



**Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes  
zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze  
Drucksache 15/5178**

**02. Mai 2011**

- I. Qualitätsprüfungen der Pflegeeinrichtungen
  - a) Stellungnahme zu Einzelvorschriften des Gesetzentwurfes
  - b) Weiterer Änderungsbedarf
- II. Einbeziehung der Privatpatienten in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses
- III. Elektronischer Datenaustausch (§ 17 c Abs. 5 Satz 2 KHG)
- IV. Einbeziehung von privaten Krankenversicherungen und Beihilfe im § 293 SGB V ergänzen

Mit Blick auf die steigenden Neuinfektionen mit resistenten Erregern und das dadurch wachsende Gefährdungspotential für die Gesundheit der Bevölkerung ist der Gesetzesentwurf zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze sehr zu begrüßen. Die bundesgesetzliche Verpflichtung zu fachlich geeignet erscheinenden Regelungen sichert die notwendige einheitliche Rechtsanwendung für alle einzubeziehenden Einrichtungen. Durch die Veröffentlichung der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickelnden Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität werden diese aus Sicht der Patienten entscheidungserheblichen Informationen zu einem wichtigen Wettbewerbsparameter im Bereich der Qualitätsbeurteilung der Kliniken. Die nunmehr auf ein Jahr verkürzte Aktualisierung der Qualitätsberichte trägt dem Bedürfnis der Patienten nach zeitnahen Qualitätsinformationen Rechnung. Da die Gesetzesinitiative auch die Änderung weiterer Gesetze beinhaltet, sollten

aus Sicht der privaten Krankenversicherung noch die folgenden rechtlichen Klarstellungen erfolgen:

#### **I. Qualitätsprüfungen der Pflegeeinrichtungen**

Die PKV begrüßt, dass die Beteiligung der privaten Krankenversicherung an den Qualitätsprüfungen der Pflegeeinrichtungen gesetzlich abgesichert werden soll. Die vorliegenden gesetzlichen Änderungen sind gleichwohl nicht hinreichend. Ein im Interesse der Versicherten erforderliches Recht, eigenständig Prüfungen veranlassen und durchführen zu können, wird der PKV auch jetzt nicht eingeräumt, sondern es wird vollständig auf eine Beauftragung durch die Landesverbände der Pflegekassen abgestellt. Dies wird dem Anspruch der privaten Pflegeversicherung nicht gerecht.

Besonders kritisch gesehen wird die Verpflichtung des PKV-Prüfdienstes zur Berichterstattung an den MDS und die fehlende Gleichstellung mit dem GKV-Spitzenverband bei der Festlegung der Richtlinien für die Qualitätsprüfungen und in anderen Bereichen.

Dringend ergänzt werden muss die Verpflichtung der Pflegekassen, der PKV die zur Veröffentlichung vorgesehen Prüfergebnisse (Transparenzberichte) zur Verfügung zu stellen. Angesichts deren künftiger Rolle als Zulieferer von Prüfberichten erscheint das nur recht und billig und ist im Übrigen notwendig, damit die PKV ihre Datenbank zur Beratung der Versicherten und anderer Interessierter um diese wichtigen Daten ergänzen kann. Dies gilt auch für die Leistungs- und Preisvergleichsliste gemäß § 7 Abs. 3 Satz 3 SGB XI.

#### **a) Stellungnahme zu Einzelvorschriften des Gesetzentwurfes**

##### **§ 97c (Qualitätssicherung durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.)**

Zum Standort der Regelung: Es entspricht der Systematik des Gesetzentwurfs, dass der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. dem MDK gleichgestellt wird. Die Verarbeitung personenbezogener Daten sollte daher auch an gleicher Stelle wie bei diesem, nämlich in § 97 geregelt werden. Mit der Einfügung des § 97c als spezielle Regelung für den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die damit einhergehende Gültigkeit der bestehenden Regelungen in §§ 97 und § 97a ist dies sichergestellt.

Zur Bezeichnung Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung: Die Bezeichnung „Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung“ gibt keine bestimmte Organisationsform oder gar eine organisatorische Ausgliederung aus dem Verband der privaten Krankenversicherung bzw. rechtliche Verselbständigung vor und ist daher zutreffend. Der Verband der privaten Krankenversicherung wird diese Aufgabe selbst durch eine verbandsinterne organisatorische Einheit wahrnehmen, die den Prüfdienst der PKV darstellt.

#### **§ 112 (Qualitätsverantwortung)**

Zu Beratungen durch den Prüfdienst der PKV (Absatz 3): In Absatz 3 sollte klargestellt werden, dass sich die Zuständigkeit für die Beratung nach der Zuständigkeit für die Prüfung richtet (§ 114a Absatz 1 Satz 3). Dies könnte geschehen durch die Hinzufügung der Worte „im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeit“ nach dem Wort „beraten“. Eine solche Regelung erscheint erforderlich, da mit dem Prüfdienst der PKV neben dem MDK ein weiterer Prüfdienst hinzukommt.

#### **§ 114 (Qualitätsprüfungen)**

Keine besonderen Anmerkungen.

#### **§ 114a (Durchführung der Qualitätsprüfungen)**

Unterschreitung der Quote (Absatz 5): Schon nach der geltenden Regelung kann die PKV bei fehlender Beteiligung an den Prüfungen zu einem Finanzierungsbeitrag billigerweise nur dann verpflichtet sein, wenn ihr die Beteiligung an den Prüfungen unter zumutbaren Bedingungen tatsächlich ermöglicht worden ist, z. B., indem ihr die Prüftermine als Voraussetzung für jegliche Beteiligung mitgeteilt wurden. Dass dies nun durch die Regelung „...aus Gründen, die von...dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zu vertreten sind...“ ausdrücklich klar gestellt wird, ist zu begrüßen.

Unter- oder Überschreitung der Prüfquote (Absatz 5): Die Feststellung einer Unter- oder Überschreitung der Prüfquote soll auf der Grundlage der am Jahresende tatsächlich insgesamt durchgeführten Prüfungen erfolgen. Das zeigt die vorgesehene Mitteilung der durchgeführten Prüfungen durch das Bundesversicherungsamt an die PKV und ist auch sachgerecht, da sich die PKV an dem tatsächlich entstandenen Prüfaufwand beteiligen soll, nicht etwa an dem angenommenen Aufwand zu Jahresbeginn. Wenn in Satz 1 und 2 (am Ende) von der „in

§ 114 Absatz 1 Satz 1“ genannten Prüfquote die Rede ist, so könnte das insofern zu Missverständnissen führen, als dort geregelt wird, dass 10 % der Prüfaufträge an den Prüfdienst der PKV gehen sollen. Ob alle Prüfaufträge durch PKV und MDK erfüllt werden, steht bei der Auftragserteilung aber noch nicht fest.

Besser wäre es daher, im Zusammenhang mit der Feststellung einer Unter- oder Überschreitung von einer „Prüfquote von zehn vom Hundert aller im Bundesgebiet in einem Kalenderjahr durchgeführten Prüfungen“ zu sprechen.

Es fehlt in diesem Zusammenhang eine Regelung für den Fall der Überschreitung der Prüfquote durch den Prüfdienst der PKV, welche nach dem Entwurf vom Bundesversicherungsamt ebenso wie eine Unterschreitung festzustellen ist. Sachgerecht wäre es, bei Überschreitungen eine Verrechnung mit Unterschreitungen aus anderen Perioden zuzulassen.

Begrüßt wird der Hinweis auf die „zwingend notwendige bundesweite Einheitlichkeit des Prüfgeschehens“ in der Begründung. Damit wird klargestellt, dass Sonderwünschen der Landesverbände bei der Ausgestaltung der vom Prüfdienst der PKV durchzuführenden Prüfungen enge Grenzen gesetzt sind. Maßgeblich sind allein die Qualitätsprüfungsrichtlinien, wie § 114 Absatz 7 neu ausdrücklich bestimmt.

Zur Vereinbarung mit dem GKV-Spitzenverband (Absatz 5a): Auf die obigen Anmerkungen (Zur bundesweiten Prüfquote) wird verwiesen.

Zu den Berichtspflichten (Absatz 6): Hiernach würde der Prüfdienst der PKV an den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) zu berichten haben, der die Berichte mit den Berichten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDKen) zusammenzuführen und dann dem Spitzenverband Bund sowie den einschlägigen Bundes- und Landesministerien vorzulegen hätte. Hierzu schlagen wir vor, dass die Zusammenführung der Berichte unter gleichberechtigter Einbindung der PKV entweder gemeinsam mit dem MDS oder aber gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen erfolgen soll. Eine bloße Zulieferfunktion ist weder akzeptabel noch begründbar.

Zu den Qualitäts-Prüfungsrichtlinien (Absatz 7): Inhaltlich wäre hier in Satz 1 eine Gleichstellung des Verbandes der privaten Krankenversicherung mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen erforderlich, indem etwa formuliert würde: „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. beschließen gemeinsam

unter Beteiligung ... Richtlinien über ... .“ Eine Beteiligung ist angesichts der Verantwortung der PKV für die Qualitätssicherung in der Pflege eine zu schwache Form der Mitwirkung, vielmehr ist ein Mitentscheidungsrecht notwendig um eine Gleichberechtigung mit den Pflegekassen und ihren Verbänden zu erreichen.

Bleibt es bei der vorgeschlagenen Regelung, so sollte zum einen in Satz 1 des § 114a Abs. 7 auf die Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung selbst und nicht auf den Prüfdienst abgestellt werden, zum anderen könnte in Satz 2 der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. dann gestrichen werden.

#### **§ 115 (Ergebnisse von Qualitätsprüfungen)**

Zur Veröffentlichung der Transparenzdaten (Absatz 1a): Obwohl die PKV eine Beteiligung an den Kosten angeboten hat, weigern sich die Landesverbände der Pflegekassen, die sog. Transparenzdaten der PKV zur Verfügung zu stellen und verweisen stattdessen auf die Veröffentlichung im Internet. Nach geltender Rechtslage, etwa den landesrechtlichen Regelungen zur Informationsfreiheit, ist diese Weigerung nach hiesiger Einschätzung rechtswidrig. Sie behindert die PKV im Wettbewerb mit der GKV in unfairer Weise. Die PKV benötigt die Daten für Zwecke der Versichertenberatung, z.B. über ihre Tochter COMPASS Private Pflegeberatung. Ihr kann nicht zugemutet werden, ihre Versicherten auf einschlägige Angebote der GKV zu verweisen. Hinzu kommt, dass sie sich an der Erstellung der Daten inhaltlich oder finanziell entsprechend ihrem Versichertenanteil beteiligt. Auch danach ist eine Einbeziehung in die Lieferung der Transparenzdaten nur recht und billig.

Nach Satz 1 sollte daher folgender Satz 2 eingefügt werden: „Sie stellen die entsprechenden Daten gleichzeitig auch dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Veröffentlichung zur Verfügung.“

Zu den Transparenzkriterien (Absatz 1a): Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. sollte als Vereinbarungspartner der Transparenzkriterien nach Satz 5 vorgesehen werden. Er könnte damit in gleicher Weise wie die Pflegekassen die Veröffentlichungskriterien beeinflussen. Dies ist schon aufgrund seiner Rolle bei den Qualitätsprüfungen aber auch bei der Qualitätssicherung der Pflege insgesamt sachgerecht. Auch hier erscheint ein bloßes Beteiligungsrecht (Satz 6) nicht ausreichend.

Zur Schiedsstellenlösung (Absatz 1a): Die Regelung wird begrüßt. In § 113b sollte in diesem Zusammenhang klar gestellt werden, dass die PKV Anspruch darauf hat, in der Schiedsstelle vertreten zu sein. Der GKV-Spitzenverband vertritt zu der geltenden Regelung die Auffassung, er habe über die Vertretung des PKV-Verbandes in der Schiedsstelle zu entscheiden, da der PKV-Vertreter auf die Zahl seiner Vertreter angerechnet wird (§ 113b Absatz 2 Satz 3). Siehe unten IV b.

#### **§ 117 (Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht)**

Zu den Arbeitsgemeinschaften nach heimrechtlichen Vorschriften (Absatz 1): Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. sollte ebenfalls das Recht haben, an den Arbeitsgemeinschaften mitzuwirken.

#### **b) Weiterer Änderungsbedarf**

Mit der Beteiligung der privaten Krankenversicherung an den Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen erfolgt eine überfällige bessere Einbindung der PPV in das System der Pflegeversicherung. An der Entwicklung von Vereinbarungen, Empfehlungen und Richtlinien nach dem SGB XI ist die PPV jedoch nur unzureichend beteiligt. Angesichts eines Versichertenanteils von über 10 Prozent und ihrer – auch vom Bundesverfassungsgericht bestätigten – sozialen Sicherungsfunktion sind hier weitere Anpassungen notwendig. Die bislang bestehenden Beteiligungsrechte sind für eine maßgebliche Mitgestaltung der Pflegequalität, der Begutachtung usw. unzureichend. Die dadurch entstehende Ungleichbehandlung der privaten Versicherungsunternehmen gegenüber den Pflegekassen und damit letztlich der privat Pflegeversicherten gegenüber den Versicherten der sozialen Pflegeversicherung soll durch die nachstehenden Änderungsvorschläge beseitigt werden.

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

Vorschlag: „(3) Zur Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Ausübung seines Wahlrechts nach § 2 Abs. 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots hat die zuständige Pflegekasse dem Pflegebedürftigen unverzüglich nach Eingang seines Antrags auf Leistungen nach diesem Buch eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu übermitteln, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung gewährleistet werden soll (Leistungs- und Preisvergleichsliste). Gleichzeitig ist der Pflegebedürftige über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt (§ 92c), die Pflegeberatung (§ 7a) und darüber zu unterrichten, dass die Beratung

und Unterstützung durch den Pflegestützpunkt sowie die Pflegeberatung unentgeltlich sind. 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 zumindest die für die Pflegeeinrichtungen jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel und zur wohnortnahen Versorgung nach § 92c zu enthalten und ist von der Pflegekasse um die Festlegungen in den Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b, an denen sie beteiligt ist, zu ergänzen. Zugleich ist dem Pflegebedürftigen eine Beratung darüber anzubieten, welche Pflegeleistungen für ihn in seiner persönlichen Situation in Betracht kommen. Ferner ist der Pflegebedürftige auf die Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen hinzuweisen. Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sind in gleicher Weise, insbesondere über anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote, zu unterrichten und zu beraten.“

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. Aus Gründen der Verbraucherefreundlichkeit ist die Zusammenführung dieser Daten mit den Daten aus dem Transparenzverfahren gemäß § 115 Abs. 1a SGB XI angezeigt.

#### **§ 17 Abs. 1 (Richtlinien der Pflegekassen)**

Vorschlag: „(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. erlassen mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Richtlinien zur näheren Abgrenzung der in § 14 genannten Merkmale der Pflegebedürftigkeit, der Pflegestufen nach § 15 und zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesverbände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime sowie die Verbände der privaten ambulanten Dienste zu beteiligen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. erlassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Richtlinien zur Anwendung der Härtefallregelungen des § 36 Abs. 4 und des § 43 Abs. 3.“

Begründung: Die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschlossenen Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gelten entsprechend § 23 Abs. 6 Nr. 1 SGB XI auch für die PPV. Ein Einbezug der PPV in die Erarbeitung der Richtlinien erfolgt bislang jedoch nicht. Die PPV will sich hier mit ihren Erfahrungen im Bereich der Durchführung der Pflegebegutachtung stärker einbringen. Um zukünftig eine Beteiligung der PPV sicherzustellen, und damit die Einbringung des vorhandenen Know-Hows zu ermöglichen, ist der PPV eine entsprechende Mitgestaltung zu ermöglichen.

#### **§ 45b Abs. 1 (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 ersetzt, höchstens jedoch 100 Euro monatlich (Grundbetrag) oder 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag). Die Höhe des jeweiligen Anspruchs nach Satz 2 wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Einzelfall festgelegt und dem Versicherten mitgeteilt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. beschließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene Richtlinien über einheitliche Maßstäbe zur Bewertung des Hilfebedarfs auf Grund der Schädigungen und Fähigkeitsstörungen in den in § 45a Abs. 2 Nr. 1 bis 13 aufgeführten Bereichen für die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Bemessung der jeweiligen Höhe des Betreuungsbetrages; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen.“

Begründung: Die beschlossenen Richtlinien finden gemäß § 23 Abs. 6 Nr. 1 SGB XI auch in der PPV Anwendung. Eine Einbindung bei der Erarbeitung erfolgt bislang nur über eine unzureichende Beteiligung. Um eine Ungleichbehandlung der Versicherten der SPV und der PPV zu verhindern, ist eine aktive Mitwirkung an der Erstellung der Richtlinien erforderlich.

#### **§ 75 Abs. 1 Satz 1 (Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung)**

Vorschlag: „(1) Die Landesverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. schließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Kranken-

versicherung 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. Für Pflegeeinrichtungen, die einer Kirche oder Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenverträge auch von der Kirche oder Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Pflegeeinrichtung angehört. Bei Rahmenverträgen über ambulante Pflege sind die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe, bei Rahmenverträgen über stationäre Pflege die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe als Vertragspartei am Vertragsschluss zu beteiligen. Die Rahmenverträge sind für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland unmittelbar verbindlich.“

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.

**§ 75 Abs. 6 (Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung)**

Vorschlag: „(6) 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. Sie arbeiten dabei mit den Verbänden der Pflegeberufe sowie den Verbänden der Behinderten und der Pflegebedürftigen eng zusammen.“

Begründung: Die Bundesempfehlungen zu Rahmenverträgen sind Basis bei der Erarbeitung der Rahmenverträge auf der Landesebene, so dass auch hier für die PPV ausreichende Mitwirkungsmöglichkeiten eingeräumt werden müssen. Eine reine Beteiligung an der Erarbeitung der Empfehlungen ist nicht ausreichend. Siehe auch Ausführungen unter Punkt 4.

**§ 87b Abs. 3 (Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem  
Betreuungsbedarf)**

Vorschlag: „(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. haben für die zusätzlich einzusetzenden Betreuungskräfte auf der Grundlage des § 45c Abs. 3 bis zum 31. August 2008 Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben in der vollstationären Versorgung der Pflegebedürftigen zu beschließen; sie haben hierzu die Bundesvereinigungen der Träger vollstationärer Pflegeeinrichtungen anzuhören und den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu beachten. Die Richtlinien werden für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die Pflegeheime erst nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit wirksam; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend.“

Begründung: Die Richtlinien des Spitzenverband Bund der Pflegekassen wirken sich auch auf die Versicherten der PPV direkt aus. Ein Einbezug der PPV in die Erarbeitung der Richtlinien erfolgt bislang jedoch nicht. Die Einbindung ist zur Vertretung der Interessen der Versicherten der PPV ist daher geboten, um eine Ungleichbehandlung mit den Versicherten der SPV zu vermeiden.

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

Vorschlag: „(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren bis zum 31. März 2009 gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist.“

Begründung: Die zu treffenden Vereinbarungen wirken sich auch auf die Versicherten der privaten Pflegeversicherung unmittelbar aus. Diesem Umstand kann allein mit einer Vertragspartnerschaft des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. angemessen

Rechnung getragen werden. Auch vor dem Hintergrund der Beteiligung der privaten Krankenversicherung an den Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ist eine Aufwertung der PPV hier geboten. Die in den Vereinbarungen festgelegten Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität bilden unter anderem die Basis der Qualitätsprüfungen, so dass eine stärkere Mitwirkung an den Vereinbarungen durch die PPV notwendig ist.

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

Vorschlag: „(1) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege sicher. Expertenstandards tragen für ihren Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene sowie unabhängige Sachverständige sind zu beteiligen. Sie können vorschlagen, zu welchen Themen Expertenstandards entwickelt werden sollen. Der Auftrag zur Entwicklung oder Aktualisierung und die Einführung von Expertenstandards erfolgen jeweils durch einen Beschluss der Vertragsparteien. Kommen solche Beschlüsse nicht zustande, kann jede Vertragspartei sowie das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Schiedsstelle nach § 113b anrufen. Ein Beschluss der Schiedsstelle, dass ein Expertenstandard gemäß der Verfahrensordnung nach Absatz 2 zustande gekommen ist, ersetzt den Einführungsbeschluss der Vertragsparteien.“

Begründung: Resultierend aus den Änderungen unter Punkt 7 zu § 113 Abs. 1 ergibt sich hier eine Streichung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., die sich aus der Verweisung des Abs. 1 Satz 1 auf § 113 Abs. 1 ergibt. Entsprechend der Bedeutung der PKV wird diese nun als Vertragspartner eingebunden. Das Beteiligungsrecht in Satz 2 muss dann folgerichtig entfallen. Ohne die vorstehenden Änderungen in § 113 und § 113a würde die private Pflegepflichtversicherung im Wesentlichen auf die Rolle eines Mitfinanzierers reduziert.

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

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

Begründung: Der Verantwortung aller Beteiligten wird nur eine anteilige Mitfinanzierung gerecht.

**§ 113b Abs. 2 (Schiedsstelle Qualitätssicherung)**

Vorschlag: „(2) Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. einerseits und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene andererseits in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Die unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Vertragsparteien gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden die unparteiischen Mitglieder und ihre Vertreter bis zum 31. Oktober 2008 durch den Präsidenten des Bundessozialgerichts berufen. Der Schiedsstelle gehört auch ein Vertreter der Arbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der kommunalen Spitzenverbände an; sie werden auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. angerechnet. Ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe kann der Schiedsstelle unter Anrechnung auf die Zahl der Vertreter der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen angehören. Soweit die beteiligten Organisationen bis zum 30. September 2008 keine Mitglieder bestellen, wird die Schiedsstelle durch die drei vom Präsidenten des Bundessozialgerichts berufenen unparteiischen Mitglieder gebildet.“

Begründung: Eine Beschränkung der PPV auf eine bloße „Kann“-Mitgliedschaft des PKV-Verbandes an der Schiedsstelle ist unzureichend. Der Rolle der PPV als Vertragspartner gemäß §§ 113 und 113a sowie die neue Beteiligung im Bereich der Qualitätsprüfungen erfordert den zwingenden Sitz in der Schiedsstelle.

## **II. Einbeziehung der Privatpatienten in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses**

Seit dem Jahr 2000 werden Krankenhauspatienten unabhängig von ihrem Versichertenstatus – und damit auch Privatversicherte – in die externe stationäre Qualitätssicherung einbezogen. Im Gemeinsamen Bundesausschuss bzw. seinem Vorläufer hat entsprechend die PKV bereits von 2000 bis zum GKV-WSG an der Qualitätssicherung im Krankenhaus in den Unterausschüssen externe stationäre Qualitätssicherung bzw. sonstige Qualitätssicherung (zum Beispiel mit den Themen Mindestmengen und Qualitätsberichte) als Beteiligte (also beratend, aber ohne Antrags- oder Stimmrecht) mitgewirkt. Mit der Umstellung auf die grundsätzlich sektorenübergreifende (Krankenhaus und Vertragsärzte) Qualitätssicherung durch das GKV-WSG wurden nicht gesetzlich versicherte Patienten von der Qualitätssicherung ausgeschlossen und der PKV gingen diese Beteiligungsrechte verloren. Mit dem KHRG (2008) ist es gelungen, in § 137 SGB V die sektorübergreifende Qualitätssicherung grundsätzlich einheitlich für alle Patienten und ein Beteiligungsrecht (also beratend, aber ohne Antrags- oder Stimmrecht) der PKV für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung in § 137 SGB V neu zu verankern. Durch die neue Verankerung schien gewährleistet, dass Privatversicherte im Krankenhaus und darüber hinaus auch erstmals von der Qualitätssicherung beim GKV-Vertragsarzt erfasst werden. Inzwischen hat sich aber herausgestellt, dass die Einbeziehung der Privatversicherten in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung auf rechtliche Hürden stößt, da bislang eine ausdrückliche Ermächtigung fehlt, die es wie bei den GKV-Versicherten (§299 SGB V) erlaubte, pseudonymisierte medizinische Behandlungsdaten ohne Einwilligung des Patienten zum Gegenstand der Qualitätssicherung zu machen. Deshalb wird vorgeschlagen, eine solche Ermächtigung gesetzlich zu verankern, zum Beispiel in § 13 Bundesdatenschutzgesetz.

### **§ 13 Absatz 2 Nr. 7 (Bundesdatenschutzgesetz)**

Vorschlag: „(2) Das Erheben besonderer Arten personenbezogener Daten (§ 3 Abs. 9) ist nur zulässig, soweit ... dies zum Zweck der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik, der Gesundheitsversorgung oder Behandlung oder deren Qualitätssicherung oder für die Verwaltung von Gesundheitsdiensten erforderlich ist und die Verarbeitung dieser Daten durch ärztliches Personal oder durch sonstige Personen erfolgt, die einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegen; im Falle der medizinischen Qualitätssicherung dürfen personenbezogene Daten ohne Einwilligung der Person pseudonymisiert von einer unabhängigen Stelle ausgewertet werden, wobei die Pseudonymisierung durch eine räumlich, organisatorisch und personell getrennte Vertrauensstelle zu erfolgen hat, ...“

Begründung: In jedem Einzelfall eine Einwilligungserklärung einzuholen, birgt das Risiko einer Selektion, die die Aussagefähigkeit der Qualitätssicherung und damit ihren Nutzen für die Patienten in Frage stellen kann. Daher bedarf es zum Schutz der Patienten einer gesetzgeberischen Klarstellung.

### **III. Elektronischer Datenaustausch (§ 17 c Abs. 5 Satz 2 KHG)**

Um den elektronischen Datenaustausch zwischen den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern auf eine rechtlich eindeutige Basis zu stellen, bedarf es einer Änderung in § 17 c Abs. 5 Satz 2 KHG in der Weise, dass das Wort „maschinenlesbar“ durch die Worte „im Wege des elektronischen Datenaustauschs“ ersetzt wird. Die Notwendigkeit dieser Rechtsänderung ist dadurch gegeben, dass auch Papierdokumente als „maschinenlesbar“ interpretiert werden, was die tatsächliche Durchführung des gesetzlichen Auftrags in Form des elektronischen Datenaustauschs behindert bzw. blockiert.

### **IV. Einbeziehung von privaten Krankenversicherungen und Beihilfe im § 293 SGB V ergänzen**

Die pharmazeutischen Unternehmen haben im Rahmen des § 1 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel (AMNOG) den Unternehmen der privaten Krankenversicherung sowie den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften Abschläge entsprechend § 130a SGB V zu gewähren. Die Rabatte werden über die Zentrale Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten GmbH (ZESAR) eingezogen und an die nach § 1 abschlagsberechtigten Stellen weitergeleitet. Zum Nachweis des Abschlags muss die ZESAR GmbH neben der Pharmazentralnummer des abgegebenen Arzneimittels, dem Abgabedatum und dem Anteil der Kostentragung auch das Apothekenkennzeichen der das Arzneimittel abgebenden Apotheke maschinenlesbar den pharmazeutischen Unternehmen übermitteln.

Um den gesetzlichen Auftrag nach § 2 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel nach Art. 11a AMNOG erfüllen zu können, bedarf es der im vorliegenden Gesetzesentwurf vorgesehenen gesetzlichen Änderung des § 293 SGB V, wonach neben dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch der ZESAR GmbH das bundeseinheitliche Verzeichnis der Apotheken zum Zweck der Abrechnung der Arzneimittelrabatte nach § 130a SGB V durch die Spitzenorganisation der Apotheker oder durch die Sammel- und Verteilstelle Institutionskennzeichen (IK) zur Verfügung gestellt werden.

Weiterhin ist im Gesetzesentwurf eine Regelung vorgesehen, die die ZESAR GmbH berechtigt, das bundeseinheitliche Verzeichnis den nach Art. 11a AMNOG abschlagsberechtigten Stellen zur Verfügung zu stellen. Auch diese vorgesehene Gesetzesänderung ist notwendig. Denn falls kein Apothekenkennzeichen auf der Verordnung aufgedruckt oder dieses nicht lesbar ist, muss das Apothekenkennzeichen unter Bezug auf Namen und Adresse der Apotheke und unter Zuhilfenahme des bundeseinheitlichen Verzeichnisses ermittelt werden können.

Aus diesem Grund begrüßen wir die vorgesehene Gesetzesänderung ausdrücklich.

Darüber hinaus ist eine Ergänzung des § 293 SGB V notwendig, die vorsieht, dass die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung dem Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) auch das bundesweite Verzeichnis von Ärzten und Zahnärzten zur Verfügung stellt.

#### **§ 293 SGB V ergänzen**

Vorschlag: „Ab Inkrafttreten des Gesetzes stellt die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung dem Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) das bundesweite Verzeichnis von Ärzten und Zahnärzten und Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt sind, im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Verfügung; Änderungen des Verzeichnisses sind der PKV in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln. Der PKV-Verband stellt das Verzeichnis den Beihilfestellen und seinen Mitgliedsunternehmen auf Nachfrage zur Verfügung.“

Begründung: Da die PKV gesetzlich verpflichtet ist, einen an den Leistungen des SGB V orientierten Basistarif anzubieten, ist im Sinne der medizinischen Versorgung der beihilfe- und nichtbeihilfeberechtigten Versicherten im Basistarif die volle Einbeziehung von PKV und Beihilfe im § 293 SGB V geboten.