

## **Änderungsantrag**

**der Abgeordneten Pia Zimmermann, Sören Pellmann, Susanne Ferschl, Doris Achelwilm, Simone Barrientos, Matthias W. Birkwald, Dr. Birke Bull-Bischoff, Anke Domscheit-Berg, Brigitte Freihold, Sylvia Gabelmann, Brigitte Freihold, Nicole Gohlke, Dr. Achim Kessler, Katja Kipping, Jutta Krellmann, Pascal Meiser, Cornelia Möhring, Norbert Müller (Potsdam), Dr. Petra Sitte, Jessica Tatti, Harald Weinberg, Katrin Werner, Sabine Zimmermann (Zwickau) und der Fraktion DIE LINKE.**

**zu der zweiten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung  
– Drucksachen 19/19368, 19/20720 –**

### **Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)**

Der Bundestag wolle beschließen:

1. In Artikel 1 Nummer 2 wird nach § 37c Absatz 1 Satz 3 folgender Satz eingefügt:  
„§ 37 Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend.“
2. Artikel 2 wird wie folgt geändert:
  - a) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:
    1. § 37 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
      - a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:  
„Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen, Kindergärten und stationären Einrichtungen gemäß § 71 Absatz 2 des Elften Buches, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.“
      - b) Satz 3 wird wie folgt gefasst:  
„Der Anspruch nach Satz 1 besteht im Einzelfall auch für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die Anspruch auf Leistungen nach § 37c haben.“
      - c) Satz 8 wird aufgehoben.“

- b) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:
2. § 37 Absatz 2a wird wie folgt gefasst:
- „(2a) Zur pauschalen Abgeltung der Behandlungspflege nach Absatz 2 Satz 1 in stationären Einrichtungen gemäß § 71 Abs. 2 des Elften Buches zahlen die Krankenkassen von Amts wegen für jeden Versicherten, der Leistungen nach § 43 Abs. 2 des Elften Buches bezieht, an die Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2021 einen monatlichen Zuschlag in Höhe von 350 Euro. Der Zuschlag erhöht sich in den Folgejahren jeweils zum 1. Januar entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches. Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die einen Bedarf an Behandlungspflege nach § 37c haben, sind von der Pauschalierung des Anspruchs nach Satz 1 ausgenommen.“
- c) Die bisherigen Nummern 2 und 3 werden die Nummern 3 und 4.
3. Artikel 3 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:
6. § 82 Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:
- „Sie umfasst auch die Betreuung und, soweit bei stationärer Pflege kein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches besteht, die medizinische Behandlungspflege, soweit deren Kosten die pauschale Abgeltung nach § 37 Absatz 2a des Fünften Buches überschreiten.“
- b) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 7 eingefügt:
7. § 84 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
- „Pflegesätze sind die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die teil- oder vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims sowie für die Betreuung.“
- b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
- „Die Medizinische Behandlungspflege wird gemäß § 37 Absatz 2a des Fünften Buches von der Krankenversicherung finanziert.“
- c) Die bisherige Nummer 7 wird Nummer 8.

Berlin, den 30. Juni 2020

**Amira Mohamed Ali, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion**

## Begründung

Die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen steht seit Bestehen der Sozialen Pflegeversicherung in der Kritik. Für Menschen mit Pflegebedarf, die zuhause leben, finanziert die Krankenversicherung diese Leistungen. Für Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen finanziert die Krankenversicherung nur bei einem besonders hohen Versorgungsbedarf. Grundsätzlich sollen für Menschen in Pflegeheimen die Kosten mit den pauschalierten Leistungsbeträgen der Pflegeversicherung abgegolten sein. Doch diese Pauschalen spiegeln kaum den Aufwand der Grundpflege wider. Praktisch tragen pflegebedürftige Menschen in Heimen die Kosten der Behandlungspflege über ihren Eigenanteil an den Pflegekosten selbst. Diese Kosten betragen bereits 2017 (vgl. Ergebnisbericht, VKAD – Projekt – Datenerhebung zur Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen (2016/2017), 26.04.2017) geschätzt 300 Euro pro Monat.

Der Aufwand an medizinischer Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen hat in den letzten Jahren weiter zugenommen. Steigende Multimorbidität sowie wachsende Aufwände durch Infektionen und Infektionsschutz erhöhen den Pflegebedarf und damit die Behandlungskosten weiter.

Die bestehende Gesetzeslage zur Behandlungspflege schafft eine deutliche Ungleichbehandlung. Obwohl auch Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen Beiträge in die Krankenversicherung zahlen, entscheidet der Versorgungsort „zu Hause“ oder „im Heim“ darüber, ob die Kosten der Behandlungspflege von der Krankenversicherung übernommen werden oder selbst zu zahlen sind.

Diese vielfach kritisierte Ungleichbehandlung wird durch den vorliegenden Entwurf des Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) noch verstärkt.

Zu Nummer 1 (§ 37c SGB V)

Die Änderung verhindert Leistungskürzung. Derzeit haben Betroffene einen Anspruch auf Behandlungspflege gegenüber ihrer Krankenkasse. (§37 Absatz 1 SGB V) Der Begriff der Behandlungspflege ist weitreichend, und umfasst alle „krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen“. Also alle pflegerischen Maßnahmen, die unmittelbar auf die Krankheit zurückzuführen sind. Das sind regelmäßig neben der medizinischen Behandlungspflege auch Leistungen der Grundpflege bzw. körperbezogene Pflegemaßnahmen.

Zukünftig soll sich der Anspruch der Betroffenen gegenüber der Krankenkasse auf medizinische Behandlungspflege beschränken. Körperbezogene Pflegemaßnahmen wären zukünftig von den pauschalen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zu tragen – und wenn diese erschöpft sind – von den Betroffenen (quasi als „Eigenanteil“) bzw. dem Sozialamt. Deshalb wird die bisherige Regelung, die vollständige Übernahme aller Kosten der Behandlungspflege als Satzungsleistung der Kassen umzusetzen, auch für die außerklinische Intensivpflege nach §37c SGB V festgeschrieben.

Zu Nummer 2 (§ 37 SGB V)

Im neu geschaffenen Leistungsanspruch „außerklinische Intensivpflege“ (§ 37c SGB V) regelt Absatz 3 die Finanzierung dieses Leistungsanspruches in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach §43 SGB XI. Hier umfasst die Finanzierung der Intensivpflege – unter Anrechnung des pauschalen Leistungsbetrages der Pflegeversicherung nach §43 SGB XI je nach Pflegegrad – vollumfänglich sowohl alle Pflegekosten, also auch die Kosten der medizinischen Behandlungspflege, die betriebsnotwendigen Investitionskosten sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 SGB XI.

Während pflegebedürftige Menschen ohne Intensivpflegebedarf im Pflegeheim sowohl die Kosten der Behandlungspflege (anteilig), als auch die betriebsnotwendigen Investitionskosten und die Kosten für Unterkunft und Verpflegung selbst tragen, übernimmt die Krankenversicherung diese Kosten für intensiv pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner nach dem Gesetzentwurf in voller Höhe. Diese Vollfinanzierung kann die jeweilige Krankenkasse sogar über den Zeitraum des bestehenden Intensivpflegeanspruchs hinaus verlängern.

Das kommt einer faktischen Einführung der Pflegevollversicherung für Menschen mit Intensiv-Pflegebedarf in stationären Einrichtungen gleich. Benachteiligt werden jedoch Menschen mit Pflegebedarf in Pflegeheimen ohne Anspruch auf Intensivpflege. Sie werden den höheren Pflegeaufwand der Einrichtung über weiter steigende Eigenanteile und notwendige Investitionen über höhere Zuzahlungen mitfinanzieren müssen. Zu befürchten sind auch weitere Erschwernisse, überhaupt einen stationären Pflegeplatz zu finden.

Allerdings verkörpert der vorgeschlagene § 37c Absatz 3 SGB V im Gesetzentwurf das indirekte Eingeständnis der Bundesregierung, dass die Krankenversicherung grundsätzlich – unabhängig vom Leistungsort – für die medizinische Behandlungspflege finanziell verantwortlich ist. Schon Artikel 7 der Pflegepersonalstärkungsgesetzes von 2019 hat mit seiner Änderung des § 37 Absatz 2a SGB V die Finanzierungszuständigkeit der Krankenversicherung für Leistungen der Behandlungspflege in Pflegeheimen teilweise anerkannt. Allerdings reicht die bisher gesetzlich festgelegte Summe in Höhe von 640 Millionen Euro jährlich nicht aus, um die Kosten der Behandlungspflege in Pflegeheimen für alle Bewohnerinnen und Bewohner und vollumfänglich zu finanzieren. Für 800.000 stationär versorgte Menschen entstehen der Krankenversicherung durch die im Änderungsantrag vorgeschlagene Pauschale pro Person jährliche Kosten von 4.200 Euro und insgesamt ein Kostenaufwand von 3,36 Milliarden Euro.

Zu Nummer 3 (§§ 82 und 84 SGB XI)

Es gab noch nie eine Rechtfertigung für die Ungleichbehandlung in der Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege. Schon gar keine Berechtigung hat eine Verschärfung dieser Ungleichbehandlung durch vollfinanzierte Versicherte mit Intensivpflegebedarf gegenüber Versicherten ohne Intensivpflegebedarf innerhalb einer Pflegeeinrichtung.

Der neue Satz 2 im § 84 Absatz 1 SGB XI schreibt die Finanzierungsverantwortung der Krankenversicherung entsprechend der Pauschalregelung nach § 37 Abs. 2a SGB V für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen fest. Damit wird die ungleiche Finanzierung von Menschen mit und ohne Intensivpflegebedarf innerhalb stationärer Pflegeeinrichtungen sowie zwischen stationärer und häuslicher Versorgung zumindest abgemildert.

Die Beitragssatzstabilität kann trotz stark steigender Kosten auch bei einer Vollfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege durch die Krankenversicherung an allen Leistungsorten gewahrt werden, wenn die Bundesregierung endlich eine Solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung auf die Agenda setzt. Unverzögerlich umsetzbar wäre beispielsweise eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze.