

## Änderungsantrag

der Fraktionen FDP, DIE LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

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

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

Der Bundestag wolle beschließen:

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nummer 2 § 37c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Versicherte erhalten außerklinische Intensivpflege

1. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach den §§ 42 oder 43 des Elften Buches erbringen.
2. in Einrichtungen im Sinn des § 43a Satz 1 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches
3. in einer Wohneinheit im Sinne des § 1321 Absatz 5 Nummer 1
4. in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen, Kindergärten und in Werkstätten für behinderte Menschen.

Wünschen der Versicherten, die sich auf den Ort der Leistung nach Satz 1 richten, ist zu entsprechen. Der Medizinische Dienst überprüft auf Veranlassung der Krankenkasse jährlich durch persönliche Begutachtung, ob die medizinische und pflegerische Versorgung am Ort der Leistungserbringung qualitätsgerecht sichergestellt ist. Dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen. Abweichend von Satz 3 empfiehlt der Medizinische Dienst Zeiträume von bis zu drei Jahren zwischen den Überprüfungen, wenn er bei zwei aufeinander folgenden Überprüfungen zum Ergebnis kommt, dass die Versorgung qualitätsgerecht sichergestellt

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

ist, Satz 9 bleibt unberührt. Kommt der Medizinische Dienst zu dem Ergebnis, dass die medizinische und pflegerische Versorgung nicht qualitätsgerecht sichergestellt ist, schafft die Krankenkasse Abhilfe am Ort der Leistungserbringung. Das Ergebnis der Überprüfung ist transparent darzustellen und den Versicherten verständlich zu erläutern. Das Widerspruchsrecht gegen die Leistungsentscheidung bleibt unberührt. Liegen der Krankenkasse Anhaltspunkte vor, dass die medizinische und pflegerische Versorgung nicht qualitätsgerecht gewährleistet ist, kann sie die Überprüfung nach Satz 3 zu einem früheren Zeitpunkt veranlassen. Die Leistung an einem Leistungsort nach Satz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 kann versagt werden, wenn das erforderliche Einverständnis zum Betreten des Wohnraums der oder des Versicherten durch die oder den Versicherten oder deren gesetzliche Vertretung wiederholt nicht vereinbart werden kann und dadurch die Überprüfung nach Satz 3 oder Satz 7 nicht möglich ist. Die §§ 65, 66 und 67 des Ersten Buches bleiben unberührt. „§ 37 Abs. 4 gilt entsprechend, wenn außerklinische Intensivpflege im Rahmen eines Persönlichen Budgets im Sinne von §29 des Neunten Buches ausgeübt wird.“

- b) In Absatz 4 Satz 2 werden nach dem Wort „Betrag“ die Wörter „begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr“ eingefügt.
2. In Nummer 14 § 1321 Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „über die“ die Wörter „einheitliche und flächendeckende“ eingefügt.

Berlin, den 30. Juni 2020

**Christian Lindner und Fraktion**

**Dr. Sahra Wagenknecht, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion**

**Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion**

## **Begründung**

### Zu Nummer 1

#### Zu Buchstabe a

Artikel 3 Absatz 3 GG bindet den Gesetzgeber an den Gleichheitsgrundsatz. Selbst die besonderen Gestaltungsspielräume für den Sozialgesetzgeber erlauben ihm keine Ungleichbehandlungen, die sich nicht aus der Sache selbst heraus rechtfertigen lassen.

Zudem verpflichtet sich die Bundesrepublik Deutschland mit Artikel 19 der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK), zu gewährleisten, dass „Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben“. Dies gilt nach Artikel 26 – wie nach anderen Artikeln der Konvention auch – gleichermaßen für alle Menschen mit Pflegedarf infolge ihrer meist dauerhaften Beeinträchtigungen.

Ein Gesetzestext, der der Krankenkasse ein Entscheidungsrecht über den Aufenthaltsort des Versicherten einräumt wird diesen Normen nicht gerecht. Der Änderungsantrag zu Absatz 2 stellt dagegen sicher, dass Versicherte selbst entscheiden, wo sie leben wollen, und die Krankenkasse diesen Wünschen zu entsprechen hat. Der Medizinische Dienst überprüft jährlich, wie die medizinische und pflegerische Versorgung am jeweiligen Leistungsort qualitätsgerecht sichergestellt ist. Die Krankenkassen werden verpflichtet, bei etwaigen Mängeln Abhilfe zu

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

schaffen und damit ihrem Sicherstellungsauftrag nachzukommen, ohne dass sich dies zu Lasten der intensivpflegebedürftigen Person auswirkt.

Absatz 2 Satz 1 zählt wie im Gesetzentwurf die unterschiedlichen Leistungsorte auf, an denen Intensivpflege erbracht werden kann. Satz 2 regelt eindeutig, dass der oder die Versicherte den Ort der Leistungserbringung bestimmen kann, wenn er oder sie dies wünscht. Damit wird Artikel 19 der UN-BRK vollumfänglich Rechnung getragen.

Nach Satz 3 hat die Krankenkasse den Medizinischen Dienst einmal jährlich zu beauftragen, die qualitätsgerechte Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu überprüfen. Anders als bisher vorgesehen ist diese Überprüfung aber keine Grundlage für die Krankenkasse, den Leistungsort jährlich neu zu bestätigen, sondern dient ausschließlich der Feststellung etwaiger Mängel.

Bei der Überprüfung sind vom Medizinischen Dienst die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen (Satz 4). Damit wird sichergestellt, dass die Überprüfung personenzentriert erfolgt. Zeigen sich bei der Überprüfung Mängel, sind diese von der Krankenkasse zu beseitigen (Satz 5). Dies entspricht ihrem Sicherstellungsauftrag, wie auch ihrem gesetzlichen Auftrag nach § 2 in Verbindung mit § 2a des Fünften Buches, nach der die Krankenkassen den Versicherten die Leistungen zur Verfügung zu stellen und dabei die besonderen Belange von Menschen mit Behinderungen Rechnung zu tragen haben. Klargestellt wird, dass die Überprüfung durch den Medizinischen Dienst nicht der Kontrolle der Versicherten dient, sondern etwaigen Handlungsbedarf für die Krankenkassen ermittelt.

Satz 6 bestimmt, dass und wie die Versicherten regelmäßig über das Ergebnis der Überprüfung informiert werden. Dieser Regelungsvorschlag entspricht § 18 Absatz 3 Nummer 3 Satz 10 SGB XI zur Begutachtung im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Dadurch wird die erforderliche Transparenz des Überprüfungsgeschehens hergestellt. Das Widerspruchsrecht gegen die Leistungsentscheidung der Krankenkasse bleibt unberührt.

Satz 11 stellt klar, dass Versicherte im Rahmen eines Persönlichen Budgets im Sinne von § 29 SGB IX auch selbst beschaffte Pflege- und Assistenzkräfte einsetzen können, wenn die Leistung auf diese Art und Weise gewünscht und zweckmäßig ist. Durch das in § 18 SGB IX verankerte Teilhabepflichtverfahren ist sichergestellt, dass die Versorgungssituation ausreichend stabil und Unterstützung durch qualifizierte Fachkräfte im erforderlichen Maß gewährleistet ist.

#### Zu Buchstabe b

Begrenzt wird die Zuzahlung für intensiv zupflegende Versicherte, die häuslich versorgt werden auf 10 % der realen Kosten für 28 Tage pro Jahr. Das entspricht der derzeitigen Regelung und sichert, dass intensivpflegepflichtige Versicherte nach Inkrafttreten des IPReG im Vergleich zur bisherigen Regelung nicht schlechter gestellt werden. Der finanzielle Anreiz für eine stationäre Unterbringung in Einrichtungen nach § 43 SGB XI bleibt bestehen, da Absatz 3 in diesen Einrichtungen über den Regelfall hinaus auch Entgelte für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten umfasst.

#### Zu Nummer 2 (§ 132l SGB V)

132a Abs. 1 SGB V regelt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene (...) gemeinsame Rahmenempfehlungen über die einheitliche und flächendeckende Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abzugeben haben. Diese Regelung soll die Rahmenbedingungen dafür schaffen, dass ausreichend Leistungsanbieter vorhanden sind. Diese Regelung wird nun in § 132 l - neu - übernommen. Die Ergänzung der Wörter „einheitlich und flächendeckend“ analog zu § 132 a SGB V ist erforderlich, um die ambulante Versorgung flächendeckend sicherzustellen als Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse ihren Sicherstellungsauftrag erfüllen kann.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.