

Wahlcheck der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V. (BWK) für die Bundestagswahl am 22. September 2013

	BWKG	CDU	SPD	FDP	Die Linke	Bündnis 90/ Die Grünen
<p>1. Wie soll zukünftig eine nachhaltige Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser sichergestellt werden?</p>	<p>Die Krankenhäuser leisten einen bedeutsamen Beitrag zur qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung der Menschen. Außerdem sind sie ein bedeutender Wirtschaftszweig mit hohem Beschäftigungs-, Innovations- und Wachstumspotenzial. Zu einer fairen Krankenhausfinanzierung zählt insbesondere die vollständige Finanzierung der unabwendbaren jährlichen Kostensteigerungen durch die ungekürzte Anwendung eines prognostischen Orientierungswertes verbunden mit der Streichung der Abzugstatbestände beim Landesbasisfallwert. Gleichzeitig müssen die Länder ihre Investitionsverpflichtungen erfüllen.</p>	<p>Das Hauptproblem ist, dass die Krankenhäuser rechtswidrig aus der Betriebskostenvergütung Investitionen finanzieren, welche die Länder nicht zahlen. Sämtliche Lösungsvorschläge wurden bisher von den Ländern blockiert. Ziel der nächsten Wahlperiode muss sein, Instrumente zu schaffen, die dafür sorgen, dass die Länder ihren Investitionsverpflichtungen ausreichend nachkommen, dass es keine ungegerechtfertigten Mengensteigerungen gibt und dass nicht nur zusätzliche Finanzmittel zugeführt werden, sondern gleichzeitig auch Strukturveränderungen erfolgen. Dies ist auch nach Einführung des DRG-Systems nicht ausreichend gelungen.*</p>	<p>Unsere Positionen sind mit der Bundesratsinitiative unserer Sozialministerin Katrin Altpeter klar und deutlich fixiert. Wir fordern eine umfassende Krankenhausfinanzierungsreform. Kernbestandteile sind die Berücksichtigung unabwiesbare Kostensteigerungen, ein sachgerecht ermittelter Orientierungswert, eine Anpassung des DRG-Systems, besondere Regeln für ländliche und strukturschwache Regionen sowie Veränderungen hinsichtlich des Landesbasisfallwerts. Die Investitionsmittel im Landeshaushalt haben wir gegenüber der vorhergehenden Regierung um 35 % (!) auf über 400 Mio. Euro in 2014 erhöht.</p>	<p>Wir stehen einem monetaristischen System gegenüber. Da wir aber zwischen Bund und Ländern eine grundgesetzlich definierte und historisch gewachsene Aufgabenverteilung im Bereich der Sicherstellung von Krankenhauskapazitäten haben, kann eine entsprechende Änderung nicht einfach einseitig vorgenommen werden. Wenig hilfreich ist, einfach nur nach mehr Geld von Seiten des Bundes zu rufen. Eine wirkliche tiefgreifende Änderung braucht Zeit und die Bereitschaft aller Beteiligten. Diese Aufgabe wird aber in der nächsten Legislaturperiode unausweichlich sein.</p>	<p>Der „Orientierungswert“ muss Messlatte für die Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser sein und voll bezahlt werden. Die notwendigen Investitionen für die Krankenhäuser im Land betragen unbestritten 600 Mio. € pro Jahr. Die schwarz-gelbe Regierung hat so wenig bezahlt, dass nun ein Investitionsstau von über 1 Mrd. €, zulasten von Personalschlüssel und PatientInnen, besteht. Grün-SPD wollte den Investitionsstau stufenweise abbauen und die jährlich notwendigen Investitionen bezahlen. Wir kritisieren, dass diese Wahlversprechen nicht eingelöst werden. Für 2013 und 2014 sind je nur 422 Mio. € eingeplant. Die Folge: Baustelle statt Personal!*</p>	<p>Der Orientierungswert muss die Personal- und Sachkosten der Krankenhäuser sachgerecht abbilden. Für die regionale Versorgung unverzichtbare, aber nicht vollumfänglich wirtschaftlich zu betreibende Häuser müssen Sicherstellungszuschläge erhalten. Um deren Vereinbarung auf Bundesebene zu beschleunigen, wollen wir eine unmissverständliche gesetzliche Vorgabe mit Fristsetzung an die Verhandlungspartner. Darüber hinaus schlagen wir eine Reform der Investitionsfinanzierung vor. Länder und Krankenkassen sollen sich die Investitionskosten teilen können. Auf jeden Euro, den die Länder bereitstellen, sollen die Krankenkassen einen Euro drauflegen.*</p>

	BWKG	CDU	SPD	FDP	Die Linke	Bündnis 90/ Die Grünen
<p>2. Wie soll zukünftig sichergestellt werden, dass die zunehmenden ambulanten Leistungen der Krankenhäuser sachgerecht vergütet werden?</p>	<p>Der wachsende Beitrag der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung wird derzeit nicht angemessen vergütet. Der zunehmende Ärztemangel erschwert die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung alleine durch die niedergelassenen Ärzte. Die ambulante Notfallversorgung erfolgt bereits jetzt im großen Umfang durch die Krankenhäuser. Umfassende vertragliche Beziehungen bestehen jedoch nur zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Der Rechtsrahmen muss nunmehr den tatsächlichen Gegebenheiten angepasst werden. Dabei müssen die Krankenhausgesellschaften mit einbezogen werden.</p>	<p>Die ambulanten Leistungen der Krankenhäuser fallen unter die Zuständigkeit der Selbstverwaltungspartner im Bewertungsausschuss. Mit dem Versorgungsgesetz haben wir den Bereich flexibilisiert und den Selbstverwaltungspartnern vor Ort mehr Möglichkeiten gegeben, die eigene Situation besser zu berücksichtigen.</p>	<p>Nicht nur, aber auch aufgrund des Ärztemangels im ländlichen Raum müssen die dortigen Krankenhäuser mehr Verantwortung in der ambulanten Versorgung übernehmen können. Starre Sektorengrenzen, nicht verzahnte Planungszuständigkeiten und das Beharren auf historisch überholten Zuständigkeiten helfen hier nicht weiter. Wir wollen die sektorübergreifende Versorgungsplanung, die selektivvertraglichen Möglichkeiten der Krankenkassen sowie die Angleichung bei den Vergütungen weiterentwickeln. Die Zusammenarbeit von ambulantem und stationärem Sektor wollen wir dem sektorenübergreifenden Landesbeirat ausbauen.</p>	<p>Wir erkennen an, dass die Krankenhäuser in verschiedenen Regionen bereits fehlende ambulante Kapazitäten kompensieren und die medizinische Versorgung der Menschen auch im ländlichen Raum sicherstellen.</p> <p>Zum jetzigen Zeitpunkt erachten wir die Finanzierungssystematik i.S.d. § 120 SGB V und die daraus resultierenden Vertragsbeziehungen als sachgerecht. Dennoch gilt es die Entwicklungen bzgl. des Krankenhausanteils an der ambulanten Versorgung im Blick zu behalten.</p>	<p>Die doppelte Facharztstruktur im ambulanten und stationären Bereich ist ein besonderer Kostentreiber im Gesundheitssystem. Die ambulante Gesundheitsversorgung ist auszubauen. Die LINKE fordert, dass die Krankenhäuser insgesamt für die ambulante Versorgung zuständig und dafür auch ausreichend finanziert werden.</p>	<p>Wir befürworten die stärkere Beteiligung der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung, Sie leistet einen Beitrag zur Integration der Patientenversorgung. Zudem können durch die Vernetzung mit dem ambulanten Bereich kleine Häuser in strukturschwachen Regionen erhalten bleiben. Ihre Beteiligung an der ambulanten fachärztlichen ,Versorgung wollen wir deshalb erleichtern. Die derzeitigen Rahmenbedingungen der Notfallversorgung durch die Kliniken sind unbefriedigend. Die für die Notfallversorgung anfallenden Kosten müssen angemessen berücksichtigt werden.</p>

	BWKG	CDU	SPD	FDP	Die Linke	Bündnis 90/ Die Grünen
<p>3. Wie werden Sie sich dafür einsetzen, dass die für eine altengerechte Versorgung dringend erforderlichen Geriatrischen Institutsambulanzen (GIAs) nach § 118a SGB V realisiert werden können?</p>	<p>Um die geriatrischen Kompetenzen der Krankenhäuser zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung nutzen zu können, wurden GIAs verankert. Damit die GIA zur Umsetzung kommen kann, ist jedoch die „Kann“-Ermächtigung in eine „Muss“-Ermächtigung zu überführen. Zudem sollte die Finanzierung nicht über die vertragsärztliche Gesamtvergütung erfolgen, sondern die Leistungen direkt mit den Krankenkassen in Form einer Pauschalierung abgerechnet werden können. Auch müsste der Geltungsbereich um geriatrische Rehabilitationseinrichtungen und Geriatrische Schwerpunkte und Zentren erweitert werden.</p>	<p>Die Möglichkeit, eine Geriatrische Institutsambulanz einzurichten, war ein erster Schritt. Es wird nun eine intensive Evaluation erfolgen, um eine fundierte Entscheidung bezüglich eines Anpassungsbedarfs zu treffen. Sektorübergreifende, integrierte Versorgungsangebote sind für die kontinuierliche Versorgung älterer Menschen gerade auch im ländlichen Raum besonders wichtig</p>	<p>Angesichts der demografischen Veränderungen muss die geriatrische Versorgung ausgebaut werden. Die „Kann“-Ermächtigung ist eine Regelung der schwarz-gelben Bundestagsmehrheit. Wir haben im Bundesrat den Vorschlag „sind zu ermächtigen“ unterstützt. Klar ist, dass die Finanzierung für die GIA nur aus dem Gesamtbudget der GKV erfolgen kann. Da es um die ambulante Versorgung geht, bleibt nur die Verrechnung im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung übrig. Denn das Budget der Krankenhäuser oder des Rettungsdienstes hat damit nichts zu tun. Auch die Reha ist gesondert zu finanzieren. (s. unten)</p>	<p>Im Rahmen des Psych-Entgeltgesetzes hat die christlich-liberale Koalition die GIA eingeführt, da eine bedarfsgerechte Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten angesichts der demographischen Entwicklung eine zunehmend größere Herausforderung darstellt. Die Ausgestaltung insbesondere zum Versorgungsumfang, zur Anforderung an ein Therapiekonzept und zur Frage, welche Patientinnen und Patienten in einer geriatrischen Institutsambulanz behandelt werden sollen, ist Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung.</p>	<p>DIE LINKE in Baden-Württemberg unterstützt grundsätzlich die Position der Krankenhausesellschaft. Wie die Bundestagsfraktion sich entscheidet, im Fall des § 118a des SGB V, initiativ zu werden, um von einer „Kann- in eine Muss- Ermächtigung“ zu kommen, wird nach der Bundestagswahl entschieden. Allemal unterstützen wir die Direktabrechnung der Krankenhäuser.</p>	<p>Die Geriatrischen Institutsambulanzen können einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die zum Teil bereits bestehenden, zum Teil schon absehbaren Lücken bei der Versorgung älterer Patientinnen und Patienten zu schließen, Gesetzlich wurden sie aber erst jüngst verankert. Wir wollen deshalb abwarten, ob sich die beschlossenen gesetzlichen Regelungen als ausreichend erweisen. Sollte das nicht der Fall sein, sind rechtliche Regelungen analog der für Psychiatrische Institutsambulanzen zu prüfen.</p>

	BWKG	CDU	SPD	FDP	Die Linke	Bündnis 90/ Die Grünen
<p>4. Wie stehen Sie angesichts der finanziell prekären Situation vieler Rehabilitationseinrichtungen zu Überlegungen, für diese einen Anspruch auf leistungsgerechte Vergütung gesetzlich zu verankern?</p>	<p>Die steigenden Personal- und Sachkosten sowie Anforderungen an die Qualität werden seit Jahren nur marginal in die Vergütungen der Reha-Einrichtungen eingepreist. Es ist gesetzlich zu regeln, dass die Vergütungen den Kliniken ermöglichen müssen, bei wirtschaftlicher Betriebsführung ihre Leistungen dauerhaft entsprechend den qualitativen Anforderungen sowie dem Stand des medizinischen Fortschritts zu erbringen. Zudem muss die Vergütungsentwicklung in der Reha an die Kostenentwicklung geknüpft werden. Dazu muss zumindest der volle Orientierungswert aus dem Krankenhausbereich zugestanden werden.</p>	<p>Die ausschließliche Vertragskompetenz in Bezug auf die Vergütung von Rehabilitationsmaßnahmen liegt bei den beteiligten Vertragsparteien. Dabei soll selbstverständlich eine an Leistung orientierte Preisgestaltung erfolgen – nur so ist unser Gesundheitssystem langfristig wirtschaftlich. Deshalb haben wir eine Schiedsstellenlösung in dieser Legislaturperiode im Gesetz verankert. Eine Genehmigung der vereinbarten Vergütung durch das Land findet nicht statt. Wir wollen dem Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten bei der Auswahl einer Reha-Einrichtung besser Geltung verschaffen und werden die Wirksamkeit der bestehenden gesetzlichen Regeln überprüfen.*</p>	<p>Wir brauchen endlich die wirkliche Gleichstellung der medizinischen Rehabilitation mit der medizinischen Akutversorgung. Zugangshürden müssen abgebaut, Reha-Deckel und Reha-Budgetbegrenzungen müssen beseitigt werden. Dementsprechend müssen wir eine leistungsgerechte Vergütung auch hier definieren. Zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit brauchen wir eine Offensive in der geriatrischen Rehabilitation.</p>	<p>Die Rehabilitation ist zur Sicherstellung der Teilhabe in Beruf und Gesellschaft von besonderer Bedeutung. Ziel der Rehabilitation muss die Sicherung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sein, denn für uns gelten die Grundsätze Reha vor Rente und Reha vor Pflege. Aufgrund des demographischen Wandels wird die Rehabilitation zunehmend wichtiger. Diesem Wandel muss auch im gesamten Gesundheitssystem Rechnung getragen werden – auch mit einer leistungsgerechten Vergütung.</p>	<p>Wir unterstützen die Forderungen der Krankenhausgesellschaft.</p> <p>Die REHA-Einrichtungen werden unzureichend und nicht entsprechend der real entstehenden Kosten finanziert. Deshalb tritt die Partei DIE LINKE für eine bedarfsgerechte und kostendeckende Finanzierung ein. Preissteigerungen und Steigerungen der notwendigen Personalkosten müssen berücksichtigt werden.</p>	<p>Vergütungen für Rehabilitationseinrichtungen müssen eine quantitativ ausreichende und qualitativ hochwertige Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden garantieren. Daneben muss eine faire Entlohnung der Beschäftigten möglich sein. Zugleich muss aber auch der wirtschaftliche Einsatz der zur Verfügung stehenden Beitrags- und Steuermittel gewährleistet werden.</p>

	BWKG	CDU	SPD	FDP	Die Linke	Bündnis 90/ Die Grünen
<p>5. Wie kann die bedarfsgerechte Versorgung mit Rehabilitationsleistungen angesichts des hohen Kostendrucks und der Sparanstrengungen der Kostenträger sichergestellt werden?</p>	<p>Der Bürger hat einen Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation, dessen Umsetzung durch den hohen Kostendruck gefährdet ist. Zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Reha-Versorgung sind erforderlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufhebung oder zumindest schnelle Anhebung des Reha-Budgets der Rentenversicherung, - finanzieller Ausgleich zwischen Kranken- und Pflegeversicherung, - Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten, etwa durch eine verpflichtende Begründung des Kostenträgers in den Bescheiden, sofern dieser von der Empfehlung des behandelnden Arztes oder des Patientenwunsches abweichen will. 	<p>siehe Antwort auf Frage 4.</p>	<p>Angesichts des demografischen Wandels und einem stetig wachsenden Leistungsdruck am Arbeitsmarkt ist der Ausbau von Prävention und Rehabilitation dringend erforderlich. Denn solche Investitionen zahlen sich volkswirtschaftlich aus. Der Rechtsanspruch muss näher definiert und der Reha-Deckel aufgehoben werden. Die Kosten für die geriatrische Rehabilitation sind von den Pflegekassen zu erstattet. Denn durch diese Leistungen wird entweder der Eintritt von Pflegebedürftigkeit hinausgeschoben oder sogar Pflegebedürftigkeit überwunden.</p>	<p>Wir setzen uns für die Sicherstellung einer wohnortnahen medizinischen Versorgung und damit auch für wohnortnahe Rehabilitationsangebote – ambulant und stationär – ein. Damit die Reha-Träger aber diesen Aufgaben auch in Zukunft genauso gut wie heute nachkommen können, sollen die Ausgaben für Reha-Leistungen an die demografische Entwicklung angepasst werden.</p>	<p>siehe Antwort auf Frage 4.</p>	<p>Der gesetzlich verankerte Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ wird sich angesichts der steigenden Anforderungen nur mit einer angemessenen Anhebung des Budgets für Teilhabeleistungen erfüllen lassen.</p>

	BWKG	CDU	SPD	FDP	Die Linke	Bündnis 90/ Die Grünen
<p>6. Wann ist damit zu rechnen, dass ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eine neue Grundlage für die Leistungen der Pflegeversicherung darstellen wird?</p>	<p>Der aktuelle Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI orientiert sich ausschließlich an somatischen Defiziten und blendet die Auswirkungen dementieller Erkrankungen fast vollständig aus. Es ist notwendig, zeitnah einen ressourcenorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriff einzuführen, der die Problematiken von dementiellen und psychischen Erkrankungen ausreichend berücksichtigt und somit der Situation pflegebedürftiger Menschen besser gerecht wird als bisher. Eine schnelle Änderung ist möglich, da die Grundlagen hierfür bereits erarbeitet wurden.</p>	<p>Wir haben einen Expertenbeirat zur Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes eingerichtet und damit einen wichtigen Schritt zur Umsetzbarkeit eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes getan. Die Ergebnisse werden noch in dieser Wahlperiode vorgelegt. Unter Zugrundelegung der Ergebnisse wird in der kommenden Wahlperiode zeitnah die Umsetzung gesetzgeberisch auf den Weg gebracht werden können.</p>	<p>Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff ist für uns das Kernelement einer Pflegereform. Vor allem Demenzerkrankte können so eine angemessene Versorgung erhalten. Mit der Reform muss die Möglichkeit der ambulanten Versorgung sowie Prävention und Rehabilitation gestärkt werden und somit auf die Bedürfnisse von dementiell erkrankten Menschen, psychisch Kranken und pflegebedürftigen Kindern ausgerichtet werden. Aufbauend auf den vorliegenden Empfehlungen soll eine Beurteilung der Alltagskompetenz in acht Modulen und die Unterteilung in fünf Bedarfsgrade die bisherigen drei Pflegestufen ablösen.</p>	<p>Die FDP wird sich dafür einsetzen, die vom Expertenrat unterbreiteten Vorschläge schnellstmöglich umzusetzen. Das bedeutet konkret: Der neue Pflegebegriff soll fünf Pflegegrade statt der bisherigen drei Pflegestufen umfassen. Dabei werden auch pflegebedürftige Menschen mit kognitiven Erkrankungen und psychischen Störungen gleichberechtigt neben den vorrangig körperlich betroffen einbezogen. Die vielfach kritisierte Minutenpflege wird abgeschafft. Wir setzen uns zudem für einen Bestandsschutz in Höhe des bisherigen Leistungsanspruchs für Leistungsbezieher ein.</p>	<p>Wir fordern einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, an dem in einer AG im Gesundheitsministerium unter der Leitung von Herrn Gohde derzeit gearbeitet wird. Die Pflegeversicherung müsste zahlen. Konkret bedeutet das nach unseren Berechnungen, dass die Pflegeversicherung um 1% erhöht werden muss – umgesetzt in personelle Betreuung und sachliche Leistungen. Die Finanzierung muss paritätisch von Arbeitgebern und ArbeitnehmerInnen geleistet werden.</p>	<p>Wir werden uns dafür einsetzen, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff schnellstmöglich ins SGB XI aufgenommen und umgesetzt wird.</p>

	BWKG	CDU	SPD	FDP	Die Linke	Bündnis 90/ Die Grünen
<p>7. Wie lässt sich die in § 30 SGB XI geregelte Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung unbürokratisch umsetzen?</p>	<p>In § 30 SGB XI ist vorgesehen, dass sich die Leistungsvergütung der Pflegeversicherung dynamisch entwickelt. Die Umsetzung ist aber mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden und schränkt so eine sinnvolle und notwendige Anpassung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung wesentlich ein. Stattdessen sollte eine regelmäßige jährliche Dynamisierung der Leistungsbeträge verbindlich gesetzlich geregelt werden, ohne dass hierzu ein Bericht der Bundesregierung oder eine Rechtsverordnung notwendig ist, so dass die Schere zwischen Pflegekosten und Leistungsbeträgen nicht weiter auseinander geht.</p>	<p>Es war ein großer Erfolg, die bis 2008 starren Pflegeleistungen einer Dynamisierung zuzuführen. Im ambulanten Bereich ist dieses gesetzlich bis 2012 erfolgreich durchgeführt worden. Aber eine Dynamisierung der Leistungen muss immer einhergehen mit der Entwicklung des Beitragssatzes, der genau wie die Dynamisierung gesetzlich festgelegt wird. Eine Entkopplung wäre vor diesem Hintergrund nicht sachgerecht.</p>	<p>Aus unserer Sicht kann die Anbindung der Dynamisierung der Leistungen an die allgemeine Preisentwicklung das Verfahren deutlich erleichtern. Das wird jedoch mit der herkömmlichen Einnahmestruktur nicht möglich sein. Deshalb streben wir den Übergang zur Bürgerversicherung Pflege an.</p>	<p>Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz haben wir erstmals eine Dynamisierung der Leistungen gesetzlich vorgeschrieben. So wird regelmäßig alle drei Jahre, erstmals im Jahr 2014, die Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung geprüft. Durch diese Dynamisierung soll – für die Öffentlichkeit transparent und nachprüfbar – gewährleistet werden, dass die Pflegeleistungen an die Preisentwicklung angepasst werden.</p>	<p>Natürlich gilt für „DIE LINKE“, dass die Preissteigerungen in der Pflege ausgeglichen werden müssen. In Italien gab es bis vor einigen Jahren eine sogenannte „scala mobile“ – das hieß, dass automatisch die Löhne und Gehälter an die durchschnittliche Preissteigerung angeglichen wurden. Vielleicht ist das ein „unbürokratisches“ Modell, um die Pflege zu sichern. Zusätzlich müssen die durchschnittlichen Tarifierhöhungen für die Beschäftigten berücksichtigt werden, auch mit dem Ziel, zu verhindern, dass steigende Kosten durch immer weniger Personal ausgeglichen und damit die Pflege verschlechtert wird. Das wäre eine einfache und unbürokratische Lösung.</p>	<p>Wir wollen, dass die Dynamisierung anhand eines Indexes vornehmen, in den die Lohnentwicklung in der Pflege zu 2/3 und die Preisentwicklung zu 1/3 einfließen.</p>

	BWKG	CDU	SPD	FDP	Die Linke	Bündnis 90/ Die Grünen
8. Wie lässt sich der Bürokratieaufwand beim Heimvertragsabschluss wieder auf ein vernünftiges, tatsächlich verbraucherfreundliches Maß bringen?	Aus Verbraucherschutzgründen wurden die Heime 2009 durch § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz verpflichtet, Interessenten vor Abschluss eines Heimvertrags vorvertragliche Informationen zu überreichen. Das Resultat ist eine Papierflut mit vielen Doppelungen zum Heimvertrag. Sie wird von Bewohnern und Heimen gleichermaßen beklagt. Da die angestrebte Vergleichbarkeit von Heimplatzangeboten ohnehin nicht erreicht wird, sollte die Pflicht als Beitrag zur Entbürokratisierung wieder abgeschafft werden. Der Bewohner wird durch das 14-tägige „Probewohnen“ (§ 11 Abs. 2 WBVG) hinreichend geschützt.	Das Heimrecht fällt seit der Föderalismusreform in den Entscheidungsbereich der Länder, da-her können wir hierzu nicht Stellung nehmen.	Für uns ist der Verbraucherschutz gerade für schwache und pflegebedürftige Menschen wichtig und wir glauben nicht, dass diese Bestimmungen die Träger der Heime überfordern. Wir haben in Baden-Württemberg einen Gesetzentwurf vorgelegt, der auf der landesrechtlichen Ebene (nur) den Einblick für den Interessenten in den Prüfbericht der Heimaufsicht für das konkrete Heim fordert.	Das ehemalige Heimgesetz wurde 1974 auf Anregung der Bundesländer geschaffen, um die damals zersplitterten landesrechtlichen Zuständigkeiten bundeseinheitlich zu regeln. Die Föderalismusreform führte auf Druck der Bundesländer zu einer erneuten Zersplitterung. Das WPVG regelt seit 2009 den zivilrechtlichen Teil der Verträge zwischen Einrichtungen und Bewohnern, die Länder dagegen sind für den öffentlich-rechtlichen Teil zuständig. Die FDP hat dies bereits 2009 kritisiert. Wir halten die Zersplitterung grundsätzlich für einen Fehler und treten für eine generelle Überarbeitung ein.	An oberster Stelle muss der Schutz der Pflegebedürftigen stehen. Soweit dies gewährleistet ist, sind wir gerne bereit, alle vorgeschlagenen Maßnahmen zur Entbürokratisierung aufzugreifen und zu unterstützen.	Das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) ist ein richtiges und wichtiges Gesetz. Es ist uns wichtig, dass die Entscheidung für ein Pflegeheim auf gut informierter Basis getroffen wird. Welche Informationen hierzu im Einzelnen nötig sind, bedarf einer regelmäßigen Überprüfung. Für eine Abschaffung der Informationspflichten sehen wir keinen Anlass, zumal uns weder von Bewohner- noch von Anbieterseite bisher von Problemen berichtet wurde. Die 14-tägige Probezeit erachten wir allerdings als alleinige Maßnahme zum Verbraucherschutz als nicht ausreichen.

* gekürzt