

## **Entschließungsantrag**

**der Abgeordneten Pia Zimmermann, Sören Pellmann, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, Sylvia Gabelmann, Dr. Achim Kessler, Katja Kipping, Jutta Krellmann, Cornelia Möhring, Jessica Tatti, Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau) und der Fraktion DIE LINKE.**

**zu der dritten 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:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die intensivpflegerische Versorgung und die medizinische Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung sind tatsächlich und dauerhaft zu stärken. Das wirft nicht nur grundlegende Finanzierungs- und Strukturfragen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung auf. Zugleich rückt die besondere Gefährdung von multimorbiden älteren und jüngeren Menschen mit oder ohne Behinderungen, die Intensivpflege brauchen, unter Bedingungen einer epidemischen Notlage besonders ins Licht.

Die erklärte Absicht der Bundesregierung, Leistungen der Intensivpflege verstärkt und vorrangig in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI anzubieten, ist angesichts der aktuellen Infektionsdramatik in Pflegeheimen und der nachfolgenden hohen Zahl an Todesfällen äußerst fragwürdig. Handelt es sich doch bei Menschen mit Intensivpflegebedarf um besonders gefährdete Gruppen mit einer geschwächten Immunabwehr. Das betrifft nicht nur Menschen, die dauerhaft beatmet und tracheotomiert werden müssen.

Das erklärte gesetzliche Ziel, so lange und so weit wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und eine hohe Versorgungsqualität zu sichern, braucht gesellschaftliche Rahmenbedingungen, um praktisch umgesetzt werden zu können. Unter den schlechten Arbeitsbedingungen in der Altenpflege und im Rehabilitationsbereich, unter Personalnotstand sowie ohne massive Investitionen in die Pflegeinfrastruktur und in die Rehabilitationsversorgung kann eine dauerhafte und tatsächliche Qualitätsverbesserung jedoch nicht gelingen.

Der neue Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege im Fünften Buch Sozialgesetzbuch darf keine neuen Ungleichbehandlungen in der stationären Versorgung schaffen. 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.

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK), insbesondere die Artikel 19, 25 und 26 gelten auch für Menschen mit Pflegebedarf, da diese auch mit langfristigen Beeinträchtigungen leben müssen. Diese Konvention verbietet wie das Grundgesetz Diskriminierung und Ungleichbehandlung. Die UN-BRK garantiert das Selbstbestimmungsrecht sowie das Wunsch- und Wahlrecht bezüglich des Wohnortes.

Gleiche, bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung für jede und jeden an jedem Leistungsort erfordert eine solidarische Finanzierung der Gesundheits- und Pflegeversicherung. Weder der Personalmangel noch die Kostenexplosion in der Versorgung sind durch Umschichtungen zwischen den Versorgungsbereichen oder durch Leistungseinschränkungen zu beheben. Alle Gesetzesvorschläge der letzten Zeit haben dies bewiesen. Jede angestrebte Leistungsverbesserung verschärft den Handlungsbedarf, in der Finanzierung von Gesundheitsversorgung und Pflege endlich umzusteuern.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

unverzüglich gesetzliche Regelungen vorzulegen und weitere Maßnahmen zu ergreifen, um folgende Ziele zu erreichen:

1. Für mehr Pflegekräfte, vor allem für eine qualitätssichernde Anzahl von Pflegefachkräften sowohl in der Intensivpflege, in der Kranken- und Altenpflege als auch in der Rehabilitation werden unverzüglich weitere Maßnahmen für bessere Arbeitsbedingungen und flächendeckende tarifliche Entlohnung ergriffen. Arbeitszeitverkürzung bei vollem Lohnausgleich sowie gebührenfreie Weiterbildung sollen Gesundheits- und Pflegeberufe in den Krankenhäusern, in der Altenpflege und in der Rehabilitation attraktiver machen. Die Kostenbelastungen für die Patientinnen und Patienten sowie für die Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf dürfen nicht weiter steigen.
2. Eine steuerfinanzierte Bonuszahlung in Höhe von 1.500 Euro wird für alle Gesundheits- und Pflegebeschäftigten und auch für alle Beschäftigten in der Behindertenhilfe festgeschrieben und ausgezahlt.
3. Die Ungleichbehandlung in der Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege für Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen sowie in Einrichtungen der Behindertenhilfe wird aufgehoben. Die Kosten für medizinische Behandlungspflege werden in allen stationären und teilstationären Einrichtungen vollumfänglich von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Der Leistungsanspruch auf (medizinische) Behandlungspflege, häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege wird durch eine Legaldefinition für alle Sozialgesetzbücher einheitlich gefasst. Dabei sind Leistungskürzungen zu vermeiden.
4. In einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite sind besondere Schutzmaßnahmen für Menschen mit Pflegebedarf, für Menschen mit Intensivpflegebedarf und für Menschen mit Behinderungen gesetzlich vorzuschreiben und extrabudgetär aus Bundesmitteln zu finanzieren. Dazu zählen insbesondere die Finanzierung von Schutzausrüstungen für diese Menschen und ein Verbot, Patientinnen

und Patienten, die intensivpflegerisch versorgt werden müssen, in epidemischen Notlagen in stationäre Pflegeeinrichtungen einzuweisen. Das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz wird erst mit Aufhebung der aktuellen epidemischen Lage umgesetzt.

5. Der Grundsatz „Rehabilitation vor und bei Pflege“ wird umgesetzt und die Regelungen der unterschiedlichen Sozialgesetzbücher werden zusammenführt und vereinfacht. Dazu sind der Mehrkostenvorbehalt bei der Wahl einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung sowie der Genehmigungsvorbehalt für alle Bereiche der medizinischen Rehabilitation zu streichen. Die Wiederholungsfrist von vier Jahren ist schrittweise aufzuheben und ein Antragsrecht auf geriatrische Rehabilitation ist auch für die Patient\*innen sowie für pflegende Angehörige einzuführen. Die regelhafte Dauer von 20 Behandlungstagen beziehungsweise drei Wochen ist auf alle Rehabilitationsmaßnahmen auszuweiten.
6. Aus Bundesmitteln wird für einen Zeitraum von fünf Jahren ein Förderfonds zur Kofinanzierung von öffentlichen Investitionen in die Versorgungsstruktur der Altenpflege und der Rehabilitation eingerichtet. Digitale technische Hilfsmittel sowie Angebote der mobilen Rehabilitation sind besonders zu unterstützen. Der Anspruch auf Mittel aus diesem Fonds ist an Vergabestandards zu binden, die die Kostenbelastung der Patient\*innen sowie Bewohner\*innen spürbar senken und die Barrierefreiheit garantieren. Das betrifft insbesondere die Investitionskostenzulagen für Menschen mit Pflegebedarf nach dem SGB XI.
7. In die Erarbeitung der Richtlinien zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege nach § 92 Absatz 7g SGB V sind – über die für die Wahrnehmung der Interessen der betroffenen Versicherten maßgeblichen Spitzenorganisationen hinaus – Patientenvertretungen und -organisationen aus allen intensivpflegerischen Versorgungsbereichen nach § 37c SGB V sowie Selbstvertretungsorganisationen, Vereine und Verbände von Menschen mit Behinderungen entscheidungswirksam einzubeziehen.
8. Alle Maßnahmen werden solidarisch finanziert. Dafür wird die Beitragsbemessungsgrenze in der Kranken- und in der Pflegeversicherung mit Wirkung vom 1. Januar 2021 angehoben und nachfolgend die private Krankenversicherung schrittweise in die gesetzliche Versicherung überführt. Auf dieser Grundlage werden die Eigenanteile von Menschen mit Pflegebedarf in der Langzeitpflege sofort gesenkt mit dem Ziel, die Pflegevollversicherung umzusetzen.

Berlin, den 30. Juni 2020

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

