

*Dirk Meyer**

Das Personengebundene Budget (PGB) in der Pflege – Eine Governance-Analyse –

Abstract

The personal budget for persons in need of care is tested currently as large-scale model project. As a hybrid between the benefit in cash and in kind the acceptance as a standard benefit is considered in the discussion about reforming of nursing care insurance. Especially a priority related expenditure of budget and the avoidance of cost intensive stays at nursing homes would be seen as an advantage. Within the score of governance analyses the actors and their roles in the currently corporate influenced system will be analysed so then their interests in an implementation of the PB can be worked out. Opposed to superficial assumptions there seems any serious resistance excluding by the owners of the nursing homes. This is even more remarkable considering that the PB will work as an accelerator for a change of system towards a marked based nursing care system. The corresponding relief of responsibilities of the state and the social insurance offers new opportunities and poses challenges. Therefore the deregulation will have to be accompanied by a re-regulation that focuses the quality assurance.

JEL-Classification: I18

Zusammenfassung

Das Personengebundene Budget (PGB) in der Pflege wird derzeit als groß angelegtes Modellvorhaben erprobt. Als Zwitter zwischen der Geld- und der Sachleistung wird seine Aufnahme als Regelleistung in der Diskussion zur Reform der Pflegeversicherung erwogen. Insbesondere eine

* Helmut-Schmidt-Universität, Universität der Bundeswehr Hamburg, Institut für Wirtschaftspolitik, Holstenhofweg 85, 22043 Hamburg, E-Mail: dirk.meyer@hsu-hh.de. Der Autor dankt den Diskutanten eines Vortrages am Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW), der Kölner Wirtschaftspolitischen Gesellschaft sowie den anonymen Gutachtern dieser Zeitschrift für ihre Anregungen und Mithilfe.

präferenzgerechtere Verausgabung der Mittel und die Vermeidung kostenintensiver Heimaufenthalte werden als Vorteile gesehen. Im Rahmen einer Governance-Analyse werden die Akteure und deren Rolle im jetzigen, korporatistisch geprägten System analysiert, um anschließend deren Interessen an einer Einführung des PGB herauszuarbeiten. Entgegen oberflächlicher Vermutungen dürfte eine Aufnahme des PGB als Regelleistung mit Ausnahme der Heimbetreiber auf keine nennenswerten Widerstände stoßen. Dies ist umso bemerkenswerter, als dass das PGB als Hebel zum Systemwechsel hin zu einer marktwirtschaftlichen Pflegeversorgung wirken wird. Die damit verbundene Entantwortung von Staat und Pflegekassen bietet neben Chancen jedoch auch Gefahren. Deshalb wird die Deregulierung von einer, insbesondere die Qualitätssicherung beachtenden, Re-regulierung begleitet sein müssen.

I. Governance-Analyse als ordnungspolitischer Ansatz

Der Begriff *Governance* hat seit etwa zwei Jahrzehnten Eingang in die Politikwissenschaften gefunden.¹ Bereits zuvor taten sich ähnliche Entwicklungen in den Wirtschaftswissenschaften auf, die mit dem Ansatz der Interdependenz der Teilordnungen *Eucken* (1952), der Theorie der Firma *Coase* (1937), dem Transaktionskostenansatz *Williamson* (1975; 1979), den *Economics of Governance* *Williamson* (1984; 1996) und der Institutionenökonomik verbunden sind.

Ausgehend von *gubernantia* (lat.) für Steuerung und Lenkung eines Schiffes steht *government* für Regierung bzw. politisch-administrative Steuerung, während *governance* die Gesamtheit gesellschaftlicher Regelungen umschreibt.² *Government* beschränkt sich auf die formellen Regeln von Verfassung und Gesetz, beinhaltet die Institutionen des Regierens und legt den Schwerpunkt auf das staatliche Machtmonopol. *Governance*, als weiter gefasster Begriff, beinhaltet zudem informelle, nicht institutionalisierte Formen der Regelung. Der Einbezug von Nicht-Regierungsorganisationen ermöglicht eine Analyse des Zusammenspiels politisch-administrativer Steuerung und Formen der gesellschaftlichen Selbstregelung auf verschiedenen Handlungsebenen. Die einhergehende Überwindung der dichotomen Konzepte von Staat versus Gesellschaft eröffnet Einblicke in die Interdependenz der Akteure und deren Optionen in der Kombination unterschiedlicher Regelungssysteme (Hierarchie, Wahlen, Verhandlungen, Markt) bis hin zu einer Institutionenanalyse.

Die Abgrenzung zeigt, dass *Governance* eher als ein englischsprachiger Modebegriff für an sich bereits bekannte Inhalte gelten kann, dessen inno-

¹ Siehe hierzu die Überblicke bei v. *Blumenthal* (2005); *Topan* (2003); *Botzem* (2002).

² Zu den Begriffen vgl. *Schultze* (2002); *Topan* (2003, S. 247); *Botzem* (2002, S. 15ff.); v. *Blumenthal* (2005, S. 1150 ff.).

vatives Potenzial begrenzt ist. Ein *inhaltlicher Mehrwert* dürfte allerdings in seiner Offenheit gegenüber bestehenden Analyseinstrumenten liegen, insbesondere in der Zusammenführung politikwissenschaftlicher und ökonomischer Betrachtungsweisen.

Gerade diese Anforderungen sind für den nachfolgenden Untersuchungsgegenstand von Bedeutung. Der Pflegesektor ist u. a. durch das Sozialgesetzbuch XI (SGB XI, Soziale Pflegeversicherung) stark (neo-)korporatistisch geprägt. Folgende Elemente kennzeichnen dieses *korporatistische System*.³

- (a) eine Einbindung der Verbände in das staatliche Regelungs- und Gewaltmonopol;
- (b) eine Kartelldisziplin der Mitglieder in Teilbereichen sowie ein staatlich gewährter Außenseiterschutz;
- (c) ein politischer Tausch, bei dem Kooperation statt Konflikt dominiert sowie
- (d) auf Dauer angelegte Austauschbeziehungen.

Privaten Akteuren wird auf diese Art und Weise Zutritt zu einem staatlichen Machtmonopol gewährt. Die *Interpretation* eines solchen Systems fällt mehrdeutig aus. So könnte ein wachsender staatlicher Bedarf nach konsensuellem Handeln bestehen,⁴ wobei auf die Kompetenz der im Pflegesektor beteiligten Akteure zurückgegriffen werden kann, ohne die Steuerungsmacht vollständig abzugeben. *Beymes* Hinweis, die Zurücknahme des Staates als Ausdruck einer neuen Bescheidenheit zu nehmen, überzeugt hingegen nicht (vgl. *Beyme* 1991, S. 128 f.). Entweder erzwingt der politische Zeitgeist den Rückzug staatlicher Akteure oder aber es ist das Eingeständnis ihres Scheiterns.⁵

Genau hier setzt die Fragestellung ein: Kann das PGB angesichts der ungelösten Probleme im Pflegesektor als *Hebel zum Systemwechsel* in Richtung zu "mehr Markt" gelten? Wer sind die Akteure und was sind ihre Interessen an dieser neuen Leistungsform? Welches sind die mit der Einführung verbundenen Handlungsebenen und die vom Bisherigen abweichenden Regeln? In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass Regelveränderungen nicht notwendiger Weise eine Deregulierung im Sinne von "weniger Staat/mehr Markt" bedeuten müssen. Auch kann es sich um eine regulative Ebenenverschiebung handeln, so dass die Regulierung eher eine Kombination von Liberalisierung und Re-Regulierung darstellt (vgl. *Botzem* 2002, S. 9). Von daher lautet die Alternative nicht: governance by/

³ Vgl. hierzu ausführlich *Meyer* (1999, S. 39ff.) sowie *ders.* (2003, S. 47ff.). Der Zusatz 'neo' wird uneinheitlich verwendet und im Folgenden nicht mehr angefügt.

⁴ Vgl. ähnlich *Lehmbruch* (1996, S. 737).

⁵ In der Systematisierung von *Botzem* (2002, S. 21) wäre von Governance-Failure zu sprechen.

with/without government. Vielmehr stellt sich die Frage nach der Rolle des Staates in einem von ihm gesetzten Ordnungsrahmen.

II. Das Personengebundene Budget als Antwort auf die Krise der Pflegefallabsicherung

1. Krisenzeichen eines Scheiterns konzeptioneller Grundsätze

Die Konzeption der Pflegefallabsicherung droht zu scheitern, sowohl unter dem Blickwinkel der *Finanzierung* (Einnahmen – Ausgaben, Beitragsatz), als auch der *Leistungen* (Geld- versus Sachleistung) und der *Versorgung* (Qualität, Geeignetheit, Zufriedenheit). Seit Einführung der Pflegeversicherung sind zwei Entwicklungen ungebrochen: Zum einen sank der Anteil der Empfänger von Geldleistungen von 30,2 % (1997) auf 24,3 % (2004), zum anderen stieg der Anteil vollstationär Versorgter im selben Zeitraum von 27,8 % auf 32,7 %.⁶ Da die Sachleistung finanziell etwa doppelt so hoch ausfällt wie die entsprechende Geldleistung, zudem die stationäre Unterbringung je nach Pflegestufe ebenfalls erheblich höhere Versicherungszahlungen auslöst, wachsen die Ausgaben der GPV kontinuierlich.⁷ Bei leicht rückläufigen Einnahmen (2004: 16,9 Mrd. €) und steigenden Abflüssen (2004: 17,7 Mrd. €) verzeichnet die GPV seit 1999 jährliche Defizite mit zunehmender Tendenz, die die einführungsbedingten Überschüsse⁸ aufzehren.

Die Konzeption der GPV als Teilleistung für Teilbedarfe hat zwar von Beginn an die private Zuzahlung zur Pflege beabsichtigt. Allerdings war ebenfalls ein Grundanliegen, die Kommunen von Sozialhilfeleistungen zu entlasten. Da die Leistungen der GPV jedoch gesetzlich auf Nominalbeträge fixiert sind, ist es über die Jahre zu einer *Absenkung der realen Ansprüche* gekommen. Während im Zeitraum 1996–2000 die Hilfen zur Pflege (Sozialhilfe) gesunken sind, müssen die Kommunen seitdem – neben den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen – wieder höhere Lasten tragen. Da die Knappheit an Pflegekräften zukünftig überdurchschnittliche Lohnsteigerungen erwarten lässt, wird sich bei zugleich nur geringen Produktivitätszuwächsen im Pflegesektor die Schere weiter öffnen und sich das Problem verschärfen.

⁶ Vgl. *Statistisches Bundesamt* (2000; 2005). Die folgenden Zahlenangaben entstammen ebenfalls diesen Quellen.

⁷ In der Pflegestufe II beträgt die Geldleistung 410 €, die Sachleistung 921 € und die stationäre Unterstützung 1.279 €.

⁸ Die Leistungen zur stationären Pflege wurden mit einem Jahr Verzögerung aufgenommen, so dass sich bei vollen Einnahmen ein anfänglicher Überschuss von 3,4 Mrd. € bilden konnte. Der im Jahr 2006 erzielte Überschuss ergab sich durch eine buchungstechnische Vorholung eines Monatsbeitrages, so dass in diesem Jahr 13 Monateinnahmen anfielen.

Darüber hinaus mangelt es an einer *präferenzgerechten Versorgung*. Die Ausrichtung der GPV auf somatische Bedarfe lässt geistig Behinderte, psychisch Kranke sowie demente Personen pflegerisch unterversorgt. Der starre Verrichtungskatalog (§ 14 SGB XI) kommt den Bedürfnissen der Empfänger von Sachleistungen nicht immer entgegen. Umfragen zeugen zudem von einer breiten Ablehnung der Heimunterbringung (vgl. *Schupp* und *Künemund* 2004). Außerdem scheint der stationäre Pflegesektor besonders von Qualitätsproblemen betroffen zu sein.⁹

Fragwürdige *Verteilungswirkungen* belasten die Akzeptanz der GPV jetzt und in der Zukunft. Neben den Einführungsgewinnen für die heute Pflegebedürftigen, die ohne entsprechende Zahlungen Leistungen beziehen, führt die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern und Kindern sowie die Herausnahme von Nicht-Arbeitseinkommen aus der Beitragsbemessung zu einer Vermischung von Versicherung und Umverteilung.¹⁰ Hinzu kommt die durch das Umlageverfahren konstruktionsbedingte *mangelnde Nachhaltigkeit*, die im Zuge der demographischen Entwicklungen die Frage der *Generationengerechtigkeit* aufwirft.¹¹

Erhebliche Verschiebungen in der Besetzung der Altersklassen führen bei einer ab 70 Jahren von 5,1 % exponentiell auf 60,2 % im Alter von 90 Jahren ansteigenden Pflegewahrscheinlichkeit zu einer erheblichen Zunahme der Pflegebedürftigen von derzeit etwa 2 Mio. auf 4 Mio. (2050).¹² Einher geht eine geschätzte reale Ausgabenerhöhung von 20 auf 60 Mrd. €, die entsprechende Einnahmensteigerungen der Pflegeversicherung voraussetzt.¹³ In diesen Prognosen wurde noch nicht die steigende Lebenserwartung berücksichtigt, die je nach Annahme über die Entwicklung des Gesundheitszustandes im Alter zu ganz unterschiedlichen Pflegekosten führen wird.¹⁴

Einen weiteren Unsicherheitsfaktor stellen das zukünftige *Potenzial* und die *Bereitschaft* zur Familien- bzw. Laienpflege dar.¹⁵ Hohe Scheidungsraten, eine abnehmende Kinderzahl, der zunehmende Altersabstand zwischen den Generationen, eine steigende Frauenerwerbsquote und eine wachsende

⁹ Vgl. *Meyer* (2004, S. 350ff.), der auf verschiedene Untersuchungen, so auch auf den umfassenden Prüfbericht des MDK Schleswig-Holstein des Jahres 2001, verweist.

¹⁰ Vgl. *Arentz, Eekhoff, Menzel* und *Streibel* (2004, S. 226ff.), die im Zusammenhang mit den Einführungsgewinnen von einer Erbschutzversicherung sprechen.

¹¹ Vgl. hierzu die Ergebnisse einer Generationenbilanzierung bei *Häcker* und *Raffelhüschchen* (2004).

¹² Zur Abschätzung der Zahl der Pflegebedürftigen sowie den notwendigen Pflegekapazitäten vgl. *Meyer* (2003, S. 23ff.) sowie *Arntz* u. *Spermann* (2005, S. 181).

¹³ Bei unveränderten Regelungen wäre ein Beitragssatz zur GPV zwischen 3–6 % (2050) zu erwarten. Vgl. hierzu die Berechnungen bei *Ottmad* (2003, S. 785) sowie die Angaben bei *Meyer* (2003, S. 39).

¹⁴ In der wissenschaftlichen Diskussion stehen sich die These von der bei steigender Lebenserwartung erhöhten Morbidität (Medikalisierungsthese) der These parallel entwickelter Präventions- und Behandlungsmethoden (Kompressionsthese) gegenüber. Vgl. *Arentz, Eekhoff, Menzel* u. *Streibel* (2004, S. 226).

¹⁵ Vgl. hierzu ausführlich *Blinkert* u. *Klie* (2004) sowie *Meyer* (2003, S. 27ff.).

räumliche Mobilität sind die wesentlichen Entwicklungstrends im Pflegeumfeld. Sie führen zu einem Anstieg der Single-Haushalte einerseits und einem abnehmenden Potenzial "pflegender Frauen" andererseits.¹⁶ Hinzu kommt eine bei steigenden Opportunitätskosten (Beruf, Wert der Freizeit) abnehmende Pflegebereitschaft. Im Ergebnis wird mit einem Rückgang des Pflegepotenzials bis 2050 um 40 % gerechnet (vgl. *Blinkert* und *Klie* 2004, S. 321). Angesichts einer gleichzeitig sich verdoppelnden Fallzahl gerät die Konzeption der Pflegeversicherung, die "die Qualität der Pflege in einem gelingenden Zusammenwirken von familiärer Hilfe, beruflich erbrachter Unterstützung und professioneller Begleitung" (*Klie* 2005, S. 1f.) sicherstellen will, zur Utopie.

2. Das Modellvorhaben

Das PGB wird im Rahmen der *Experimentierklausel* des § 8 Abs. 3 SGB XI in sieben Regionen mit der Zielgröße von etwa 1.000 freiwillig teilnehmenden Pflegebedürftigen seit Oktober 2004 für etwa vier Jahre erprobt, wobei derzeit etwa 250 Personen an dem Programm beteiligt sind. Das von den Spitzenverbänden der Pflegekassen finanzierte Modellvorhaben wird wissenschaftlich durch das Freiburger Institut für Angewandte Sozialforschung (FIFAS) und das Mannheimer Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) unter der Projektleitung von *Klie*, Evangelische Fachhochschule Freiburg, betreut.

Die Teilnahme am Modellprojekt der Pflegekassen ist an verschiedene *Voraussetzungen* gebunden. So muss der Wohnort in einer der sieben Modellregionen gelegen sein. Die pflegebedürftige Person ist Mitglied der Gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) und stellt erstmals einen Antrag oder aber einen Höherstufungsantrag bei bisherigem Sachleistungsbezug. Des Weiteren muss die Pflegebedürftige¹⁷ bereit sein, ihre ambulante Versorgung durch eine Case Managerin begleiten und unterstützen zu lassen. Anders herum: Nicht berücksichtigt werden Mitglieder der Privaten Pflegeversicherung (PKV), Personen der Pflegestufe 0 und Pflegebedürftige, die bislang Pflegegeld bezogen haben sowie stationär Versorgte.

Das *Verfahren zur Teilnahme* am Modellprojekt beginnt mit der Anmeldung und der Feststellung des Pflegebedarfs durch die Case Managerin. Nach Antragstellung und Bewilligung der Leistung durch die zuständige Pflegekasse erhält der Pflegebedürftige gemäß Pflegestufe I–III das PGB – anders als die Geldleistung (§ 37 SGB XI) – in Höhe der Pflegesachleistung zu 100 % ausbezahlt. In beratender und organisierender Funktion er-

¹⁶ Zu 80 % sind es Frauen, die als Partnerin, Tochter oder Schwiegertochter die Pflege übernehmen. Vgl. *Meyer* (2003, S. 29).

¹⁷ Zwar gebietet das Prinzip der Nichtdiskriminierung eine geschlechtsneutrale Schreibweise, doch bittet der Autor über Abweichungen zugunsten eines gesteigerten Leseflusses hinweg zu sehen.

stellt die Case Managerin einen Hilfeplan, nach dem entsprechende Dienstleister ausgewählt und Leistungen bezogen werden können.

Hinsichtlich der *Verwendung* stellt das PGB einen Zwitter aus bisheriger Geld- und Sachleistung dar. Neben den bisher als Sachleistung bezogenen so genannten Verrichtungen gemäß § 14 SGB XI kommen auch alle anderen Leistungen mit Pflegebezug in Betracht. Konkret können aus dem Budget Leistungen wie Einkaufen, die Wohnung reinigen, Vorlesen sowie die Begleitung auf Spaziergängen und Besorgungen – gemäß Hilfeplan – finanziert werden. Der Nachweis des Pflegebezugs unterscheidet das PGB von der reinen Geldleistung ohne Zweckbindung. Eine Auszahlung an nahe Angehörige (Ehepartner, Kinder, Eltern) ist ausgeschlossen und die sozial- und steuerrechtlichen Bestimmungen bei der Beschäftigung von Personen sind einzuhalten. Allerdings ist die Bindung an Pflegeanbieter mit Versorgungsvertrag ausdrücklich aufgehoben.

3. Erwartete Wirkungen

Der *Erkenntnisgewinn* des Modellvorhabens dürfte in wahrgenommenen *Veränderungen* gegenüber dem gesetzlich bislang vorgesehenen Bezug von Geld- und Sachleistungen (§§ 36 f. SGB XI) liegen.¹⁸

Eine wesentliche *Effektivitätssteigerung* gründet sich auf eine Entbindung der Leistungsempfänger von dem *starrten Verrichtungskatalog*. Zugleich wird der Kreis der (potenziellen) Leistungserbringer erweitert und darüber hinaus werden die strengen und nicht immer sachgerechten, vor allem aber teuren Qualitätsanforderungen gelockert.¹⁹ Galt bislang in konsensualer Übereinstimmung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegedienst der Grundsatz der 'brauchbaren Illegalität' (vgl. *Klie* 2004a, S. 15), um durch eine teilweise Abkehr von den Pflegemodulen eine bedarfsangepasste Versorgung zu ermöglichen, so kann der Pflegebedürftige jetzt mit seinem

¹⁸ Dieser kann generell auf zwei Wegen versucht werden: *empirisch*, wie es durch die wissenschaftliche Begleitung des Experiments geschieht, oder aber *analytisch*. Beide Methoden haben ihre Grenzen, so dass die jeweiligen Aussagen als gegenseitige Verifizierung gelten können. So bedingt die Herausbildung von Substitutionskonkurrenz, innovativen Angeboten, neuen Wohnformen oder das Auftreten ausländischer Pflegedienstleister eine kritische Größe der Realisierung. Zudem benötigt der Anpassungsprozess Zeit, bis sich ein gewisses dynamisches Gleichgewicht einstellt. Ob dies mit etwa 1.000 Pflegebedürftigen, verteilt auf sieben Regionen bei einer Laufzeit des Versuchs von 3–4 Jahren gewährleistet und damit empirisch beobachtbar sein wird, bleibt fragwürdig.

¹⁹ Mit dem klassischen Instrumentarium der *mikroökonomischen Haushaltstheorie* lässt sich die Überlegenheit des PGB (in Cash) gegenüber einem Sachleistungsanspruch (in kind) theoretisch leicht nachweisen. Vgl. *Arntz* u. *Spermann* (2004a, S. 12); *dies.* (2004b, S. 6). Die Aussagen hängen jedoch von dem Vorliegen wesentlicher Voraussetzungen ab, so beispielsweise von den Annahmen eindeutiger Präferenzen, eines zielgerichteten Handelns und uneingeschränkter Entscheidungsfähigkeit des Pflegebedürftigen.

PGB ein pauschales Zeitkontingent an Pflege-, Betreuungs- und weiteren Hilfeleistungen einkaufen, das dann je nach besonderer Situation zeitlich und inhaltlich flexibel abgefordert werden kann. Das PGB schafft damit insbesondere Spielraum für *neuartige Angebote* von bislang unter- und fehlversorgten Hilfebedürftigen. Zusammenfassend ist festzustellen, dass das PGB umso vorteilhafter in denjenigen Fällen ist, in denen die gesetzlichen Einrichtungen für die individuelle Pflegesituation am wenigsten bedarfsgerecht sind. Konkret dürfte dies für Demenzkranke, für Personen in der Schwerst- und Akutkrankenpflege sowie allgemein für die Schnittstellen Krankenhaus, Rehabilitation und Pflege zutreffen.

Das breite Spektrum der für die Pflegebedürftigen neu in den Alternativenraum tretenden Dienstleistungen beschränkt sich in seiner Wirkung jedoch nicht nur auf eine gesteigerte Effektivität der Versorgung. Aus verschiedenen Gründen werden darüber hinaus *Effizienzgewinne* realisiert. So können die *Arbeitsteilung* und der Einsatz unterschiedlich qualifizierter Arbeitskräfte kostenoptimal der jeweiligen Dienstleistung angepasst erfolgen. Das knappe qualifizierte Pflegepersonal kann sich auf die Ausübung der berufstypischen Arbeitseinsätze beschränken. Hauswirtschaftliche Tätigkeiten, die im System der standardisierten Sachleistungen quasi nebenbei und damit teuer und fehlqualifiziert erledigt werden, können im Rahmen des PGB separat durch spezialisierte und mit entsprechenden Hilfsmitteln ausgestattete Arbeitskräfte ausgeführt werden.

Da das PGB nur die ambulante, häusliche Pflege finanziert, sind bei entsprechender Attraktivität *Kosteneinsparungen* durch aufgeschobene oder ganz vermiedene *stationäre Versorgungen* in Pflegeheimen in erheblichem Umfang zu erwarten. Die nachfolgenden Schätzungen beruhen auf einem durchschnittlichen monatlichen Gesamtentgelt für einen Pflegeplatz der Stufe II in Höhe von 3.069 € (vgl. Meyer 2006). Verglichen mit einer Versorgung im bisherigen Wohnumfeld, deren angenommene Kostenkalkulation eine monatliche Belastung von 1.939 € ergibt, resultiert eine monatliche Einsparung von ca. 1.000 €, entsprechend 37 %. Die Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen wird deshalb mittelfristig zurückgehen und für einen gewissen Zeitraum Leerkapazitäten erzeugen. Erst der demographische Trend wird langfristig wieder zu einer Vollauslastung führen.

Neben den Effizienzgewinnen dürften mittelfristig auch *Preiseffekte* zu einer kostengünstigeren Versorgung beitragen. Obgleich der Wegfall der Nachfragemacht der Kassen auf eher steigende Preise hindeutet, dürfte die Substitutionskonkurrenz der neu in den Markt tretenden Anbieter hier Grenzen setzen. Die Differenzierung der Pflegeprodukte und deren Kombination mit haushaltsnahen Diensten lässt in jedem Fall eine *Preisdifferenzierung* erwarten, die zumindest kurzfristig und in geringem Umfang *monopolistische Preissetzungsspielräume* eröffnen wird. Langfristig ist jedoch mit einem Abbau dieser Gewinne durch den Marktzutritt neuer Anbieter sowie einer Kopie innovativer Pflegekonzepte und Geschäftsmodelle zu rechnen.

Darüber hinaus sind *Arbeitsmarkteffekte* zu erwarten. So wird die Beschäftigung von minderqualifizierten Pflegekräften einen *Lohndruck* bewirken und damit indirekt eine Preissenkungstendenz auf dem Markt der Pflegegüter unterstützen. Insbesondere der vermehrte Einsatz von Nicht-Pflegefachkräften, von Mini-Jobs und Hartz IV-Kräften bis hin zu ausländischen Pflegekräften wird hierzu beitragen.

Den vermuteten Chancen stehen jedoch auch Gefahren bzw. Kostennachteile des PGB gegenüber. So ist der Pflegesektor durch besondere Versorgungsverhältnisse geprägt, die die Notwendigkeit eines entsprechenden Ordnungsrahmens bedingen.²⁰ Hierzu zählen eine eingeschränkte oder gar fehlende Entscheidungsfähigkeit, ein generell geringer Kenntnisstand über alternative Angebote und Wettbewerber, das Problem der Delegation von Entscheidungen an zahlungsverpflichtete Angehörige (Principal-Agent) sowie die Problematik der *Qualitätssicherung* in einem von Reglementierungen (Versorgungsvertrag § 72 SGB XI; Qualitätssicherung §§ 80ff. SGB XI) freien Pflegemarkt mit der Gefahr von Schlechtleistungen und opportunistischem Verhalten einzelner Anbieter.

Im Bewusstsein dieser Probleme werden die Pflegebedürftigen im Modellvorhaben durch eine so genannte Case Managerin begleitet (vgl. *Arntz, M. und Spermann, A.* 2004a, S. 13 sowie *dies.* 2004b, S. 2f.). Ihre *Aufgaben* sind breit angelegt. Sie ist die erste zentrale Anlaufstelle, die prüft, ob und welche Ansprüche bestehen. Sodann wird der konkrete Hilfebedarf ermittelt und ein tragfähiger Pflege- und Betreuungsplan erstellt. Dabei berät sie die Pflegebedürftigen über alternative Angebote und Preise verschiedener Wettbewerber. In ihrer Funktion als Maklerin leistet sie Hilfestellung bei der Auswahl der Hilfedienstleister und bei Vertragsabschluss. Gerade hier, so zeigt das Modellvorhaben, scheint ein großer Bedarf vorzuliegen (vgl. *Richter* 2005, S. 13). Viele Pflegebedürftige scheuen beispielsweise den Abschluss von Arbeitsverträgen aus Unkenntnis der steuer-, sozial- und arbeitsrechtlichen Konsequenzen, trotz der bereits vorliegenden Vereinfachungen durch die 400 €-Jobs und das Haushaltsscheckverfahren. Außerdem aktiviert eine Case Managerin das soziale Umfeld des Pflegebedürftigen, übernimmt das Schnittstellenmanagement zwischen professionellen Anbietern und sorgt für die Vernetzung mit den Laienhilfen sowie den Behörden. Darüber hinaus ist es auch ihre Aufgabe, die Qualität der eingekauften Leistungen und die Versorgung insgesamt zu überwachen sowie bei Konflikten zu vermitteln. Sollten – wie im Projekt vorgesehen – Verwendungsaufgaben bestehen, dürfte die Aufsichtsfunktion hierüber auch der Case Managerin zufallen.

Ein mit diesen Aufgaben umschriebenes Case Management hilft die Effizienz und Effektivität des PGB zu steigern und senkt die *Transaktionskos-*

²⁰ Siehe auch *Meyer* (2003, S. 41ff.); *ders.* (2004, S. 346ff.).

ten.²¹ Allerdings stellt es ebenso einen nicht unerheblichen *Kostenfaktor* in Höhe von durchschnittlich etwa 10 % des Pflegebudgets dar.²² Die im Modellvorhaben obligatorische und für den Budgetnehmer kostenfreie, durch die Pflegekassen finanzierte, Fallbegleitung erscheint aus der Sicht des Pflegebedürftigen vorteilhaft.

Problematisch bei dem Case Management ist die Wahrnehmung der treuhänderischen Funktion, die einerseits den Versorgungs- und Entwicklungszielen der Kostenträger Rechnung tragen muss, die jedoch andererseits die Interessen der Budgetnehmer zu wahren hat. Hinzu kommen mögliche Eigeninteressen der Fallbegleiter. In Anlehnung an den *Principal-Agent-Ansatz* wären Bevorzugungen bestimmter Anbieter in den Beratungen denkbar, sollten diese sich für die Zuweisung von Pflegebedürftigen erkenntlich zeigen. Auch wäre zu klären, wie Schlechtleistungen von Case Managern aufgedeckt und sanktioniert werden können.

III. Akteure und deren Interessenlage

Angesichts des drohenden Scheiterns konzeptioneller Grundsätze der Pflegeversicherung werden eingehende Reformen bzw. Neukonzeptionen diskutiert, so auch die Erweiterung der Geld- und Sachleistung um das PGB als dritte Leistungskomponente. Gerade diejenigen Akteure, die in dem derzeitigen, korporatistisch geprägten Pflegesektor eine dominierende Position einnehmen, stehen der Einführung des PGB als Regelleistung offen gegenüber.²³ Dieses scheinbar paradoxe Verhalten soll in der nachfolgenden Analyse der *Interessenlagen* der Beteiligten erklärt werden.

Die *Länder* stehen vor dem Problem, dass sie die Sicherstellung einer ausreichenden pflegerischen Infrastruktur sowie die Finanzierung der Investitionskosten, zu der sie sich aufgrund der Einsparungen mit der Einführung der Pflegeversicherung verpflichtet haben (§ 9 SGB XI), infolge der angespannten Haushaltslage nicht oder nur eingeschränkt gewährleisten

²¹ Erfahrungen in der Behindertenhilfe haben gezeigt, dass eine Wahrnehmung der Beratung/Betreuung durch Personen in (potenziell) vergleichbaren Situationen sehr erfolgreich verlief. Vgl. Arntz, M. und Spermann, A. (2004a, S. 179).

²² Eine Case Managerin ist für etwa 50 Pflegebedürftige zuständig. Bei einem zeitlichen Betreuungseinsatz von 3 Std./Monat und einem Kostensatz von 35 €/Std. ergibt sich, bezogen auf das PGB Pflegestufe II in Höhe von 921 €, ein Anteil von 11,4 % für das Case Management. Die Praxis der Sachleistung hat allerdings gezeigt, dass auch hier erhebliche Verwaltungskosten anfallen, die jedoch aus den allgemeinen Haushaltsmitteln der Pflegekassen getragen werden. So ergibt eine britische Studie, dass der administrative Kostenanteil von 20–30 % bei Sachleistungen auf 5–15 % bei Pflegegeldleistungen sinken kann. Vgl. Arntz und Spermann (2004a, S. 18).

²³ Siehe hierzu die Stellungnahmen zum PGB auf dem Erfurter Symposium im Dezember 2005. Vgl. auch Newsletter Pflegebudget Nr. 4/2005 von presse@pflegebudget.de v. 16.12.2005.

können.²⁴ Darüber hinaus droht der Anstieg der Pflegekosten zu einer Belastung der *Kommunen* im Ausmaß ihrer Kostentragung durch die Hilfe zur Pflege (§§ 61ff. SGB XII) zu werden. Beide Akteure haben somit ein starkes Interesse an Einsparungen und Effizienzsteigerungen. Insbesondere die durch das PGB ermöglichte Entbindung von der Finanzierung der Investitionskosten macht eine Subjektförderung attraktiv. Zudem vermeidet die Umstellung bzw. der Wegfall einer trägerbezogenen Objektförderung Auseinandersetzungen um verbotene Beihilfen und Diskriminierungen auf EU-Ebene.²⁵ Der zu erwartende Nachfrageeffekt bei haushaltsnahen Diensten, die damit einhergehenden Beschäftigungswirkungen, insbesondere auch bei Geringqualifizierten, und nicht zuletzt die (einmaligen) Wachstumseffekte, dürften generell für alle staatlichen Entscheidungsträgern von Interesse sein.²⁶

Die *Pflegekassen* und deren *Spitzenverbände*, sowohl die gesetzlichen als auch die privaten, sind an finanziellen Entlastungen und der Stabilität der Beitragssätze bei zugleich angemessener Versorgung interessiert. Den gegen sie erhobenen Vorwurf vom "Druckkessel Pflege",²⁷ der auf zu knapp bemessenen Entgeltsätzen der zugelassenen Pflegedienstleister einerseits und den hohen Qualitätsvorgaben andererseits beruht, können sie in einem System des PGB abwenden. Bei weitgehend freier Marktallokation obliegen die Parameter Entgelt und Qualität einer privatautonomen Aushandlung zwischen Pflegedienst und Kunde. Beide Parameter lassen zukünftig Spielräume "nach unten", so dass das den Pflegekassen immanente Ziel der Beitragssatzstabilität problemlos erreicht werden kann.

Der *Medizinische Dienst der Krankenversicherung* (MDK) ist bislang für die Einstufung der Pflegebedürftigen und die Qualitätskontrollen der durch den Versorgungsvertrag zugelassenen Anbieter zuständig. Zumindest in einem System, das ausschließlich auf dem PGB beruht, wird es keine Zulassung von Anbietern und damit auch keine Qualitätskontrollen durch die Kassen mehr geben. Allerdings dürfte die Ermittlung des Hilfebedarfs mehr Aufwand erfordern, sollte das im Modellvorhaben gewählte Resident Assessment Instrument Home Care (RAI HC 2.0) beibehalten werden. Darüber hinaus dürften durch die Einrichtung eines Case Managements und privater Zertifizierungsgesellschaften sowie eine gegebenenfalls staatliche Aufsicht genügend Arbeitsfelder für eventuell freigesetzte MDK-Mitarbei-

²⁴ Vgl. die Übersicht der im Detail recht komplexen und z.T. widersprüchlichen Regelungen bei Meyer (2003, S. 47ff.)

²⁵ Siehe hierzu die Diskussion um die sogenannten Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse im Lichte von staatlichen Ausgleichszahlungen bei Meyer (2005) sowie die aktuelle Diskussion um die EU-Dienstleistungsrichtlinie, bei der auf Drängen der deutschen Verhandlungsseite der Pflegesektor ausgenommen ist.

²⁶ Vgl. hierzu auch die Untersuchung von Meyer, Armingier, Becker und Ekert (2005) zum Potenzial haushaltsnaher Dienste.

²⁷ Zum "Druckkessel Pflege" vgl. Meyer (2004, S. 350ff.) sowie die dort angegebene Literatur.

ter entstehen, so dass von dieser Seite keinerlei Widerstand droht. Entsprechende Qualifikationen würden zukünftig eher eine Aufwertung erfahren.

Hinsichtlich der Interessenlage der *Anbieter* gelten die Trägerschaft und das Segment der Pflege als wesentliche Einflussfaktoren. Da das PGB mit der Zielsetzung einer Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation erprobt wird und zudem mittelfristig mit der Durchsetzung neuer Wohnformen zu rechnen ist, wird die Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen zurückgehen und für einen gewissen Zeitraum Leerkapazitäten bei Pflegeheimen erzeugen. Erst durch den demographischen Trend wird es langfristig wieder zu einer Vollauslastung kommen. Von daher sind seitens der *Heimbetreiber* und ihrer Verbände erhebliche Widerstände zu erwarten.²⁸ Bei einer entsprechenden Produktdifferenzierung (Demenzabteilungen, Einrichtungen für ausländische Mitbürgerinnen, etc.) wären jedoch auch neue Chancen gegeben. Zudem dürfte die Einführung neuer Wohnformen zu einer Lockerung der teilweise sehr restriktiven Mindeststandards (bspw. Heimmindestbau- und Heimpersonalverordnung) führen.²⁹ Gleiches wäre hinsichtlich der nicht immer sach- und praxisgerechten Qualitätsmaßstäbe des MDK zu erwarten, die zu einer vermehrten Bürokratie in der Pflege geführt haben. Bei einer vollständigen Umstellung auf das PGB würden diese Kontrollen gänzlich entfallen. Von daher wären auch die Betreiber traditioneller Pflegeheime von einer Ent-Regulierung betroffen und könnten bei hinreichender Anpassung ihrer Angebote unter den neuen Marktbedingungen ihre Position finden. Widerstände sind allerdings seitens der Wohlfahrtsverbände zu erwarten, die bislang in der Lockerung von Mindeststandards die Gefahr eines unerwünschten Qualitätsabbaus sehen.

Die *Träger ambulanter Pflegedienste* sollten zu den langfristigen Gewinnern des PGB gehören. Selbst bei einem global konstanten Pflegebudget wird infolge der Strukturverschiebung in diesen Pflegesektor ein Mehr an Kaufkraft fließen. Allerdings wird sich das System der Pflegeleistungen i. e. S. um die Dienstleistungen mit Pflegebezug erweitern, so dass sich die traditionellen Pflegedienste durch die Aufnahme eines erweiterten Angebots (hauswirtschaftliche Dienste, Begleit- und Betreuungsdienste, etc.) oder bei Kooperation mit entsprechend spezialisierten Anbietern umstellen müssen. Die Ungewissheit der geforderten Marktanpassung, die Aussicht auf neue Konkurrenten, der Wegfall von Qualitätsreglementierungen mit der Gefahr einer negativen Qualitätsspirale und die unklare Situation eines gegebenenfalls gespaltenen Marktes mit verschiedenen Standards (Anbieter mit/

²⁸ Vgl. die kritische Stellungnahme des Geschäftsführers beim Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (BPA), *H. Mauel*, auf dem Erfurter Symposium, dessen Verband private Heimbetreiber und private Pflegedienste vertritt. Vgl. Newsletter Pflegebudget Nr. 4/2005 von presse@pflegebudget.de v. 16.12.2005.

²⁹ Alternative Wohnformen scheitern bislang häufig an rechtlichen Unklarheiten, insbesondere auch an der Anwendung gesetzlicher Mindeststandards. Vgl. auch *Meyer* (2003, S. 32ff.).

ohne Versorgungsvertrag) im Falle der Aufrechterhaltung der Sachleistung (§ 36 SGB XI) erzeugen jedoch kurzfristig Skepsis und Widerspruch.³⁰

Auf eine eher positive Resonanz wird der Abbau der Bürokratie in der Pflege einschließlich der Legalisierung von bislang im Rahmen der "brauchbaren Illegalität" durchgeführten Leistungen abseits der so genannten Verrichtungen (§ 14 SGB XI) stoßen. Auch die individuell zwischen dem Pflegedienst und dem Kunden auszuhandelnden Entgelte dürften im Gegensatz zu den heute eher einem Preisdiktat entsprechenden Vergütungsverhandlungen zwischen Pflegedienst und Pflegekasse/Sozialhilfeträger (§ 89 SGB XI) auf die Zustimmung der Mehrzahl der Anbieter treffen. Insbesondere privat-gewerbliche Träger, die bisher in den Verhandlungen gegenüber den freigemeinnützigen Diensten häufig niedrigere Entgelte akzeptieren mussten, wären gleichgestellt.

Für eine gewisse Unruhe unter den *Vertretern der Pflegeberufe* sorgt die drohende Konkurrenz durch un- und minderqualifizierte Arbeitskräfte. Die derzeit vorliegende und sich künftig eher verschärfende Knappheit qualifizierter Pflegekräfte dürfte diese Befürchtungen jedoch als unbegründet erscheinen lassen (*Blinkert und Klie* 2004, S. 324). Vielmehr macht eine, entsprechend den Fähigkeiten und Qualifikationen optimierte, Arbeitsteilung eine stärkere Lohndifferenzierung wahrscheinlich.

Wie sieht schließlich die Interessenlage der *Pflegebedürftigen* und deren *Angehörigen* aus, die im jetzigen System der sozialhilferechtlichen Dreiecksbeziehung zwischen Pflegekasse und zugelassenen Dienstleistern eine nur sehr schwache, dritte Position einnehmen?³¹ Zunächst erlauben die mit dem PGB eröffneten Marktbeziehungen eine zumindest formale Gleichstellung. Die durch mangelnde Information und gegebenenfalls eingeschränkte Entscheidungskompetenz faktisch ungleichgewichtige Verhandlungsposition muss allerdings beachtet und möglichst gelöst werden. Neben marktlicher Lösungen der Selbstkoordination³² bietet sich die im Modellvorhaben obligatorisch vorgesehene Einrichtung einer Case Managerin an.³³ Aus der Sicht des Pflegebedürftigen sollte die Verausgabung des PGB möglichst präferenzgerecht erfolgen können, das Kriterium des Pflegebezugs wäre deshalb möglichst extensiv auszulegen. Speziell die Offenheit gegenüber Alternativen zur traditionellen Heimpflege (Wohnungsanpassung, Wohn-

³⁰ Vgl. hierzu die Position des Arbeitgeber- und Berufsverbandes Privater Pflege (ABVP). Siehe Newsletter Pflegebudget Nr. 4/2005 von presse@pflegebudget.de v. 16.12.2005.

³¹ Im Gegensatz zu den bisher behandelten Akteuren sind die Interessen der (potenziell) Pflegebedürftigen nur latent vorhanden, da die Pflegesituation i. d. R. erst im letzten Lebensabschnitt eintritt und nur von mehr oder weniger kurzer Dauer ist. Dieser Aspekt erscheint bei der politischen Durchsetzbarkeit des PGB von nicht unwesentlicher Bedeutung.

³² Vgl. hierzu auch *Meyer* (2004, S. 354ff.).

³³ Zur Funktion der Case Managerin vgl. *Meyer* (2006); *Klie* (2004b, S. 525); *Arntz und Spermann* (2004a, S. 13); *dies.* (2004b, S. 3).

gruppen) sollte gewährleistet sein.³⁴ Sodann sollten zwar die steuer- und sozialversicherungsrechtlichen Regelungen bei Beschäftigungsverhältnissen beachtet werden, darüber hinaus sollte jedoch keine Diskriminierung familiärer und nachbarschaftlicher Hilfen gegeben sein, wie dies der derzeitige Ausschluss im PGB vorsieht.

IV. Das Personengebundene Budget als Hebel zum Systemwechsel

Wohlfahrtsökonomische Betrachtungen, die langfristige Interessenlage der meisten Akteure sowie das normative Werturteil einer liberal-marktwirtschaftlichen (Selbst-)Steuerung, lassen eine Einführung des PGB als wünschenswert erscheinen. Im Rahmen der folgenden Governance-Analyse wird untersucht, inwiefern das PGB nicht nur selbst marktwirtschaftlichen Grundsätzen entspricht, sondern darüber hinaus auch unter Beibehaltung der bestehenden Geld- und Sachleistung als Hebel zum Systemwechsel wirken wird.

1. Entzug der korporatistischen Steuerung

Als wesentliche *Strukturmerkmale* einer korporatistischen Steuerung in der Pflege gelten eine staatliche Sicherstellungsverantwortung und Ansätze einer Bedarfsplanung, die Investitionsförderung, kollektiv-zentralistische Entgeltverhandlungen sowie administrative Formen der Qualitätssicherung.

Die *Sicherstellungsverantwortung* für eine ausreichende pflegerische Versorgung hat zwei Aspekte: zum einen die Sicherstellung des (finanziellen) Zugangs Bedürftiger zu entsprechenden Angeboten, zum anderen die Garantie der Bereitstellung einer ausreichenden und angemessenen pflegerischen Infrastruktur. Soweit eine *sozialpolitische Verantwortung* des Staates anerkannt wird, bleibt der erste Gesichtspunkt vom jeweiligen Regelungssystem unberührt.³⁵ Dem Prinzip der Nichtdiskriminierung folgend, müssten allerdings gleiche Versorgungsbedarfe durch gleich hohe Versicherungsleistungen abgedeckt werden. Die in dem Modellvorhaben vollzogene Anpassung des PGB an die Höhe des Sachleistungsanspruchs entspricht dieser Vorgabe, wohingegen die geringwertigere Geldleistung (§ 37 SGB XI) einen Verstoß darstellt.

³⁴ Befürworter von Wohngruppenkonzepten sehen das PGB als eine gute finanzielle Basis für entsprechende Projekte. Vgl. Freiburger Memorandum (2006).

³⁵ Allenfalls der Umfang der finanziellen Absicherung sowie die Art der Vorsorge (Zwangsversicherung versus Versicherungszwang, Rolle von GPV und PPV) werden von der Systemwahl beeinflusst.

Die Sicherstellungsverantwortung für die *pflegerische Infrastruktur* ist den verschiedenen Akteuren inkonsistent und rechtlich uneindeutig zugewiesen. Nach § 9 SGB XI sind die Länder “verantwortlich für die Vorkhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur”. Darüber hinaus weist § 12 Abs. 1 SGB XI den Pflegekassen die Verantwortung “für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten” zu. In diesem Zusammenhang haben die Pflegekassen “im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (Sicherstellungsauftrag)” (§ 69 SGB XI). Schließlich betont § 8 SGB XI eine gemeinsame Verantwortung, die zudem die Kommunen sowie die Pflegeeinrichtungen mit einbindet.

Diese Sicherstellungsverantwortung gibt die Grundlage für eine *Bedarfsplanung* entsprechend den jeweiligen Landespflegegesetzen.³⁶ Im Regelfall führen die Länder insbesondere für den stationären Pflegesektor eine konzertierte Bedarfsplanung durch.³⁷ Der Landespflegeplan gibt hier eine Rahmenplanung vor, die durch eine Bedarfsfeststellung der Kreise und kreisfreien Städte konkretisiert wird.

In einem System des PGB, bei dem die Verausgabung der Geldmittel durch die Pflegebedürftigen unter Einbezug von Angehörigen und Case Managern erfolgt, ist eine staatliche Sicherstellungsverantwortung entbehrlich.³⁸ Eine Bedarfsplanung würde bestenfalls durch die Marktentscheidungen bestätigt werden, im Normalfall jedoch hiervon abweichen und durch Leerkapazitäten volkswirtschaftliche Kosten hervorrufen. Die Bereitstellung einer ausreichenden und dem Bedarf angepassten Infrastruktur würde über die Selbststeuerung des Marktes ermöglicht. Allenfalls mit der gezielten Förderung und Inangangsetzung innovativer Angebote (Nachtcafés, spezielle Wohngruppenkonzepte) als Experiment wären Staat und Pflegekassen gefordert. Ihre Funktion wird sich ansonsten ausschließlich auf die (Teil-)Finanzierung der Pflege und die Leistungsvergabe an die Pflegebedürftigen beschränken.

Die Abgeltung der Pflegekosten der Einrichtungen erfolgt derzeit über eine *duale Finanzierung*. Die laufenden Betriebskosten werden über die Pflegeversicherung und private Zuzahlungen abgedeckt. Durch die Länder sollen gemäß § 9 SGB XI zur “finanziellen Förderung der Investitionskosten ... Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe

³⁶ § 9 SGB XI spricht lediglich von “Planung”, die sich “durch Landesrecht bestimmt”.

³⁷ Vgl. hierzu Näheres bei Meyer (2003, S. 48ff.) sowie den dortigen Anhang Übersicht A1.

³⁸ Ob Unterversorgungen in entlegenen ländlichen Räumen eintreten werden, ist eine Frage der Empirie. Zumindest im jetzigen System scheint dies bislang kein Problem zu sein. Sollten jedoch Versorgungsengpässe eintreten, so wäre eine Aufrechterhaltung der staatlichen Sicherstellungsverantwortung diskussionswürdig.

durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen.“ Dieser eher appellative Charakter gab den Ländern faktisch die Freiheit, eine Förderung nach Maßgabe der jeweils zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel vorzunehmen. Art und Umfang der Investitionsförderung variieren von Land zu Land erheblich.³⁹ Diese duale Finanzierung wäre in einem System des PGB obsolet und würde faktisch durch eine monistische Finanzierung aus PGB und privater Zuzahlung ersetzt werden. Jegliche Investitionsförderung wäre bedarfslenkend und diskriminierend und deshalb mit einer privatautonomen Marktallokation nicht vereinbar. Selbst bei einer fortbestehenden Unterscheidung in förderungswürdige zugelassene und nicht zugelassene Einrichtungen würde eine solche willkürliche öffentliche Subvention voraussichtlich gegen die Beihilfevorschriften der EU verstoßen.

Gemäß § 84 SGB XI müssen die *Pflegeentgelte* leistungsgerecht sein und dürfen nicht nach Kostenträgern bzw. Pflegebedürftigen differenziert werden. Bei *Einzelverhandlungen* steht der Träger des Pflegeheimes bzw. -dienstes auf der einen Seite den Pflegekassen und dem zuständigen Sozialhilfeträger auf der anderen Seite gegenüber (§§ 85; 89 SGB XI). Zwar können Vertreter der Anbieterverbände an den Verhandlungen beteiligt werden, dennoch dürften die Machtverteilung und die Sachkompetenz zugunsten der Pflegekassen verschoben sein. Des Weiteren besteht die Möglichkeit zu *landesweiten Kollektivverhandlungen* in Pflegesatzkommissionen im Rahmen eines bilateralen Kartells, bestehend aus den Verbänden von Pflegediensten/-heimen und Pflegekassen sowie überörtlichen Trägern der Sozialhilfe (§§ 86; 89 Abs. 3 SGB XI). Als Vertreter der freigemeinnützigen Pflegedienstleister tritt die Landsarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (LAGW) auf. Die privat-gewerblichen Träger sind teilweise im Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (PBA) und dem Arbeitgeber und Berufsverband Privater Pflege (ABVP) organisiert. Ihnen stehen die Landesverbände der sozialen und privaten Pflegekassen sowie ein Vertreter der Sozialhilfeträger gegenüber.

Im System des PGB haben die Pflegekassen und die Sozialhilfeträger keine vertraglichen Beziehungen zu den Leistungsanbietern, da der Versorgungsvertrag als Marktzutrittsprivileg entfällt. Im Prinzip finden privatautonome Entgeltfestsetzungen zwischen den Dienstleistern und den Pflegebedürftigen statt, die grundsätzlich eine Preisdifferenzierung nach Zahlungsbereitschaft oder Zeit der Inanspruchnahme (Zuschläge in der Nacht, am Wochenende) zulassen. Erfahrungen aus anderen Bereichen der persönlichen Dienstleistung (Massage, Friseurhandwerk) zeigen, dass die Marktpreise für Standardleistungen nur in einer geringen Bandbreite

³⁹ Die Investitionshilfen werden als “verlorener” Zuschuss und als zinslose bzw. zinsbegünstigte Darlehen vergeben. Unterschiede gibt es darüber hinaus hinsichtlich des Subventionsanteils, der Baukostenrichtwerte, der Möglichkeit der Förderung von Grundstückskäufen etc. Allerdings haben verschiedene Länder bereits mit einer bedarfsabhängigen Zahlung eines Investitionsentgeltes an die Pflegebedürftigen auf eine Subjektförderung umgestellt. Näheres vgl. bei Meyer (2003, S. 50ff.).

pendeln und auch den in Verhandlungen ungeübten Personen eine quasi kostenlose Orientierung bieten. Im Übrigen würden etwaige Preiskartelle in dieser Konstellation unter das Kartellverbot des § 1 Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) fallen.

Die *Qualitätskompetenz* ist den einzelnen Vertragspartnern im geltenden System entzogen und entweder auf die Ebene der korporatistischen Selbststeuerung auf Landes- und Bundesebene gehoben oder ganz dem Gesetz- und Verordnungsgeber überlassen (vgl. ausführlich Meyer 2004). So vereinbaren die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 80 SGB XI). Sie finden Eingang in die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen, die mit den zugelassenen Pflegeheimen abzuschließen sind (§ 80a SGB XI). Darüber hinaus legen sie die Grundlage für Einzelprüfungen durch den MDK, zu denen alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen verpflichtet sind (§ 112 SGB XI). Außerdem bestehen Rahmenverträge auf Landesebene zwischen den Spitzenverbänden der Pflegekassen und den Verbänden der Pflegeeinrichtungen zur pflegerischen Versorgung sowie des Weiteren Empfehlungen auf Bundesebene.

Da den Anknüpfungspunkt obiger Qualitätsregulierungen der Versorgungsvertrag für die zugelassenen Einrichtungen darstellt, dieser im System des PGB aber weder eine Grundlage noch eine Funktion besitzt, werden diese Vorgaben zukünftig keine Wirkung entfalten. Lediglich über die Pflegeeinstufung (§ 18 SGB XI) sowie die Beratungs- und Unterstützungsangebote (§§ 7; 37 Abs. 3 SGB XI) könnten die Pflegekassen ihren Einfluss in abgeschwächter Form zur Geltung bringen.

Die bisherigen Überlegungen gingen von einer *vollständigen Umgestaltung* der Leistungen auf das PGB aus. Was wären aber die Konsequenzen, sollten die bisherigen Regelleistungen, speziell die Sachleistungen (§ 36 SGB XI), weiterhin Bestand haben? Für diejenigen Pflegeeinrichtungen, die diese Dienstleistungen als Sachleistung zukünftig weiter anbieten, gelten der Versorgungsvertrag und damit alle zusammenhängenden korporatistischen Regulierungen. Das Ergebnis wären *gespaltene Märkte* mit Anbietern unterschiedlicher Regulierungsintensität. Denkbar wäre zudem, dass Träger von Pflegeeinrichtungen durch die Abspaltung von Diensten unterschiedlichen Regulierungskreisen angehören werden. Fragwürdig bleibt allerdings, ob sich nach Einführung des PGB überhaupt noch Anbieter für Sachleistungen finden werden. Vielmehr ist zu erwarten, dass die Pflegeeinrichtungen den Regulierungen ausweichen, indem sie die gleichen oder formal leicht abgewandelten Angebote im Rahmen des PGB abrechnen werden. Damit würde in jedem Fall das korporatistische System einem *wettbewerblich-marktwirtschaftlichen Versorgungssystem* weichen.

2. Ent-antwortung von Staat, Verbänden und Pflegekassen

Mit der *Transformation des Steuerungssystems* ist ein Wechsel der Akteure und eine Verlagerung von Verantwortlichkeiten verbunden. Die Verbände der Pflegeversorger, die der finanzierenden Pflegekassen und die staatliche Administration auf den verschiedenen Ebenen verlieren Regelungsmacht, Verantwortung und die Möglichkeit zur eigenen Interessendurchsetzung. Im sozialhilferechtlichen Regelungs-dreieck wird das Leistungsbeschaffungsverhältnis zwischen den Pflegekassen und den Einrichtungsträgern (§§ 72f. SGB XI) aufgelöst, so dass sich das privatautonom ausgehandelte Leistungserbringungsverhältnis zwischen dem Pflegebedürftigen als Kunden und dem Pflegedienstleister ohne Zugriff Dritter entwickeln kann. Die Pflegekassen beschränken sich auf ihre Finanzierungsfunktion und überlassen die Versorgungsparameter (Art der Pflege, Qualität, Entgelt) den Marktakteuren. Auch der Staat zieht sich auf seine Rahmensetzende Ordnungsfunktion zurück.

Zum einen eröffnet diese Ent-antwortung der im korporatistischen System dominierenden Akteure *Chancen*. Sie können zukünftig ihre eigenen Interessen nicht mehr koordiniert und mit staatlicher Regelungsmacht versehen gegen die Interessen der Pflegebedürftigen sowie potenzieller Konkurrenten durchsetzen. Es entsteht – zunächst nur formal – die Möglichkeit einer direkten Interessenbekundung und Steuerung eines präferenzgerechten Angebots durch die Kunden. Zum anderen stellen der Rückzug und die Ent-antwortung von Staat und Pflegekassen jedoch eine Reihe von *Gefahren* dar:

- Die vielfach nur eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit des Pflegebedürftigen, eine generelle Intransparenz hinsichtlich der geeigneten Versorgung sowie erhebliche asymmetrische Informationsdefizite, begründen eine schwache Marktstellung des Kunden. Übervorteilungen, Schlechtleistungen bis hin zu Formen gefährlicher Pflege sind nicht auszuschließen.
- Die isolierte Abrufung von Leistungen, gegebenenfalls auch unterschiedlicher Anbieter, macht Qualitätskontrollen und Haftungsfragen kaum lösbar.
- Die bei nominal festen Leistungsansprüchen bestehende Tendenz eines real abnehmenden Leistungsumfangs bleibt bei individuell ausgehandelten Entgelten und Qualitäten nur schwer erkennbar und intransparent.
- Die bislang als gesellschaftliches Problem anerkannte pflegerische Versorgung älterer Menschen wird über die dezentralen Marktbeziehungen individualisiert und bei Rückzug des Staates und der Pflegekassen als politisch gelöst erachtet.
- Als generelles Problem bleibt die in Deutschland explizit noch nicht geführte Diskussion und auch von der ehemaligen Bundesfamilienministerin (vgl. Schmidt 2004, S. 326) als “unselige Debatte” bezeichnete Verteilungsfrage, “was älteren Menschen an ... Versorgung noch zusteht”.

Diese Frage lässt sich weiter verschieben, wenngleich ihre Klärung unter dem Gesichtspunkt der Generationengerechtigkeit dringender denn je wäre.

3. Fazit: Deregulierung oder Re-Regulierung?

Die Einführung des PGB als Regelleistung bedeutet das Ende des korporatistischen Systems in der Pflege. Versteht man Deregulierung i.S. einer abnehmenden Regulierungsintensität und eines Mehr an dezentraler Marktallokation, dann bestätigt die Governance-Analyse diesen Sachverhalt. Allerdings hat der kurze Problemanriss im vorhergehenden Abschnitt gezeigt, dass ein Ordnungsrahmen für die Pflege notwendig ist, der die Marktbesonderheiten beachtet, wenn gravierende Fehlentwicklungen vermieden werden sollen (vgl. *Meyer 2003*, S. 41ff.).

Bereits die einschlägigen Haftungsregeln des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), standesrechtliche Pflichten des Arztes, die Beachtung des allgemein anerkannten Standes medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse (§ 11 SGB XI) sowie das Betreuungsrecht (§§ 1896ff. BGB) geben einen Rahmen vor, der die privatautonomen Vertragsverhältnisse der Pflege und deren Erfüllung hinsichtlich von Fehlentwicklungen begrenzt (vgl. *Klie 2005*). Des Weiteren wird der Markt Institutionen der Selbstregulierung hervorbringen, wie die Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen: Angehörigenvereine, Informationsangebote der Pflegeeinrichtungen, Markennamen sowie Qualitätsgemeinschaften (vgl. *Meyer 2004*, S. 354ff.).

Ob darüber hinaus eine spezielle pflegesektorale Re-regulierung notwendig ist, sollten die Marktergebnisse zeigen. So könnte der Einsatz einer Case Managerin für die Beratung, die Hilfeplanung und -durchführung sowie für eventuell entstehenden Konflikte – wie bereits im Modellvorhaben praktiziert – gesetzlich vorgeschrieben werden. Da dieses Pflegemanagement die Wirtschaftlichkeit der eingesetzten Mittel erhöht, könnte jedoch bereits der Wettbewerb der Pflegekassen dazu führen, dass sich diese Institution als Standard durchsetzt. Auch könnte die Praxis zeigen, dass der Ausschluss einer Mittelverwendung aus dem PGB für Pflegeleistungen durch Angehörige dem Ziel einer stabilen häuslichen Versorgung der Pflegebedürftigen entgegensteht. Dann sollten die gesetzlichen Bestimmungen hinsichtlich einer diskriminierungsfreien Mittelverwendung geändert werden.⁴⁰ Wie die Beispiele zeigen, stehen eine staatliche Re-regulierung durch gesetzliche Vorgaben einerseits und sich im Wettbewerb ergebende Standards andererseits in einem substitutiven wie auch komplementären Verhältnis.

⁴⁰ Vgl. hierzu die Kritik am Modellvorhaben bei *Meyer (2006)*.

Literatur

- Arentz, Oliver, Johann Eekhoff, Kai Menzel und Vera Streibel (2004), "Nachhaltigkeit durch Kapitaldeckung in der gesetzlichen Pflegeversicherung – eine Blaupause", in: *Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften*, 55. Jg., S. 223–245.
- Arntz, Melanie und Alexander Spermann (2004a), "Wie lässt sich die gesetzliche Pflegeversicherung mit Hilfe personengebundener Budgets reformieren?", in: *Sozialer Fortschritt*, 53. Jg., S. 11–22.
- Arntz, Melanie und Alexander Spermann (2004b), "Feldexperimente mit dem Pflegebudget (2004–2008) – Konzeption des Evaluationsdesigns", *Diskussionspapier des ZEW*, No. 04–84, o.O.
- Arntz, Melanie und Alexander Spermann (2005), "Soziale Experimente mit dem Pflegebudget (2004–2008)", in: *Sozialer Fortschritt*, 54. Jg., S. 181–191.
- Beyme, Klaus v. (1991), "Theorie der Politik im 20. Jhd.", Frankfurt/Main.
- Blinkert, Baldo u. Thomas Klie (2004), "Gesellschaftlicher Wandel und demographische Veränderungen als Herausforderungen für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen", in: *Sozialer Fortschritt*, 53. Jg., S. 319–325.
- Blumenthal, J. v. (2005), "Governance – eine kritische Zwischenbilanz", in: *Zeitschrift für Politikwissenschaft*, 15. Jg., S. 1149–1180.
- Botzem, S. (2002), "Governance–Ansätze in der Steuerungsdiskussion", *Diskussionspapier FS I 02–106 des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung*, Berlin.
- Coase, Ronald H. (1937), "The Nature of the Firm", in: *Economica*, Vol. 4, S. 386–405.
- Eucken, Walter (1952/1990), "Grundsätze der Wirtschaftspolitik", Tübingen, 6. Aufl.
- Freiburger Memorandum (2006), <http://www.freiburger-modell.de/memorandum.htm> (15.3.2006).
- Häcker, Jasmin und Bernd Raffelhüschen (2004), "Denn sie wussten, was sie taten: Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung", in: *Vierteljahresheft zur Wirtschaftsforschung*, 73. Jg., S. 158–174.
- Klie, Thomas (2004a), "Pflegebudget – Lernprojekt mit Perspektive", in: *Forum Sozialstation*, Nr. 128, S. 18–21.
- Klie, Thomas (2004b), "Mehr Autonomie und Selbstorganisation, Interview", in: *Pflegezeitschrift*, 57. Jg., S. 524–525.
- Klie, Thomas (2005), "Qualitätssicherung und Pflegebudget", <http://www.pflegebudget.de> (15.2.2006).
- Lehmbruch, G. (1996), "Der Beitrag der Korporatismusforschung zur Entwicklung der Steuerungstheorie", in: *Politische Vierteljahresschrift*, 37. Jg., S. 735–751.
- Meyer, Dirk (1999), "Wettbewerbliche Neuorientierung der Freien Wohlfahrtspflege", *Volkswirtschaftliche Schriften*, Nr. 486, Berlin.
- Meyer, Dirk (2003), "Für mehr Wettbewerb im stationären Altenhilfesektor – Handlungsbedarf aufgrund Kapazitätsprognose 2050", *Schriften der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e.V.*, Bd. 24, Berlin.
- Meyer, Dirk (2004), "Strukturelle Mängel in der Qualitätssicherung der stationären Altenpflege", in: *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen*, Bd. 27, S. 346–359.
- Meyer, Dirk (2005), "Dienste von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmungsrecht der Mitgliedstaaten und EU–Beihilfe-

- kontrolle – neuere Entwicklungen”, in: *Europäisches Wirtschafts- und Steuerrecht*, 16. Jg., S. 193–201.
- Meyer, Dirk (2006), “Systemwandel in der Pflegeversicherung? – Das Personengebundene Budget im Experiment der Pflegekassen”, unveröffentlichtes Manuskript.
- Meyer, Dirk, Gerhard Arminger, Carsten Becker u. Stefan Ekert (2005), “Wachstumspotenzial von privatwirtschaftlich angebotenen haushaltsnahen und personenbezogenen Dienstleistungen”, Forschungsvorhaben im Auftrag des BM für Wirtschaft und Arbeit, Berlin.
- Ottmach, Adrian (2003), “Pflegeversicherung – Last Exit”, in: *Wirtschaftsdienst*, 83. Jg., S. 777–785.
- Richter, Eva (2005), “Zwei Jahre Pflegebudget: Das Hilfe-Setting, das Zukunft hat”, in: *Forum Sozialstation*, Nr. 137, 12–17.
- Schmidt, Renate (2004), “Förderung der Potenziale im Alter als Zukunftsthema der Politik”, in: *Sozialer Fortschritt*, 53. Jg., S. 326–328.
- Schultze, R.-O. (2002), Art: Governance, in: *Lexikon der Politikwissenschaft*, hrsg. von Nohlen, D. u. Schultze, R.-O., S. 297–298.
- Schupp, Jürgen und Harald Künemund (2004), “Private Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Deutschland”, in: *Wochenbericht des DIW*, S. 289–294.
- Statistisches Bundesamt, “Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland”, verschiedene Jg., Stuttgart.
- Topan, A. (2003), “European Governance in der Gesundheitspolitik – Wirklichkeit oder Utopie?”, in: *Sozialer Fortschritt*, 52. Jg., S. 247–253.
- Widmaier, Sarah (2005), “Die soziale Pflegeversicherung in der Krise – Reformvorschläge im Überblick”, *ZEW-Dossier* Nr. 9/2005, <http://www.pflegebudget.de> (15.2.2006).
- Williamson, Oliver E. (1975), “Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications”, New York.
- Williamson, Oliver E. (1979), “Transaction-Cost Economies: The Governance of Contracture Relations”, in: *Journal of Law and Economics*, Vol. 22, S. 233–261.
- Williamson, Oliver E. (1984), “The Economics of Governance: Framework and Implications”, in: *Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft*, 140. Jg., S. 195–223.
- Williamson, Oliver E. (1996), “The Mechanism of Governance”, New York/Oxford.