

Antrag

der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider, Dr. Christina Baum, Kay-Uwe Ziegler, Thomas Dietz, Robert Farle, Jürgen Braun, Peter Felser, Dietmar Friedhoff, Markus Frohnmaier, Kay Gottschalk, Mariana Iris Harder-Kühnel, Karsten Hilse, Steffen Janich, Dr. Malte Kaufmann, Dr. Michael Kaufmann, Stefan Keuter, Norbert Kleinwächter, Rüdiger Lucassen, Edgar Naujok, Martin Reichardt, Dr. Dirk Spaniel, Klaus Stöber und der Fraktion der AfD

Leistungsbezogene Vergütung der medizinischen Behandlungspflege statt Pauschalen – Die medizinische Behandlungspflege in der stationären, ambulanten und häuslichen Pflege der Finanzzuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung unterstellen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Am 01.08.2018 wurde im Rahmen des „Sofortprogramms Pflege“ der Gesetzentwurf zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonalstärkungsgesetz, PsSG) vom Kabinett beschlossen. Ziel des Gesetzes sollen spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege sein.¹ Zur Unterstützung für jede stationäre Pflegeeinrichtung sollen insgesamt 13.000 Pflegekräfte mehr zur Verfügung gestellt werden, für die laut Begründung zum Gesetzentwurf, die GKV (gesetzliche Krankenversicherung) pauschal einen Betrag an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zahlt, während die private Pflegeversicherung sich entsprechend der Zahl der Pflegebedürftigen anteilig beteiligt.² Damit soll der Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege³ in vollstationären Pflegeeinrichtungen der Altenpflege „besser“ berücksichtigt werden.⁴ Nach § 43 Absatz 2 Satz 1 SGB XI übernimmt für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen die (gesetzliche) Pflegekasse die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

¹ Homepage Bundesministerium für Gesundheit, „Sofortprogramm Pflege“, S.1, abgerufen am 19.09.2018

² Siehe Fußnote 1, S. 6, 7

³ Medizinische Behandlungspflege umfasst alle die ärztliche Behandlung ergänzenden nichtärztlichen HeilHilfsleistungen; sind vom Grad des Wissens und Könnens der Pflegekraft abhängig. Sie umfassen beispielsweise die Verabreichung von Medikamenten und Injektionen, das Anlegen und Wechseln von Verbänden, Katheterisierung, Einläufe, Spülungen, Dekubitusversorgung. Vgl. Hänlein/Schuler Kommentar SGB V, § 37 Rdnr. 19

⁴ Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Pflegepersonalstärkungsgesetz, B. Lösung, S. 1

Da die Pflegekassen jedoch nur die gesetzlich festgelegten Pauschalbeträge je Pflegegrad zahlen, trägt der gesetzlich versicherte Heimbewohner einen großen Teil der medizinisch verordneten behandlungspflegerischen Leistungen selbst. Dies gilt für privatversicherte Heimbewohner entsprechend. Im Bereich der häuslichen Pflege übernimmt jedoch die gesetzliche Krankenkasse alle Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen des § 37 SGB V. Diese unterschiedliche Regelung führt dazu, dass stationäre Pflegeeinrichtungen deutlich weniger von den Pflegekassen für die gleichen, hochkomplexen Pflegeleistungen vergütet bekommen, als es im ambulanten oder häuslichen Bereich der Fall ist. Gleichzeitig müssen die Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen die fehlende Refinanzierung durch hohe Eigenanteile an den Heimkosten ausgleichen, obwohl auch sie Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zahlen. An dieser ungerechten Finanzierungsgrundlage ändert auch der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Stärkung des Pflegepersonals nichts. Durch die Schaffung von zusätzlich insgesamt 13.000 Stellen für Pflegekräfte, die, wenn auch nur geringfügig, zu einer Arbeitsentlastung bei der Erbringung medizinisch behandlungspflegerischer Leistungen führen, ändert sich die Ungleichbehandlung vollstationär versorgter Pflegebedürftiger in der Finanzierung dieser Leistungen nicht.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

die in hohem Maße ungerechte Behandlung von pflegebedürftigen Heimbewohnern bei der Finanzierung von medizinisch behandlungspflegerischen Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung zu beenden, indem

1. durch Streichung des § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V,
2. durch Änderung des § 43 Absatz 2 Satz 1 SGB XI dahingehend, dass die Krankenkasse die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege übernimmt,
3. durch Änderung des § 84 Absatz 1 SGB XI dahingehend, dass die medizinische Behandlungspflege von der Krankenversicherung finanziert wird, gleiche Finanzierungsgrundlagen für die Erbringung behandlungspflegerischer Leistungen in der ambulanten, häuslichen und vollstationären Pflege geschaffen werden, wobei sichergestellt wird, dass dabei die Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung nicht erhöht werden.

Berlin, den 25. Januar 2022

Dr. Alice Weidel, Tino Chrupalla und Fraktion

Begründung

Die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen steht seit langer Zeit in der Kritik. Für Pflegebedürftige, die zuhause leben, werden diese Leistungen von der Krankenversicherung getragen. Bei Heimbewohnern springt die Krankenkasse nur ein, wenn über mindestens sechs Monate ein besonders hoher Versorgungsbedarf besteht (§ 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V). Grundsätzlich sollen für Pflegebedürftige in Heimen die Kosten mit den pauschalierten Leistungsbeträgen der Pflegekassen abgegolten sein (§ 43 Absatz 2 Satz 1 SGB XI). Doch diese Pauschalen spiegeln allenfalls den Aufwand der Grundpflege wider. Die pflegebedürftigen Menschen in Heimen müssen daher die Behandlungspflege über ihren Eigenanteil an den Pflegekosten selbst tragen, obwohl sie – wohlgermerkt – auch Beiträge in die gesetzliche Krankenversicherung zahlen.

Bewohner in Pflegeheimen zahlen faktisch doppelt, um medizinisch pflegepflegerische Leistungen zu erhalten und – mit der Zahlung des monatlich anfallenden Heimentgeltes- auch unabhängig davon, ob sie die pflegepflegerischen Leistungen überhaupt in Anspruch nehmen. Damit entscheidet allein der Versorgungsort des Pflegebedürftigen darüber, ob er Leistungen aus seiner Krankenversicherung erhält, oder nicht. Hinzu kommt, dass infolge hoher Eigenanteile an den Heimkosten schon jetzt fast 320.000 Menschen in Einrichtungen auf „Hilfe zur Pflege“ nach dem SGB XII angewiesen sind, von denen ein Großteil in Pflegeheimen lebt. Der Sozialhilfeträger wird damit durch die bestehende Regelung ebenfalls ungerechtfertigt stark belastet.

Für dieses Problem bietet die Bundesregierung mit dem Entwurf des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG) keine Lösung. Es kann nicht sein, dass Pflegebedürftige in der Wahlfreiheit ihres Versorgungsortes dadurch eingeschränkt werden, dass sie bei stationärer Pflege als Beitragszahler finanziell benachteiligt werden und der Gesetzgeber diese Benachteiligung nicht nur weiter fördert, sondern auch die dadurch entstehende Belastung der Sozialhilfeträger billigend in Kauf nimmt. Die medizinische Behandlungspflege ist deshalb für Heimbewohner künftig direkt aus Mitteln der Krankenversicherung zu finanzieren.

Prof. Dr. Rothgang⁵ hatte dazu schon 2013 errechnet, dass es sich um ein Leistungsvolumen von 1,1 bis 2,3 Mrd. Euro handelt. Die Krankenkasse darf sich nicht zu Lasten der pflegebedürftigen Heimbewohner und der Sozialhilfe mit einer Zahlung von jährlich 640 Mio. Euro an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für 13.000 zusätzliche Stellen aus ihrer grundsätzlich bestehenden Leistungsverpflichtung „freikaufen“. Das Angebot der Zahlung von jährlich 640 Mio. Euro für die Schaffung von zusätzlich insgesamt 13.000 Stellen aus Mitteln der GKV hat nichts mit deren Leistungsverpflichtung gegenüber ihren Versicherten zu tun. Die Ungerechtigkeit in der Behandlung vollstationär versorgter Pflegebedürftiger bei der Kostenübernahme der medizinischen Behandlungspflege ist trotz der neu geschaffenen 13.000 Stellen nicht beseitigt, zumal diese rein rechnerisch ohnehin nur sechs Minuten zusätzliche Zeit pro Heimbewohner pro Tag bringen und damit die komplexe medizinische Behandlungspflege bei Pflegebedürftigen nicht einmal im Ansatz abdecken können.⁶ Die medizinische Behandlungspflege ist daher in § 37 Absatz 2 Satz 2 SGB V, § 43 Absatz 2 Satz 1 in die alleinige Leistungspflicht der Krankenkassen zu überführen und in der Folge in § 84 Absatz 1 SGB XI aus den Pflegesätzen herauszulösen. Diese Umstellung darf nicht auf dem Rücken der Patienten und Beitragszahler stattfinden. Es ist daher sicherzustellen, dass die Sozialversicherungsbeiträge für die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung bei dieser Umstellung nicht erhöht werden.

⁵ Rothgang/Müller (2013): Verlagerung der Finanzierungscompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege in die Krankenversicherung, S. 32

⁶ Deutsche Stiftung Patientenschutz, Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für einen Gesetzentwurf zur Stärkung des Pflegepersonals, Ausgabe 3/2018, 06.07.2018, S. 5

