



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Stellungnahme

zum

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege
(Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG)**

anlässlich der Erörterung
am 1. September 2020

- Der PKV-Verband begrüßt die vorgesehene Unterstützung und Entlastung von Pflegekräften in der Altenpflege durch die Schaffung zusätzlicher Stellen für Pflegehilfskräfte. Die vorgeschlagene Finanzierung führt jedoch zu Intransparenz und einer weiteren finanziellen Belastung der Beitragszahler.
- Der PKV-Verband begrüßt die Möglichkeit, private Krankenversicherungsunternehmen an den besonderen Versorgungsformen der gesetzlichen Krankenkassen zu beteiligen. Plädiert wird für gleichberechtigte Vertragsbeziehungen der Kostenträger mit Gestaltungsmöglichkeiten für alle beteiligten Akteure.

I. Grundsätzliche Bewertung

Der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) unterstützt das Ziel des Gesetzentwurfs, die Pflege- und Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen zu entlasten und die pflegerische Versorgung zu verbessern. Mit den zusätzlichen bis zu 20.000 Personalstellen wird dazu beigetragen, die Attraktivität des Pflegeberufes – auch in Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen der Konzertierten Aktion Pflege – weiter zu steigern.

Aufgrund der Erfahrungen mit den durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz eingeführten 13.000 zusätzlichen Personalstellen im Bereich der Pflegefachkräfte, von denen bislang erst ca. 2.600 besetzt werden konnten, erscheint die Umsetzbarkeit auch im Bereich der Pflegehilfskräfte nur schwer möglich zu sein.

Die mit der vollständigen Finanzierung der Mehrkosten durch die Pflegeversicherung entstehende zusätzliche Belastung der Beitragszahler ist mit Blick auf die nach wie vor ausstehende Finanzierungsreform nicht zu rechtfertigen. Schon angesichts der sich anbahnenden Gefährdung der wirtschaftspolitisch bedeutsamen Sozialabgabenquotengrenze von 40 % lässt sich ein weiteres Mehrausgabenprogramm zu Lasten der Beitragszahler nicht begründen. Ebenso bedenklich ist die Ausweitung von Zahlungsverpflichtungen der umlagefinanzierten Sozialversicherung angesichts des demografischen Wandels: Der Gesetzentwurf würde zu einer weiteren impliziten Verschuldung der Sozialversicherung zu Lasten der jüngeren Generationen führen.

Darüber hinaus halten wir die vorgesehene Art der Finanzierung der durch die bessere Personalausstattung entstehenden Mehrkosten durch Zahlungen der Pflegeversicherung an die Pflegeeinrichtungen für verfehlt. Fördermaßnahmen, die zumindest indirekt mit dem Leistungsversprechen der Pflegeversicherung verbunden sind, wie hier die Einstellung von Pflegekräften, sollten durch entsprechende Zuschläge auf die Pflegeentgelte refinanziert werden. Eine Finanzierung über den Ausgleichsfonds der Sozialen Pflegeversicherung stellt einen Bruch mit der leistungsorientierten Vergütung dar und schwächt den Wettbewerb und führt außerdem zu bürokratischen Abläufen.

§ 8 Abs. 6a SGB XI: Schaffung von 20.000 zusätzlichen Stellen im Pflegehilfskraftbereich

Vorgeschlagene Regelung:

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sollen auf Antrag zusätzliche Pflegehilfskraftstellen erhalten, die durch einen Vergütungszuschlag, der durch eine Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung ausgezahlt wird, vollständig über die Pflegeversicherung finanziert werden. Dadurch sollen bis zu 20.000 zusätzliche Vollzeitstellen im Pflegehilfskraftbereich mit landesrechtlicher Assistenz- oder Helferausbildung (Qualifikationsniveau Q3) unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Projektes Personalbemessung nach § 113c SGB XI geschaffen werden. Die

jährlichen Mehrausgaben in der sozialen Pflegeversicherung belaufen sich auf bis zu 665 Mio. EUR und in der privaten Pflegepflichtversicherung auf bis zu 50 Mio. EUR.

Bewertung:

a) Qualifikationsniveau

Laut den Ergebnissen des Projektes Personalbemessung nach § 113c SGB XI ergibt sich insbesondere bei den qualifizierten Assistenzkräften ein Mehrbedarf. Dabei werden Assistenzkräfte ohne Ausbildung in Qualifikationsniveau 1-2 und Assistenzkräfte mit 1-2jähriger Ausbildung in Qualifikationsniveau 3 eingeordnet. Die Regelung in § 6a Satz 2 SGB XI muss eine Qualifizierung auf Qualifikationsniveau 3 sicherstellen.

b) Einvernehmen zur Verwendung der PPV-Mittel

Es muss eine stärkere Einbindung der PPV in die Regelungen zur Verwendung der Mittel erfolgen: Die vorgesehenen Festlegungen, u.a. zu Antragstellung, Nachweis und Zahlungsverfahren, die durch den GKV-Spitzenverband im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen festzulegen sind, müssen um das Einvernehmen mit dem PKV-Verband ergänzt werden. Entsprechende Regelungen zum Einvernehmen mit dem PKV-Verband finden sich bereits heute bei der Finanzierungsbeteiligung der PPV nach § 8 Abs. 7 und 8 SGB XI.

§ 140a Abs. 3 Satz 1 Nr. 3b SGB V: Beteiligung der PKV an Verträgen der integrierten Versorgung

Vorgeschlagene Regelungen

Die Regelung ermöglicht eine Beteiligung der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen an besonderen Versorgungsformen der Krankenkassen, die auch für Privatversicherte zugänglich sind.

Bewertung

Die Neuregelung des Selektivvertragsbereichs zielt darauf ab, die gesundheitliche Versorgung auch entsprechend der regionalen Bedarfe kostenträgerübergreifend zu organisieren. Hierzu sollen u.a. weitere Kostenträger Selektivverträgen gesetzlicher Krankenkassen nach § 140a SGB V beitreten dürfen. Dies umfasst auch eine mögliche Einbindung von Unternehmen der Privaten Krankenversicherung (PKV).

Die Option, dass sich die Unternehmen der PKV an Verträgen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V beteiligen können, wird grundsätzlich begrüßt. Ein PKV-Unternehmen wird mit der neuen Regelung in die Liste der Leistungserbringer eingereiht, mit denen eine gesetzliche Krankenkasse Verträge schließen kann. Das heißt jedoch nicht, dass die PKV auch selber als Vertragspartner vergleichbar einer Krankenkasse tätig werden kann. Vielmehr wird lediglich ein Recht zum *Beitritt* zu einem Selektivvertrag ermöglicht, verbunden mit einer finanziellen Beteiligung.

Ein Kostenträger ist allerdings kein Leistungserbringer; er muss darauf Einfluss nehmen können, wie unter den Bedingungen eines anderen Systems die Versorgung der Versicherten bestmöglich organisiert werden kann. Zielführender wären daher gleichberechtigte Vertragsbeziehungen der Kostenträger mit Gestaltungsmöglichkeiten für alle beteiligten Akteure, um ihre jeweiligen Bedarfe in den Verträgen abbilden zu können. Dies ist auch vor dem Hintergrund des privaten Zusatzversicherungsmarktes für GKV-Versicherte mit Blick auf Ressourceneffizienz und den Abbau bürokratischer Hürden zu beachten.