eignung erprobt werden.

Das hierfür vorgesehene Zeitfenster bis zum 31. März 2018 halten wir – insbesondere auch vor dem Hintergrund der bestehenden weiteren Aufträge und der geltenden Fristen für europaweite Ausschreibungen – nicht für ausreichend.

**Art. 1 Nr. 25 b) – § 141 Abs. 3 SGB XI: Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung der Pflegeperson**

Die neue vorgeschlagene Regelung zum Besitzstandsschutz bei Kurzzeitpflege in Form der Fortgeltung des am 31. Dezember 2016 vereinbarten Pflegesatzes ist notwendig und nachvollziehbar.

Die weitergehenden Regelungen in Satz 2 würden jedoch zu einer Besserstellung der Pflegebedürftigen, die Kurzzeitpflege am 31. Dezember 2016 in Anspruch genommen haben, führen. Zudem würden Pflegebedürftige benachteiligt, die gemäß dem Grundsatz ambulant vor stationär, ggf. für nur kurze Zeit die Pflege in der Häuslichkeit sicherstellen möchten, und dann doch erneut die Leistungen der vollstationären Pflege in Anspruch nehmen müssen. Daher wird die Streichung von Satz 2 vorgeschlagen.

**Art. 1 Nr. 26 – § 144 Abs. 3 SGB XI: Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung**

§ 144 Abs. 3 SGB XI bestimmt, für welchen Zeitraum noch nicht genutzte Beträge aus § 45b SGB XI in das Jahr 2017 übertragen und für die Leistungen nach dem neuen § 45b SGB XI genutzt werden können und für welchen Zeitraum vor dem 1. Januar 2017 eine nachträgliche Kostenerstattung für § 45b SGB XI-Leistungen möglich ist.

Die Einführung der Regelung wird damit begründet, dass in den einzelnen Bundesländern die Voraussetzungen, z.B. durch Erlass einer Verordnung, zu spät geschaffen wurden, damit Entlastungsangebote anerkannt werden können. Somit war es den Pflegebedürftigen nicht möglich, ab dem Inkrafttreten der Änderung im SGB XI diese Angebote in Anspruch zu nehmen. Die nachträgliche Reaktivierung bereits verfallener Beträge für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsangebote soll nun als Kompensation für die betroffenen Versicherten dienen.

Die Regelung geht aber weit über dieses Ziel hinaus, weil mit den verfallenen Beträgen zum einen im Jahr 2017 in Anspruch genommene Angebote zur Unterstützung im Alltag finanziert werden können und zum anderen alte Rechnungen aus den Jahren 2015 und 2016 über zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen erstattet werden können. Dies ist nicht nachvollziehbar, weil eine Inanspruchnahme von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Jahr 2017, die Betreuungs- und Entlastungsangebote umfassen, nichts mit dem fehlenden Angebot an Entlastungsangeboten in den Jahren 2015 und 2016 zu tun hat.

Das trifft genauso auf die Betreuungsangebote zu, die in den Jahren 2015 und 2016 in Anspruch genommen wurden. In diesen Jahren 2015 und 2016 bestand für die Versicherten nicht oder nicht in ausreichendem Maße die Möglichkeit, niedrighschwellige Entlastungsangebote in Anspruch zu nehmen. Dieser Mangel wird jedoch nicht durch die vorgeschlagene Regelung behoben. Es ist auch fernliegend anzunehmen, dass die Versicherten, die in den Jahren 2015 und 2016 einen Bedarf an niedrighschwelligen Entlastungsangeboten, d.h. an Unterstützung im Haushalt, hatten, statt dessen verstärkt niedrighschwellige Betreuungsangebote, Betreuungsangebote eines Pflegedienstes, Leistungen im Zusammenhang mit Kurzzeit- oder teilstationärer Pflege in Anspruch genommen hätten. Vielmehr mussten sie ihren Bedarf anderweitig sicherstellen. Dies konnten sie, indem sie hauswirtschaftliche Leistungen von Pflegediensten in Anspruch nahmen, die über § 45b Abs. 1 Satz 6 Nr. 3 SGB XI erstattungsfähig waren. Sie hatten somit die Möglichkeit, die Mittel aus § 45b SGB XI zu nutzen. Haben sie sie dennoch verfallen lassen, so war das unzureichende Angebot an niedrighschwelligen Entlastungsangeboten nach § 45b Abs. 1 Satz 6 Nr. 4 SGB XI kein ausreichender Grund dafür.

Unabhängig davon dürften den Versicherten die erforderlichen Belege aus den Jahren 2015 und 2016 in den meisten Fällen nicht mehr vorliegen. Denn sie mussten davon ausgehen, dass die Rechnungsbeträge aufgrund des Verfalls der Mittel nicht erstattet werden würden, so dass sie keinen Grund hatten, die Rechnungen aufzubewahren.

Insgesamt rechtfertigt die Begründung und das verfolgte Ziel den damit verbundenen sehr hohen Verwaltungsaufwand nicht, weil sich der Nutzen insgesamt als eher gering darstellt. Auch das stellt in Frage, ob diese Regelung sinnvoll ist. Daher sollte die Regelung nicht aufgenommen werden.

Sollte dem Vorschlag nicht gefolgt werden, sollte die Regelung jedenfalls wie folgt eingeschränkt werden: Die Sätze 2, 3 und 4 des Absatzes 3 sollten gestrichen werden, so dass nur noch Satz 1 bestehen bleibt, der die Möglichkeit der Übertragung verfallener Mittel aus den Jahren 2015 und 2016 in das Jahr 2017 (bis zum 31.12.2017) vorsieht. Wie aus der obigen Begründung hervorgeht, führt die nachträgliche Kostenerstattung zu weit, weil dadurch gerade die Pflegebedürftigen, die nicht die Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen wollten, einen Vorteil erlangen. Denn nur sie können Rechnungen über Betreuungsleistungen oder Aufwendungen im Zusammenhang mit Kurzzeitpflege oder teilstationärer Pflege vorlegen. Dies ist denjenigen Pflegebedürftigen, die niedrighschwellige Entlastungsangebote nach § 45b Abs. 1 Satz 6 Nr. 4 SGB XI in den Jahren 2015 und 2016 in Anspruch nehmen wollten, gerade nicht möglich. Da die Angebote zu der Zeit noch nicht bzw. kaum zur Verfügung standen, haben diese Versicherten auch keine Rechnungen über diese Leistungen. Sie werden in den meisten Fällen nicht stattdessen niedrighschwellige Betreuungsangebote in Anspruch genommen haben, weil diese den speziellen Bedarf nicht decken können. Somit würde die nachträgliche Kostenerstattung ihren eigentlichen Zweck verfehlen. Wird Satz 1 alleine beibehalten, steht den Versicherten für das gesamte Jahr 2017 ein zusätzlicher Betrag zur Verfügung, um niedrighschwellige Entlastungsangebote in Anspruch zu nehmen.

#### **Art. 1 Nr. 29 – § 145 SGB XI: Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Menschen in häuslicher Pflege**

Die Besitzstandsschutzregelung ab dem Jahr 2020 erscheint äußerst komplex. Personen, die einen Anspruch auf Leistungen nach § 43a (n.F.) auslösen würden und am 1. Januar 2017 einen Anspruch auf häusliche Pflegeleistungen hatten, erhalten dann auch in den Räumlichkeiten nach § 43a (n.F.) nicht dessen Leistungen, sondern weiterhin die Leistungen bei häuslicher Pflege. In dieser Konstellation ist unklar, welcher Leistungsbetrag anzuwenden ist. Eine Anwendung des maximalen Leistungsbetrages nach § 36 erscheint im Vergleich zu den 266 EUR unverhältnismäßig hoch. Weiterhin ist unklar, was in der Fallkonstellation passiert, dass der Betroffene nur sehr geringe oder gar keine häusliche Pflegehilfe in Anspruch genommen hat. Eine klarere Fassung der Regelung wäre daher zu begrüßen.

#### **Art. 2 Nr. 5 - § 62a SGB XII: Bindungswirkung**

Die Träger der Sozialhilfe haben die Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit ihrer eigenen Entscheidung zugrunde zu legen. Dies muss auch für die Feststellungen der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, gelten. Aufgrund der Verpflichtung der Versicherungsunternehmen in § 23 Abs. 6 SGB XI, für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie für die Zuordnung zu einem Pflege-



grad dieselben Maßstäbe wie in der sozialen Pflegeversicherung anzulegen, muss auch die Leistungszusage des Versicherungsunternehmens eine entsprechende Bindungswirkung zur Folge haben.

Dadurch wird vermieden, dass die Sozialhilfeträger eigene Gutachten einholen müssen und möglicherweise Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung für einen anderen Pflegegrad erbracht werden als die Leistungen der Sozialhilfe. Dies dient der Entbürokratisierung und der einheitlichen Rechtsanwendung.

**Vorschlag:**

Satz 1 sollte wie folgt formuliert werden: "Die Entscheidung der Pflegekassen und der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, über den Pflegegrad ist für den Träger der Sozialhilfe bindend, ..."

### III. Zu ausgewählten Änderungsanträgen

#### **Änderungsantrag 2, zu Art. 1 Nr. 1 - § 7 SGB XI: Datenschutzharmonisierung; Bedingungen für die Weitergabe der Leistungs- und Preisvergleichslisten**

##### **Buchstabe b), bb)**

Die vorgesehene Nutzungsmöglichkeit der Informationen aus den Leistungs- und Preisvergleichslisten auch für Dritte ist unter Wettbewerbsgesichtspunkten zu befürworten. Für die Verbraucher wird dies zu einer größeren Vielfalt an Darstellungen der Informationen führen und somit zu einer weiteren Transparenz beitragen.

Um eine Nutzung der Daten durch Dritte zu ermöglichen, sollte in Anlehnung an die Vereinbarung nach § 7 Abs. 4 SGB XI eine zentrale Datenannahmestelle auf Bundesebene geschaffen werden, in der die Landesverbände der Pflegekassen die Daten aus den jeweiligen Bundesländern zu einem bundesweit einheitlichen Format zusammenführen. Die Art der Datenübermittlung sollte dabei den bestehenden unterschiedlichen Datenhaltungen in den Ländern Rechnung tragen. Eine einheitliche Datenstruktur würde zudem zu einer Vergleichbarkeit der Informationen beitragen. Der bisherige Verwaltungsaufwand der Datenvorhaltung in diversen Datenbanken würde sich durch eine „Zentralisierung“ erheblich reduzieren.

#### **Änderungsantrag 6, Art. 1, Nr. 10 - § 43 SGB XI: Stationäre Leistungsbeträge**

Die Regelung schließt eine vorhandene Regelungslücke bei „negativem Eigenanteil“. Sie trägt somit zur Rechtssicherheit bei und wird befürwortet.

#### **Änderungsantrag 7, Art. 1, Nr. 14 - § 51 SGB XI: Verwaltungsvereinfachung**

Die gesetzliche Verpflichtung der privaten Versicherungsunternehmen, Personen, die ihrer Pflicht zum Abschluss der privaten Pflegepflichtversicherung nicht nachkommen, dem Bundesversicherungsamt nunmehr auf elektronischem Wege zu melden (Buchstabe a), würde vor dem Hintergrund erfolgen, dass nach gemeinsamer Feststellung des BVA und der PKV die von der PKV abzugebenden Meldungen nach § 51 SGB XI bereits heute zu ca. 90 Prozent elektronisch erfolgen. Mit Blick darauf erscheint die gesetzliche Anordnung eines elektronischen Meldeverfahrens überzogen. Gerade für die bisher nicht elektronisch gemeldeten Sachverhalte könnte die Einrichtung eines elektronischen Meldeverfahrens mit unverhältnismäßigem Aufwand verbunden sein. Damit erscheint auch die Anordnung einer entsprechenden Vereinbarung (Buchstabe c) unnötig.

#### **Änderungsantrag 15, Art. 1, Nr. 20 - § 113b SGB XI: Redaktionelle Folgeänderung zur Neuregelung in § 115 Abs. 1c SGB XI**

Auf die Ausführungen zu Änderungsantrag 18 wird verwiesen.

**Änderungsantrag 17, Art. 1, Nr. 21 - § 114a SGB XI: Konkretisierung der Mitwirkungspflicht der Einrichtungen bei Qualitätsprüfungen und Maßgaben für Einwilligung, mit dem Ziel, standardisierte Widersprüche auszuschließen**

Die Regelungen erscheinen erforderlich und angemessen.

**Änderungsantrag 18, Art. 1, Nr. 21 - § 115 SGB XI: Zugang für Dritte zu nicht gewerblicher Nutzung der Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a zu Grunde liegen; verbindliche Nutzungsbedingungen**

Ergänzend zur Veröffentlichungspflicht der Landesverbände der Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. sollen zusätzlich zu den Informationen der Leistungs- und Preisvergleichslisten nach § 7 Abs. 3 SGB XI zukünftig auch Dritten die Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen zu Grunde liegen, zur Verarbeitung und Veröffentlichung zur Verfügung gestellt werden.

Die Verbreitung der Nutzer der Daten kann, wie bereits zum Änderungsantrag 2 ausgeführt, zu einer weiteren Verbesserung der Transparenz für die Verbraucher beitragen. Eine zentrale Datenannahmestelle ist hier – im Gegensatz zu den Ausführungen zum Änderungsantrag 2 – auf Bundesebene, in Form der DatenClearingStelle, bereits vorhanden.

**Änderungsantrag 23, Art. 1, Nr. 25 - § 141 SGB XI: Erweiterung des Besitzstandsschutzes bei Wechsel in eine neu zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung, Besitzstandsschutz bei fehlender Vergütungsvereinbarung**

Die vorgesehene Klarstellung in Absatz 3 zur einmaligen monatlichen Berechnung des Zuschlagsbetrages und dessen grundsätzliche monatliche Zahlung in gleicher Höhe wird befürwortet.

Unklar ist durch diese Regelung weiterhin, welcher Berechnungsfaktor (30, 42 oder tatsächliche Anzahl der Tage) im Monat anzusetzen ist. Gleichfalls ergeben sich weiterhin Unklarheiten bezüglich der Teilmonate (Beginn und Ende der Pflege wegen Einzug, Heimwechsel, Abwesenheiten oder Tod des Pflegebedürftigen). Zur Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen Berechnung und Umsetzung wäre eine gesetzliche Klarstellung hilfreich.

**Änderungsantrag 28, Art. 15 Nr. 1 - § 2 PflegeStatV: Zusätzliche Erfassung von Pflegegrad 1**

Mit der beantragten Regelung würden in der PPV nicht alle Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 erfasst, da dort der Grundsatz der Kostenerstattung gilt. So könnte es zwar Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 geben, die keine solchen Leistungen zur Unterstützung im Alltag, stattdessen aber z.B. Leistungen der teilstationären Pflege (§ 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB XI), der Kurzzeitpflege (§ 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB XI) oder der Pflegedienste (§ 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB XI) in

Anspruch nehmen, für die in der privaten Pflegepflichtversicherung ebenfalls die Kosten erstattet würden. Diese Pflegebedürftigen würden dann aufgrund der vorgesehenen Regelung nicht erfasst werden.

**Vorschlag:**

In Absatz 2 Nr. 2 werden die Wörter „nach §§ 37, 38 oder 123 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ durch die Wörter „nach § 37 oder § 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1“ ersetzt.

#### **IV. Antrag der Fraktion DIE LINKE - Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten**

Der Antrag der Fraktion Die Linke enthält umfangreiche Forderungen zur Umsetzung von Maßnahmen und zur Vorlage von Gesetzentwürfen mit dem Ziel

1. gleichwertige Lebensbedingungen in der Pflege zu schaffen und eine bedarfsdeckende Versorgung in hoher Qualität zu sichern,
2. die öffentliche Steuerungshoheit für eine flächendeckende und bedarfsgerechte Pflegeversorgung zurückzugewinnen und Eckpunkte für eine Pflegebedarfsplanung zu entwickeln und umzusetzen und
3. die Pflege qualitativ zu verbessern und Menschen mit Pflegebedarf sowie die Kommunen nachhaltig zu stärken, wozu die finanzielle Ausstattung der Kommunen und der Pflegeversicherung solidarisch ausgestaltet werden soll.

Zu Nr. 1:

Bestrebungen zur Schaffung von Transparenz sind grundsätzlich zu unterstützen. In Bezug auf Buchstabe b) besteht jedoch bereits heute für die Verbraucher eine umfängliche Informationsmöglichkeit auf Basis der Leistungs- und Preisvergleichslisten nach § 7 Abs. 3 SGB XI. Durch die PKV werden diese Informationen sehr detailliert auf der Internetseite [www.pflegeberatung.de](http://www.pflegeberatung.de) im Bereich der Pflegesuche zur Verfügung gestellt. Hinsichtlich Buchstabe f) wird auf die Zuständigkeit der Länder im Rahmen von Rechtsverordnungen in Verbindung mit der Empfehlung nach § 45c Abs. 7 SGB XI in Bezug auf die Angebote zur Unterstützung im Alltag hingewiesen.

Zu Nr. 2:

Mit dem PSG III werden die Grundlagen dafür geschaffen, die Versorgungsstrukturen vor Ort besser an den Bedarf der Pflegebedürftigen anzupassen. Dies geschieht durch eine bessere Einbindung der kommunalen Stellen bei der Steuerungs- und Planungskompetenz. Darüber hinaus erfolgt eine stärkere Einbindung der kommunalen Stellen, wodurch die Entwicklung von Sozialräumen gestärkt wird. Die Durchführung einer Pflegebedarfsplanung ist eine kommunale Aufgabe, die in Abstimmung mit vielen weiteren Beteiligten zu erfolgen hat. Verbindliche Vorgaben können jedoch ggf. die individuellen Besonderheiten der kommunalen Strukturen nicht abbilden. Insofern sollte die Planung in Eigenverantwortung der Kommunen erfolgen, wie dies bereits heute durch einige Kommunen aufgrund vorausschauender Planungen des Bedarfs erfolgt.

Zu Nr. 3:

Die Einführung einer Pflegevollversicherung wird von der PKV ebenso abgelehnt wie die Beendigung des „Nebeneinander von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung“ und die Abschaffung des „Pflege-Bahr“, also der Zulagenförderung für freiwillige ergänzende Pflegeversicherungen.

Bei der geforderten Vollkostenabsicherung stellt sich bereits Frage, wie der Bedarf objektiv ermittelt werden soll. Gerade in der häuslichen Pflege stößt man hier auf erhebliche Schwierigkeiten. Profitieren würden von einer Vollkostenabsicherung im Übrigen vor allem die finanziell besser gestellten Kreise. Sie müssten, obwohl sie dazu finanziell in der Lage wären, für das Pflege-

risiko nicht mehr vorsorgen, sondern erhielten alle Kosten aus der solidarisch finanzierten Pflegeversicherung ersetzt. Finanziell Bedürftige, die heute ergänzend zur Pflegeversicherung aus Steuermitteln versorgt werden, hätten in der Regel keinen Vorteil gegenüber der jetzigen Lage. Schon bei Einführung der Pflegeversicherung ist auch auf den Heimsogeeffekt hingewiesen worden, der mit einer Vollkostendeckung im Pflegefall zu befürchten wäre. Dieser wiederum würde angesichts begrenzter Personalkapazitäten eine Preisspirale in Gang setzen.

Insgesamt wird durch den Teilkaskocharakter der Pflegeversicherung und die Eigenbeiträge der Versicherten auch die Selbstbestimmung und Kontrolle der Qualität durch die Versicherten selbst mit gewährleistet. Eine Vollversicherung kann zu Qualitätsverlusten und zur Einschränkung der Selbstbestimmung der Betroffenen führen.

Jeder Vorschlag zur Reform der Pflegeversicherung muss sich im Übrigen 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.<sup>1</sup> 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)<sup>2</sup> – 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.<sup>3</sup> 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.

---

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

<sup>2</sup> Statistisches Bundesamt, Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, S. 20.

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

Mit den vorgeschlagenen Regelungen 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).

Mit der 2013 gestarteten Zulagenförderung für ergänzende Pflegeversicherungen (5 Euro monatlich) weist der Staat auf die Notwendigkeit der Eigenvorsorge hin und unterstützt entsprechende Bemühungen der Bevölkerung. Allein rd. 750.000 Personen haben seitdem eine geförderte Pflegeergänzungsversicherung abgeschlossen. Das Interesse an zusätzlicher Pflegevorsorge ist durch die Einführung der Förderung insgesamt gestiegen: heute gibt es über 3 Mio. Verträge.

Eine Einstellung der Förderung oder Rückabwicklung der Verträge käme einer Enteignung der Versicherten gleich. Auf unsere Stellungnahme zur Drucksache 18/5914 vom 22. September 2014 wird verwiesen ([http://www.pkv.de/politik/stellungnahmen\\_zur\\_gesetzgebung/2014-2016/stellungnahme-antrag-der-fraktion-die-linke-pflege-bahr-abschaffen/](http://www.pkv.de/politik/stellungnahmen_zur_gesetzgebung/2014-2016/stellungnahme-antrag-der-fraktion-die-linke-pflege-bahr-abschaffen/)).

## **V. Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen**

Die im Antrag benannten Forderungen werden in weiten Teilen bereits durch die vorliegenden Pflegestärkungsgesetze aufgegriffen. Insbesondere erfolgt die Umsetzung der Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe durch das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III), nachdem bereits mit dem Pflegestärkungsgesetz I Leistungsverbesserungen und mit dem Pflegestärkungsgesetz II ab dem 1. Januar 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt worden sind. Die Stärkung der Rolle der Kommunen durch das PSG III erfolgt dabei in den Bereichen Sicherstellung der Versorgung, niedrigschwellige Angebote und Beratung.

Die Steuerungs- und Planungskompetenz kann durch Nutzung der Regelungen in § 8a SGB XI (neu) zu gemeinsamen Empfehlungen der pflegerischen Versorgung verbessert werden. Zur Sicherstellung der Versorgung erhalten die Länder die Möglichkeit, durch landesrechtliche Vorschriften Ausschüsse zur Beratung über sektorenübergreifende Zusammenarbeit (sektorenübergreifender Landespflegeausschuss) in der Versorgung einzurichten. Zudem können regionale Ausschüsse (regionale Pflegekonferenzen) insbesondere zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung in Landkreisen und kreisfreien Städten gebildet werden. Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegestrukturplanungsempfehlung) können durch diese Ausschüsse nach Maßgabe der landesrechtlichen Vorschriften erarbeitet werden. Entsprechend § 8 Abs. 1 SGB XI ist die pflegerische Versorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe definiert. Daher haben die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen eng zusammenzuwirken, um die pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Dies muss in der entsprechenden Zuständigkeit erfolgen. Eine Umsetzung der Maßnahmen einer Pflegestrukturplanung durch die Länder bzw. Kommunen muss somit aus Steuermitteln erfolgen. Zudem sei auf die bereits vorhandenen Möglichkeiten der Förderung nach § 45c SGB XI hingewiesen, wobei hier bislang keine Ausschöpfung der zur Verfügung stehenden Mittel erfolgt.

Eine Förderung der regionalen Zusammenarbeit von Akteuren, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind, kann ab dem 1. Januar 2017 mit Mitteln nach § 45c Abs. 9 SGB XI erfolgen. Die Netzwerkarbeit auf kommunaler Ebene kann dadurch unterstützt werden. Den Kommunen wird durch die Neuregelungen in § 7b Abs. 2 SGB XI die Möglichkeit eingeräumt, Pflegeberatung im Sinne von § 7a SGB XI zu erbringen. Dabei muss jedoch darauf geachtet werden, dass bestehende Angebote und Strukturen der Pflegeversicherung, hier insbesondere die Pflegeberatung der privaten Pflegepflichtversicherung durch compass private pflegeberatung, in ihrem Bestand nicht gefährdet werden. Insoweit sollte Beratung in den jeweiligen Zuständigkeiten, jedoch vernetzt und abgestimmt erfolgen.

Bereits heute erfolgt eine Beteiligung der Betroffenengruppen und Verbände in verschiedenen Gremien. Insbesondere sei hier auf die Landespflegeausschüsse auf Landesebene hingewiesen. Vor Schaffung neuer Regelungen sollten die bestehenden Beteiligungsmöglichkeiten genutzt werden. Die Unterbreitung von Angeboten der Länder für die Kommunen zur Beratung in Bezug auf die pflegerische Versorgung kann jederzeit erfolgen; dies erfolgt – wie auch im Antrag beschrieben – in einigen Ländern bereits.