

19. Mai 2006

Positionen des Verbraucherzentrale Bundesverbandes zur Pflege (-versicherung)

A. Finanzfragen

1. Wesentliche Aussagen des Koalitionsvertrages:

Die Pflegeversicherung bleibt ein zentraler Baustein der sozialen Sicherungssysteme. Die Pflegeversicherung muss jedoch den Herausforderungen der Zukunft gerecht werden. Eigenverantwortung und Eigeninitiative müssen gestärkt werden.

Um angesichts der demografischen Entwicklung sicherzustellen, dass die Pflegebedürftigen auch in Zukunft die Pflegeleistungen erhalten, die sie für eine ausreichende und angemessene Pflege zu einem bezahlbaren Preis brauchen, ist die Ergänzung des Umlageverfahrens durch kapitalgedeckte Elemente als Demografiereserve notwendig.

Zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen wird ein Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung eingeführt. Der Kapitalstock wird dafür nicht angegriffen. Das Gesetz zur Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung der Pflegeversicherung wird bis zum Sommer 2006 vorgelegt.

2. Überblick über Reformkonzepte:

Die seit 1999 auftretenden Defizite der umlagefinanzierten Pflegeversicherung haben die in der Einführungsphase gebildeten Rücklagen aufgezehrt. Vor dem Hintergrund der allgemeinen Lohnnebenkostendebatte sowie der demografischen Entwicklung werden seit Jahren Fragen der künftigen Ausgestaltung der Pflegeversicherung diskutiert. Dabei haben die politischen Parteien das Feld bislang weitgehend Kommissionen und Wissenschaftlern überlassen und sich selbst relativ bedeckt gehalten.

Verschiedene Kommissionen und Wissenschaftler haben eine ganze Reihe von Vorschlägen zu einer grundlegenden Reform der Pflegeversicherung vorgelegt, insbesondere zur Finanzierung. Dabei tauchen bereits bekannte Ansätze auch hier wieder auf, die entweder auf die vollständige oder zumindest teilweise **Abkoppelung** der Beitragszahlungen **von den Erwerbseinkommen** (Kopfpauschale) beziehungsweise auf eine **Erweiterung des einbezogenen Personenkreises** abzielen (Bürgerversicherung). Ebenso wird Bezug genommen auf das Modell des „**intergenerativen Lastenausgleichs**“ (Rürup), bei dem die aktuelle Rentnergeneration höher belastet wird, weil sie nur eine kurze Zeit Beiträge geleistet hat. Der paritätische Wohlfahrtsverband (Stolterfoth) schlägt ein **Pflegeleistungsgesetz** vor, wonach die Pflegeleistungen aus Steuermitteln bezahlt werden. Daneben spielt aber auch die Einführung von **Elementen der Kapitaldeckung** eine große Rolle.

Einige Vorschläge sehen den Umstieg zu einer vollständig kapitalgedeckten Pflegeversicherung vor. Am radikalsten ist hier der Kronberger Kreis, eine Gruppe von sechs Ökonomie-Professoren. Ihr Vorschlag: **sofortiger Ausstieg aus der Umlagefinanzierung für alle Versicherten**. Die Beiträge sollen ohne Arbeitgeberbeteiligung risikoäquivalent kalkuliert werden. Versicherte, die ihren Beitrag und die im Leistungsfall vorgesehene Selbstbeteiligung nicht zahlen können, sollen aus Steuermitteln unterstützt werden. Um Wettbewerb unter den nur noch privatwirtschaftlich organisierten Versicherungen zu ermöglichen, werden die Alterungsrückstellungen individuell ausgewiesen. Sie können beim Versicherungswechsel übertragen werden.

Beim „**Kohortenmodell**“ des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung erfolgt der **Umstieg auf ein kapitalgedecktes System** aber nur für einen Teil der gesetzlich Pflegeversicherten. Alle nach 1951 Geborenen scheiden aus der sozialen Pflegeversicherung aus und müssen eine kapitalgedeckte Versicherung abschließen, in der einkommensunabhängige Pauschalbeiträge ohne Arbeitgeberbeteiligung erhoben werden – für jeden Geburtsjahrgang (Kohorte) getrennt kalkuliert. Im Unterschied zum Kronberger Kreis sehen die fünf Wirtschaftsweisen eine Beitragsdifferenzierung nach weiteren individuellen Kriterien nicht vor. Der kohortenspezifische Tarif kann von gesetzlichen und privaten Versicherern angeboten werden, für die jeweils Kontrahierungszwang besteht. Bei einem Wechsel können die Alterungsrückstellungen mitgenommen werden; ein Risikostrukturausgleich soll Risikoselektion vorbeugen.

Im Kohortenmodell der Wirtschaftsweisen bleiben die Geburtsjahrgänge bis 1950 in der sozialen Pflegeversicherung, die von den gesetzlichen Pflegekassen „abgewickelt“ wird. Diese Versicherten haben einen monatlichen Pauschalbeitrag von anfänglich 50 Euro zu entrichten, der sich jedes Jahr um einen Euro erhöht. Weil damit die Leistungsausgaben dieser Jahrgänge aber nicht vollständig zu decken sind, müssen die Jüngeren zusätzlich zu ihrer kohortenspezifischen Pauschale im kapitalgedeckten System eine „Altenpauschale“ entrichten. Daneben ist ein steuerfinanzierter sozialer Ausgleich für den Fall vorgesehen, dass die Versicherungsbeiträge einen bestimmten Prozentsatz des Haushaltseinkommens überschreiten.

Auch das „**Auslaufmodell**“ von Professor Raffelhüschen (Initiative Neue Marktwirtschaft) sieht eine **langfristige Abschaffung** der sozialen Versicherung und die **Umstellung** auf eine kapitalgedeckte, private Versicherung für alle am Stichtag unter 60-jährige vor. Diese hätten darüber hinaus auch einen Solidarbeitrag an die Sozialversicherung zu zahlen, dem allerdings keine Leistungsansprüche gegenüber stünden.

Nach Auffassung von Jacobs/Dräther (Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen) zeigen alle diese Modelle: Die Umstiegskosten bei einer Umstellung auf ein rein kapitalgedecktes Finanzierungssystem sind extrem hoch. Ob nun die Jüngeren neben dem Aufbau eines eigenen Kapitalstocks zusätzlich die Ausgaben der Älteren mitfinanzieren müssen, ob den Älteren höhere Beitragslasten oder – wie beim Kronberger Kreis – drastische Kürzungen ihrer Leistungsansprüche zugemutet werden, ob – wie bei der Herzog-Kommission – die Beitragssätze einschließlich Arbeitgeberanteil massiv angehoben werden oder das Gros der Umstiegskosten über Steuern finanziert wird – den Bürgern wird tief in die Tasche gefasst.

3. Fazit:

- Erschließung einer breiteren Finanzbasis für die soziale Pflegeversicherung
- weitere Orientierung der Beitragshöhe an der individuellen Leistungsfähigkeit
- Intensivierung der Anstrengungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit durch Förderung der Prävention und Rehabilitation
- Verzicht auf grundlegenden kostenträchtigen Systemwechsel

B. Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität

1. Wesentliche Aussagen des Koalitionsvertrages:

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind seit 1995 unverändert geblieben und unterliegen daher einem schleichenden Wertverfall. Zunehmend müssen deshalb Pflegebedürftige von der Sozialhilfe unterstützt werden. Die Pflegeleistungen sollen daher dynamisiert werden. Der besondere Hilfe- und Betreuungsbedarf zum Beispiel der Demenzkranken soll künftig durch die Pflegeversicherung besser berücksichtigt werden. Dazu bedarf es mittelfristig auch der Überarbeitung des Pflegebegriffs, der die aktuellen Erkenntnisse der Pflegewissenschaften berücksichtigt.

2. Entgeltdynamisierung für Pflegeleistungen

Die inflationsbedingte Entwertung der Leistungen hat ihre Ursache in einem wesentlichen Konstruktionsmerkmal der Versicherung. Zur Begrenzung der Belastung der Versicherten und der Arbeitskosten wurden für alle Leistungen der Versicherung **betragsmäßige Obergrenzen** festgelegt. Diese sind seit Einführung der Versicherung (Januar 1995) unverändert geblieben. Dagegen sind die Kosten für ambulante und stationäre Leistungen aufgrund allgemeiner Kostensteigerungen bei Löhnen, Mieten und sonstigen Sachmitteln kontinuierlich gestiegen. Versicherte erhalten für die festgelegten Obergrenzen immer weniger Pflegeleistungen und müssen einen Teil der Leistungen privat finanzieren. Man geht davon aus, dass real der Wert der Leistungen um 10 Prozent gesunken ist.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt die Vereinbarung der Regierungsparteien, diese Schieflage zu beenden.

3. Menschen mit Demenz

Das grundlegende Problem besteht darin, dass Menschen mit Demenz erst dann Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, wenn ihr Pflegebedarf wenigstens die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt. Das ist zur Zeit in mindestens 70 - 80 Tausend Fällen nicht gegeben, weil der gesetzliche **Begriff der Pflegebedürftigkeit** einseitig auf **körperliche Verrichtungen** bezogen ist. Somit sind viele Menschen mit hohem Betreuungsaufwand von den Leistungen der Pflegeversicherung ausgeschlossen. Daher wird derzeit von fast allen Fachleuten die Forderung erhoben, Leistungen für Demenzpatienten stärker im Rahmen der Pflegeversicherung zu berücksichtigen, beispielsweise in Form eines grundsätzlichen Zeitzuschlages von 30 Minuten bei der Einstufung in eine Pflegestufe oder durch eine grundsätzliche Änderung der Definition von Pflegebedürftigkeit.

Auch der Verbraucherzentrale Bundesverband fordert seit langem eine Rechtsanpassung im SGB XI (PM vom 19.4.2002) und begrüßt daher die Absicht der Bundesregierung zur Überarbeitung des Pflegebegriffs.

4. Fazit:

- Trotz einiger Verbesserungen für Menschen mit Demenz (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz) bestehen nach wie vor gravierende Defizite. Als Folge ist festzustellen, dass insbesondere Menschen mit Demenz nicht die notwendige Pflege und Unterstützung erhalten, die ihrem Krankheitsbild angemessen ist.

- Bei einer Reform der Pflegeversicherung muss im ersten Schritt der **Begriff der Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI** erweitert werden. Daraus folgend muss der Aufwand für die allgemeine Betreuung, Anleitung, Aufsicht und Kommunikation bei gerontopsychiatrisch veränderten Menschen gleichberechtigt neben einem somatisch bedingten Pflegebedarf in den Begutachtungsrichtlinien berücksichtigt werden. Ein erster Schritt in diese Richtung kann die pauschale Anrechnung von zusätzlich 30 Minuten auf die Pflegezeit sein, wenn eine eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt. Langfristig muss jedoch ein komplett neues Verfahren gefunden werden, um den gesamten Pflege- und Hilfebedarf zu erfassen, evtl. jenseits der jetzigen Minutenberechnung. Dies ist nur möglich, wenn das bisherige Begutachtungssystem grundlegend verändert wird.
- Das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung muss dem **Bedarf an Begleitung und Beaufsichtigung** demenzkranker Menschen und der notwendigen Entlastung ihrer pflegenden Angehörigen mehr als bisher gerecht werden. Der Blick auf andere Länder zeigt verschiedene Möglichkeiten auf. Analog zu vielen skandinavischen Ländern sollte eine **Ausweitung des Sachleistungskatalogs** auch auf betreuende Dienstleistungen erfolgen.
- Abgesehen von direkten Reformen der Pflegeversicherung ist insgesamt eine **Verbesserung der Versorgungsinfrastruktur** notwendig. Dazu gehören z.B. ein vermehrtes Angebot von Betreuungsdienstleistungen durch die Anbieterverbände, evtl. auch mit Unterstützung (Beratung, Anschubfinanzierung etc.) durch öffentliche Mittel oder neue Wohn- und Versorgungskonzepte für Menschen mit Demenz.

C. Weiterreichende Aspekte des Verbraucherschutzes in der Pflege

1. Schnittstellen zwischen SGB V und SGB XI im Bereich der häuslichen Krankenpflege (HKP) bei Pflegebedürftigkeit

Gesetzliche Krankenkassen verweigern häufig die Übernahme von Leistungen bei **medizinisch notwendigen Maßnahmen** für Pflegebedürftige, weil sie im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen der **Grundpflege** nach dem Pflegeversicherungsgesetz stehen. Es mehren sich nach Beobachtungen der Verbraucherzentralen die Fälle, in denen Krankenkassen entsprechende Kosten auf die Pflegeversicherung abwälzen. Dies betrifft Behandlungsmaßnahmen wie z.B. Medikamentengabe allgemein, Schmerzmedikation, Sekretabsaugung, Einreiben mit Dermatika, Verabreichen eines Klistiers, eines Einlaufs, Einmal-Katheterisierung, Wechseln der Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle u.a. Folge ist, dass die betroffenen Personen ihren Anspruch gegenüber der Krankenversicherung auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V verlieren und die medizinisch bedingten pflegerischen Maßnahmen aus ihrer der Höhe nach begrenzten Leistung der Pflegeversicherung finanzieren müssen.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband hat 2005 ein Gutachten von Prof. Dr. Igl, Universität Kiel, zu den rechtlichen Grundlagen der Schnittstelle und deren Überwindung eingeholt.

Fazit des Gutachtens:

Die Unterscheidung zwischen Maßnahmen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V und Verrichtungen der Grundpflege nach § 14 Abs. 4 SGB XI wird nach folgenden Kriterien getroffen:

Zur Behandlungspflege gehören alle Pflegemaßnahmen, die durch eine bestimmte Krankheit verursacht werden, speziell auf den Krankheitszustand des Versicherten ausgerichtet sind und dazu beitragen, die Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern, wobei diese Maßnahmen typischerweise nicht von einem Arzt, sondern von Vertretern medizinischer Hilfsberufe oder auch von Laien erbracht werden (krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen). Zur Grundpflege gehören die berücksichtigungsfähigen Verrichtungen des § 14 Abs. 4 SGB XI.

Wohl aber kann ein Zuordnungsstreit für spezifische Maßnahmen der Behandlungspflege eintreten, die auch grundpflegerrelevant sein können. Nur diese spezifischen Maßnahmen stehen im Streit.

Auch bei solchen Maßnahmen müssen immer die vom Bundessozialgericht entwickelten Kriterien gegeben sein: **Maßnahmen der Behandlungspflege fallen dann in die Verantwortung der Pflegeversicherung, wenn sie entweder untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung der Grundpflege sind oder mit einer solchen Maßnahme objektiv notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang stehen.**

Im Rechtsverhältnis zwischen der versicherten Person und der Pflegekasse besteht nur ein Anspruch gegenüber der Pflegekasse im Rahmen der gedeckelten Leistungen nach § 36 SGB XI. Im Rechtsverhältnis zwischen Versichertem und Leistungserbringer können die krankheitsspezifischen Behandlungsmaßnahmen privatvertraglich vereinbart werden.

Mit dem Bundessozialgericht (Urteil vom 17.3.2005) empfiehlt der Gutachter, dem Pflegebedürftigen ein **Wahlrecht** einzuräumen. Der Leitsatz des Urteils lautet:

„Pflegebedürftige, die Anspruch auf häusliche Krankenpflege gegenüber der Krankenkasse und auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, besitzen bei verrichtungsbezogenen Maßnahmen der Behandlungspflege ein Wahlrecht, ob sie eine Zuordnung der Behandlungspflege zur Grundpflege wünschen oder nicht; sie üben dieses Wahlrecht aus, wenn sie Pflegegeld, Pflegesachleistungen oder Kombinationsleistungen bei der Pflegekasse beantragen oder zu einem späteren Zeitpunkt, wenn diese Anträge geändert werden.“

vzbv sieht mit Gutachter und Gericht eine Notwendigkeit dieses Wahlrecht gesetzlich umfassend zu regeln.

Auch die Kassen sehen Regelungsbedarf (September 2005):

„Die Pflegeversicherung soll auch in Zukunft „eine im internationalen Vergleich hohe Absicherung im Pflegefall gewährleisten“ – das fordert die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen in ihren vorgelegten Eckpunkten für die Gesundheitspolitik. Die Pflegeversicherung müsse eine eigenständige Säule der Sozialversicherung bleiben, so die Kassen. Um Schnittstellenprobleme zwischen Kranken- und Pflegeversicherung abzubauen, müssten „**eindeutige gesetzliche Abgrenzungsregelungen zum Beispiel bei der häuslichen Grund- und Behandlungspflege** oder der Abgrenzung von Hilfs- und Pflegehilfsmitteln“ geschaffen werden.

2. Schnittstellen zwischen SGB XI und Heimgesetz

2a. Aussagen des Koalitionsvertrages:

CDU, CSU und SPD sprechen sich für eine Novellierung des Heimgesetzes aus. Wesentliche Eckpunkte für eine Novellierung sind:... die zahlreichen widersprüchlichen Regelungen zwischen Heimgesetz und Elftem Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) zu harmonisieren.

2b. Heimgesetz und Förderalismusreform

In ihrer Koalitionsvereinbarung zur großen Koalition haben sich CDU, CSU und SPD allerdings auch auf eine Reform des föderalen Systems in Deutschland geeinigt. Um dieses Ziel zu erreichen, soll die Zahl der Bundesgesetze, die einer Zustimmung des Bundesrates bedürfen, durch eine Neuordnung der Kompetenzregelungen des Grundgesetzes in Art. 70ff GG stark reduziert werden. Im Ausgleich dafür sollen einige, bisher dem Bund zugewiesene Rechtsbereiche in die Gesetzgebungskompetenz der Länder fallen. Im Verlauf der kontroversen Verhandlungen in dieser Frage wird diskutiert, zum Ausgleich für den Verlust von Zustimmungsrechten der Länder die **Gesetzgebungszuständigkeit für das Heimrecht** vom Bund auf die Bundesländer zu übertragen.

Nach Einschätzung des vzbv begegnet die geplante Übertragung der Gesetzgebungszuständigkeit für das Heimgesetz auf die Länder erheblichen Bedenken. Zunächst dürfte es bereits verfassungsrechtlich unzulässig sein, die Regelungen zum Heimvertrag im Heimgesetz in die Kompetenz der Länder zu geben. Der Heimvertrag ist ein zivilrechtlicher Vertrag, der aus Elementen des Dienstleistungsrechts und des Mietrechts besteht. Für das zivile Vertragsrecht besitzt der Bund die Kompetenz. Er hat das Recht der genannten Vertragstypen seit über 100 Jahren im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) geregelt.

Es drohen teils gravierende Nachteile bei einer Verlagerung der Rechtsetzungskompetenz auf die Bundesländer.

Folgende Aspekte sind besonders bedenklich:

- Verlust von Markttransparenz durch Zersplitterung der Gesetzgebung in sechzehn verschiedene Regelungen
- Gefahr des Verlusts von Schutzrechten, die mit der Novelle des Heimgesetzes 2002 erreicht wurden
- Gefahr der Absenkung der Qualität der Personalausstattung je nach Kassenlage
- Qualitative Absenkung der Baumindeststandards
- Ungleichheit der Lebensbedingungen
- Mehr statt weniger Bürokratie

Es ist zu vermuten, dass im Zuge des „Kompetenzgerangels“ in der Debatte um eine Reform des föderalen Systems das Heimgesetz zur Verhandlungsmasse degradiert wurde. Soweit dabei das Heimgesetz betroffen ist, geschieht dies zu Lasten von älteren und pflegebedürftigen Menschen. Eine solche Entwicklung ist angesichts des demografischen Wandels und der über Jahre andauernden Berichte über katastrophale Zustände in den Pflegeheimen das falsche gesellschaftspolitische Signal. Die bestehende Rechtseinheit auf dem Gebiet des Heimrechts und der dadurch erreichte bundeseinheitliche Qualitätsstandard in den Heimen sollte nicht leichtfertig geopfert werden.

Daher fordert der vzbv die Beibehaltung des Heimgesetzes in der Zuständigkeit des Bundes und eine Umsetzung der im Rahmen des Runden Tisches Pflege verbandsübergreifend entwickelten Ansätze zur Verbesserung der Pflegequalität in den Heimen.

Sollte gleichwohl die angedachte Änderung des Grundgesetzes im Bezug auf die Rechtssetzungskompetenz für das Heimrecht nicht zu verhindern sein, sollte der Bund jedoch von seiner Möglichkeit Gebrauch machen und **zumindest den Heimvertrag weiterhin bundeseinheitlich** regeln. Dies könnte z.B. durch eine entsprechende Ergänzung des bürgerlichen Gesetzbuches um einen weiteren Vertragstyp erfolgen.

2c. Wesentliche Ergebnisse der Abmahnungen und Unterlassungsklagen

Im Zeitraum Oktober 2002 bis März 2003 wurden 70 Abmahnungen versendet. 30 endeten außergerichtlich mit einer (Teil-) Unterlassungserklärung. 15 Klagen wurden mit insgesamt 100 Klauseln (teilweise gleichlautend) in die Beurteilung der Gerichte gestellt.

Unterlegen blieb der vzbv bei Klauseln, die

1. keine Aufgliederung (Transparenz) der Entgelte für Wohnraum und Verpflegung enthalten (BGH III ZR 411/04) und
2. eine (Teil-) Entgelterstattung bei Abwesenheit bis zu 3 Tagen ausschließen (BGH III ZR 59/05).

Hinsichtlich der Transparenz der Entgelte teilt der Bundesgerichtshof mit (PM vom 3.2.2005):

„Der u.a. für das Dienstvertragsrecht zuständige III. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat die Revision des Verbraucherschutzverbandes zurückgewiesen. Er hat der seit dem 1. Januar 2002 geltenden Regelung des § 5 Abs. 3 Satz 3 HeimG zwar entnommen, dass im Heimvertrag die Leistungen des Trägers, insbesondere Art, Inhalt und Umfang der Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich der auf die Unterkunft, Verpflegung und Betreuung entfallenden Entgelte gesondert angegeben werden müssen. Insoweit hat er das Anliegen des Gesetzgebers hervorgehoben, die Transparenz der Heimverträge zu verbessern und den Bewerber um einen Heimplatz in die Lage zu versetzen, die Leistungen und Entgelte der im Wettbewerb miteinander stehenden Heime zu vergleichen und sich einen Überblick über die Angemessenheit der Entgelte und Entgeltbestandteile zu verschaffen. **Er hat jedoch auf der anderen Seite berücksichtigen müssen, dass die für Leistungsempfänger der gesetzlichen Pflegeversicherung geltenden Sondervorschriften diesen Transparenzgedanken nicht aufgenommen haben**, so dass einem Heimträger nicht verboten werden kann, wie nach der bis zum 31. Dezember 2001 geltenden Rechtslage das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung in einem einheitlichen, nicht aufgliederten Betrag anzugeben.“

Insoweit plädiert der Verbraucherzentrale Bundesverband für eine Anpassung der Vorschriften des SGB XI (§§ 82, 87, 87a) an den Transparenzgedanken des Heimgesetzes (§ 5 Abs.3).

Hinsichtlich der Fragen der Entgelterstattung plädiert der vzbv für eine Verankerung des zivilrechtlichen Prinzips der Anrechnung ersparter Aufwendungen auch im Sozialrecht.

2d. Anlass zu rechtlichen Auseinandersetzungen bieten auch die widersprechenden Vorschriften zur Beendigung des Vertragsverhältnisses bei Auszug oder Tod des Bewohners (§ 87a SGB XI versus § 8 Abs.8 HeimG), wobei der SGB XI-Regelung (Ende der Zahlungspflichten mit dem Auszugs-/Todesstag) aus Verbrauchersicht der Vorrang gebührt.

3. Stärkung der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen

3a. Der vzbv fordert eine offensive Propagierung der **Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen**, die vom Runden Tisch Pflege entwickelt worden ist. Es ist u.a. ein Prozess der allseitigen Konsentierung in die Wege zu leiten, um den gesellschaftlichen Druck auf die Akteure zu verstärken, die sich bisher einer Unterschrift verweigern.

3b. Der vzbv setzt sich ferner für die gesetzliche Regelung von **Einsichtsrechten in Prüfberichte** der Heimaufsichtsbehörden, der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) und der von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen ein. Nach wie vor werden die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen der MDK (§§ 112 ff. SGB XI), der von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen (ebenda) und den Heimaufsichtsbehörden (§ 15 HeimG) nur den in den jeweiligen Gesetzen genannten Stellen zugänglich gemacht.

Das sind nach § 115 Abs.1 SGB XI: die Landesverbände der Pflegekassen, die Träger der Sozialhilfe, die Heimaufsichtsbehörden bei stationärer Pflege und die Pflegekassen bei ambulanter Pflege sowie unter weiteren Voraussetzungen Trägervereinigungen der geprüften Einrichtungen. Kein Einsichtsrecht in die Prüfungsergebnisse haben die Bewohner, die Bewohnervertreter, die Angehörigen oder sonstige Akteure, z.B. institutionelle Interessenvertreter.

Anzukuipfen wäre an § 115 Abs.1 mit der Erweiterung (Satz 2):

„Auf Verlangen sind die Ergebnisse auch den betroffenen pflegebedürftigen Menschen, deren Angehörigen, dem Heimbeirat oder Heimfürsprecher sowie anerkannten Verbänden der Verbraucher sowie der Pflegebedürftigen, deren satzungsgemäßer Aufgabenbereich berührt ist, zugänglich zu machen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Anerkennung zu erteilen, wenn der antragstellende Verband

1. nach seiner Satzung ideell und nicht nur vorübergehend die Belange pflegebedürftiger Menschen fördert,
2. nach der Zusammensetzung seiner Mitglieder oder Mitgliedsverbände dazu berufen ist, Interessen pflegebedürftiger Menschen auf Bundesebene zu vertreten,
3. zum Zeitpunkt der Anerkennung mindestens drei Jahre besteht und in diesem Zeitraum im Sinne der Nummer 1 tätig gewesen ist,
4. die Gewähr für eine sachgerechte Aufgabenerfüllung bietet; dabei sind Art und Umfang seiner bisherigen Tätigkeit, der Mitgliederkreis sowie die Leistungsfähigkeit des Vereines zu berücksichtigen und
5. wegen Verfolgung gemeinnütziger Zwecke nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Körperschaftsteuergesetzes von der Körperschaftsteuer befreit ist.

In den genannten Fällen sind personenbezogene Informationen der Prüfergebnisse zu anonymisieren.“

In § 15 HeimG müsste ein Verweis (z.B. neuer Absatz 8 oder 9) auf die entsprechende Anwendung des § 115 Abs.1 S.2 SGB XI erfolgen.

3c. Beratungsdatenbank

Wesentliche Voraussetzung für die Stärkung der Position der Senioren ist ferner die Schaffung von Transparenz über vorhandene Informations-, Beratungs- und Hilfestrukturen für ältere Menschen und deren Angehörige. Notwendig ist die Entwicklung einer Beratungsdatenbank, da das Angebot an Informations- und Beratungsstellen in Deutschland regional sehr unterschiedlich und der Bekanntheitsgrad bei den Betroffenen in hohem Maße verbesserungsbedürftig ist.

Der vzbv empfiehlt über die Strategieempfehlung des Runden Tisches Pflege (AG II) hinausgehend, die Entwicklung einer gemeinsamen bundesweiten, internetgestützten **Beratungsdatenbank „Hilfe für Senioren“** sowohl für Beratungskräfte als auch für Betroffene.

3d. Der vzbv setzt sich für eine **Förderung der unabhängigen Beratung** betroffener Menschen ein.

Besonders hervorzuheben ist die Notwendigkeit der Stärkung der Selbsthilfepotenziale der Betroffenen, die nicht zuletzt durch eine Verbesserung der Beratungs- und Informationslandschaft für Pflegebedürftige und deren Angehörige bewirkt werden kann.

Hinsichtlich der finanziellen Absicherung der erweiterten Beratungs- und Informationsstrukturen, fordert der vzbv unter Hinweis auf die „Kann-Vorschrift“ des **§ 7 Abs.4 SGB XI** eine **verbindliche Regelung der Beteiligung der Pflegekassen** an der Finanzierung von Beratungsangeboten, deren Unabhängigkeit von Interessen der Kostenträger und Leistungserbringer gewährleistet sein muss.