

**„Pflegerstärkungsgesetz 1“
(5. SGB XI Änderungsgesetz)**

**Kommentierung der geplanten Änderung der
niedrigschwelligen Betreuungs- und
Entlastungsangebote nach § 45 b Abs. 3 SGB XI**

Hintergrund

Alle ambulant versorgten Pflegebedürftigen, auch solche ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, sollen nach § 45 b Abs. 1 a SGB XI künftig Betreuungs- und Entlastungsleistungen im Umfang von 104,00 Euro im Monat erhalten.

Dies wird seitens des bpa begrüßt, denn bisher konnten nur Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz die ursprünglichen Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Nach der vorgesehenen Änderung profitieren auch Menschen mit somatischen Beeinträchtigungen davon. Diese Gleichbehandlung ist richtig; gleichzeitig wird der Leistungsinhalt um Entlastungsleistungen und um Hauswirtschaftsleistungen erweitert. Wer pflegebedürftig ist, braucht Unterstützung im Haushalt, bei der Bewältigung des Alltags und der Organisation individueller Hilfen – das gilt für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz wie für Menschen mit somatischen Einschränkungen. Das anerkennt der Gesetzgeber mit dieser Regelung. Pflegebedürftige erhalten mehr Unterstützungsmöglichkeiten und ihre Angehörigen können dadurch weitergehender entlastet werden. Die Pflegesituation vor Ort kann so stabilisiert werden.

Bisher sind die Leistungen auf kognitiv beeinträchtigte Pflegebedürftige beschränkt gewesen. Zur Erbringung der Betreuungsleistungen waren neben Pflegediensten und Einrichtungen nach Landesrecht zugelassene – überwiegend ehrenamtlich tätige – Angebote berechtigt. Die Neuregelung ermöglicht eine Ausweitung auf Sachleistungen (bis zu 50 %), die bisher zugelassenen Pflegediensten / Einrichtungen vorbehalten waren, und eine Erweiterung der Leistungsinhalte um die Hauswirtschaft, die bisher Regelleistung von Pflegediensten ist, sowie die Erbringung der Leistung durch Dienstleister, die nicht ehrenamtlich ausgerichtet sind. Einerseits werden hier enorme Anreize insbesondere für Geldleistungsempfänger zur Umsteuerung in die Erstattungsleistung geschaffen und andererseits werden die zugelassenen Pflegedienste und Einrichtungen am Markt erheblich benachteiligt.

Konkreter Regelungsinhalt

- Die bisher ausschließlich für Demenzzranke (eingestuft nach § 45 a SGB XI) zur Verfügung stehenden Betreuungsleistungen (ca. 30 % der leistungsberechtigten Pflegebedürftigen) werden auf alle Pflegebedürftige (Leistungsberechtigte = 100 %) erweitert und um die Hauswirtschaft und Entlastungsleistung ergänzt. Damit werden 66 % der heutigen Sachleistungen (Grundpflege, Betreuung und Hauswirtschaft) zugelassener Pflegedienste anderen Dienstleistern als Erstattungsleistung zugänglich gemacht.
- Zukünftig sind neben den nach dem SGB XI zugelassenen Leistungserbringern auch sonstige niedrighschwellige Dienstleister zur Erbringung von Erstattungsleistungen in Höhe der hälftigen Sachleistungen sowie der weiteren Leistungen berechtigt. Diese Leistungserbringer haben bisher ausschließlich Betreuungsleistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz – überwiegend ehrenamtlich oder mit deren Beteiligung – erbracht. Diese Dienstleister sollen zukünftig um professionelle Dienstleistungsagenturen und Vermittlungsagenturen erweitert und vom Land anerkannt werden. Alle Vereinbarungen und Regelungen (z. B. zur Qualität, Personalausstattung, Vergütung und den Qualitätskontrollen) gelten für diese Leistungserbringer nicht. Die Pflegekassen sollen nach § 7a SGB XI gezielt auf die Erstattungsleistungen hin beraten und einen Leistungsmix empfehlen (vgl. Begründung des Gesetzentwurfes).

- Vorgesehen ist im Gesetzentwurf, dass die grundpflegerische- und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sein soll, wenn die Sachleistung in eine Erstattungsleistung umgewandelt wird. Da die Pflegeversicherungsleistung eine Teilkaskoleistung ist, ist das Erreichen der Vollversorgung systemisch nicht vereinbar. Es sei denn, die Geldleistung als Erstattung für eine Vollversorgung gewährleistet dies. Dann wäre die Voraussetzung – die Grundpflege und Hauswirtschaft ist sichergestellt – bei allen Geldleistungs- und Kombinationsleistungsempfängern immer erfüllt.
- Eine konkrete Abgrenzung der Leistungen Grundpflege, Hauswirtschaft und Betreuung sieht der Gesetzentwurf nicht vor. Insbesondere die zusammenhängenden Leistungen, z. B. Nahrungsverabreichung oder das Aufsuchen und Verlassen der Wohnung, sind nicht trennscharf abgrenzbar. Die Folge: Ein Dienstleister, der nur die Hauswirtschaft erbringen darf wird auch andere Leistungen erbringen. Wenn beispielsweise ein Pflegebedürftiger zur Toilette gehen und ggf. anschließend gewaschen werden muss, wird der Dienstleister kaum auf den Pflegedienst warten. Eine Beschränkung der neuen Dienstleister auf bestimmte Tätigkeiten ist daher lebensfremd und unrealistisch.

Auswirkungen der Neuregelung

- Es werden gezielt enorme Anreize – insbesondere für Geldleistungsempfänger – geschaffen, in die Erstattungsleistungen umzusteuern. Dies gilt aber auch für Sachleistungsempfänger in der Erwartung, mehr Leistungen zu erhalten. Im Rahmen der Geld- oder Kombinationsleistungen erhalten die Pflegebedürftigen über 70 % mehr Leistungen, teils bei gleichem Pflegearrangement. Die vorgesehene zusätzliche, gezielte Beratung der Pflegekassen nach § 7a SGB XI wird eine deutlich höhere Leistungsanspruchnahme auslösen als bei der Kostenschätzung der Bundesregierung angenommen. Hierzu hat der bpa das anliegende Gutachten erstellen lassen (vgl. Anlage 3). Die Kostenschätzung des BMG geht von 90 Mio. € aus. Laut unserem Gutachten werden die zusätzlichen Kosten, selbst wenn nur weniger als die Hälfte der Geldleistungsempfänger in die erheblich attraktiveren 50 % Erstattungsleistungen umsteuern, jedoch um das 15fache höher liegen. Anstatt auf 90 Millionen Euro beliefen sich die Kosten auf rund 1.410 Mrd. Euro. Die vorgesehene Beitragssatzsteigerung würde nicht ausreichen.
- Zudem ist zu befürchten, dass aufgrund der günstigeren Kostenstrukturen dieser Dienstleister, im Verhältnis zu den zugelassenen Pflegediensten, eine Verdrängung in die Billigpflege erfolgt.
- Viele Agenturen und Einzelpersonen werden als Dienstleister die Möglichkeit der Erbringung von Erstattungsleistungen nutzen, um sich als Leistungserbringer im Rahmen der Pflegeversicherung zu positionieren und so legale Angebote unterbreiten zu können. **Die Schwarzarbeit aber wird** nach Einschätzung des bpa aufgrund der Neuregelung nicht reduziert, sondern aufgrund zusätzlicher legalisierter Leistungserbringer **weiter zunehmen**. Daran ändert auch der Hinweis in der Begründung nichts, dass die Agenturen „eine legale und sozialversicherungsrechtlich einwandfreie Beschäftigung“ zu gewährleisten haben. Denn die Umsetzung dessen wird offenbar – anders als bei den Pflegediensten – weder als Eingangsvoraussetzung verlangt noch geprüft. Im Gegenteil, die neue Erstattungsleistung bildet einen besonderen Anreiz für Schwarzarbeiter oder Scheinselbstständige in Pflegehaushalten, die zu Hunderttausenden im Land bestehen. Insbesondere die osteuropäischen Vermittlungsagenturen mit ihren prekären Beschäftigungsverhältnissen werden von diesen zusätzlichen Leistungen profitieren und ihr Geschäftsmodell hierauf ausrichten. Der Scheinselbstständigkeit sowie die Schwarzarbeit und insbesondere auch prekäre Beschäftigungen werden offensichtlich bewusst in Kauf genommen.

- Die Grundlage für den Aufbau eines flächendeckenden Versorgungsangebotes an häuslicher Pflege war seitens des Gesetzgebers die Schaffung eines reglementierten Marktes durch Marktzutrittsregelungen sowie der Verpflichtung zu diversen Vereinbarungen bezüglich Leistung, Qualität und Preis und deren systematischer Überwachung und Kontrolle. Bei Erfüllung wurde die Erbringung von Sachleistungen ermöglicht. Dieses System wird jetzt aufgekündigt, indem Dienstleistern Zutritt nicht nur zu den diversen bisher bereits bestehenden Erstattungsleistungen, sondern nunmehr auch noch zu den Sachleistungen eingeräumt wird (vgl. Anlage 1). Ohne dass diese Leistungsanbieter auch nur im Ansatz ähnliche Auflagen und Regelungen einhalten müssen, wird der Grundkonsens der Pflegeversicherung zwischen Leistungserbringern und Gesetzgeber aufgekündigt. Es wurde ein neuer Sub-Markt neben der ehrenamtlichen, familiären Hilfe und den professionellen Pflegediensten aufgebaut. Zwischenzeitlich dürfen diese neuen Dienstleister neben den Leistungen nach § 45 b SGB XI auch Leistungen der Verhinderungspflege und im Rahmen der Wohngemeinschaften nach § 38 a SGB XI erbringen. Damit dürfen diese Leistungserbringer zukünftig entsprechend des Fallbeispiels 1 und 2 der Anlage 1 max. bis zu 368 % (Fallbeispiel 1) oder wie im Fallbeispiel 2 bis zu 201 % des gesamten monatlichen zur Verfügung stehenden Leistungsbudgets für die Pflegeperson im Vergleich zu den verbleibenden Sachleistungen des Pflegedienstes erbringen. Im Gegensatz dazu verbleiben dem zugelassenen Pflegedienst dann im Fallbeispiel 1 nur noch 234,00 € anstatt der 861,50 Euro für die sonstigen Dienstleister oder im Fallbeispiel 2 verbleiben 572,00 Euro (zu 1.492,50 für die sonstigen Dienstleister) als Monatsbudget. Vor diesem Hintergrund wird sich jeder Pflegedienst in Deutschland fragen müssen, ob der Aufwand, den er für die Einhaltung der arbeitsrechtlichen, Vertrags-, Qualitäts-, Dokumentations-, Personal- und sonstigen Anforderungen und Überprüfungen noch in irgendeinem Verhältnis im Vergleich zu den sonstigen Dienstleistern zu den erzielenden Umsätzen steht.
- Gleichzeitig werden auch ambulante Pflegedienste seitens der Politik mit der Anforderung nach verbesserten Arbeitsbedingungen und einer flächentariflichen Entlohnung überzogen. Neben dem zusätzlichen, völlig ungleichen Wettbewerb mit den neuen Dienstleistern, sind die nötigen Vergütungserhöhungen seit Jahren ausgeblieben, wie die Studie des Paritätischen eindrucksvoll belegt. Angesichts der noch erzielbaren Umsätze ist die Forderung nach der Aufwertung der Pflegekräfte bei fehlender Bereitschaft, die Leistungen tatsächlich angemessen zu vergüten, als zynisch zu bezeichnen.
- Gleichzeitig wird ein einheitlicher Qualitätsanspruch im SGB XI aufgegeben, weil neue Leistungserbringer mit geringeren Qualitätsanforderungen zugelassen werden sollen (in Verbindung mit § 45 c Abs. 3 a SGB XI). Es wird eine „Billigpflege“ im SGB XI eingeführt, obwohl die Regierungsfractionen und der Bundesminister für Gesundheit angekündigt haben, die Pflege aufzuwerten.
- Zudem wird zusätzliche Bürokratie entstehen, weil die Kostenerstattung eine entsprechende Abrechnung erfordert.

Der bpa warnt eindringlich vor den weitreichenden Folgen der beabsichtigten Neuregelung.



- In der Praxis wird diese dazu führen, dass ein ungleicher Wettbewerb geschaffen wird und Pflegebedürftige künftig von der Geldleistung in die Erstattungsleistung umsteuern werden, was erhebliche Mehrausgaben und zusätzliche Beitragserhöhungen ohne Qualitätssicherung zur Folge haben wird.
- Der Gesetzgeber muss sich im Klaren sein, dass er das System der häuslichen Versorgung durch zugelassene ambulante Pflegedienste damit gefährdet und gezielt Anreize für ein Subsystem und prekäre Beschäftigungsverhältnisse schafft.

Für die neuen Dienstleister gelten die genannten Anforderungen nicht; sie müssen lediglich ein „Konzept zur Qualitätssicherung“ vorlegen. Diese Agenturen werden so zu bevorzugten Leistungserbringern der Pflegeversicherung, die aufgrund der unscharfen Abgrenzung auch – wie oben aufgezeigt – Leistungen erbringen, die bisher den Pflegediensten oder ggf. Einzelpflegekräften vorbehalten waren. Der Gesetzgeber verschärft damit eine Entwicklung, die sich schon im Zuge der letzten Reform (PNG) abgezeichnet hat, als der Einsatz der Einzelpflegekräfte gem. § 77 SGB XI ausgeweitet werden sollte. Im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses erfolgte seinerzeit aber eine Klarstellung, welche einerseits die Verpflichtung der Einzelpflegekräfte auf die Regelungen des SGB XI umfasste und die andererseits den Verzicht auf „Betreuungsdienste“ mit sich gebracht hat. Diese Erkenntnis aus dem letzten Gesetzgebungsverfahren wird nunmehr ins Gegenteil verkehrt und der Ansatz von einheitlichen Anforderungen an die Leistungserbringer soll weitgehend aufgegeben werden. Es zeichnet sich dadurch eine Pyramide der Leistungserbringer ab, bei der ganz oben die neuen Dienstleister für die niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote stehen. Ihnen wird eine Lotsenfunktion zugestanden, sie unterliegen keinen Qualitätsanforderungen und keinen regelmäßigen Kontrollen. Auf der Ebene darunter stehen die Einzelpflegekräfte, die einen Pflegevertrag schließen müssen und die der Qualitätsprüfung gem. § 112 SGB XI unterliegen. Ganz unten stehen die Pflegedienste, die sämtliche gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen des SGB XI vollumfänglich erfüllen müssen.

DAS WICHTIGSTE IM ÜBERBLICK

- Für die neuen Dienstleister müssen bundeseinheitlich – sofern sie nicht nur mit Ehrenamtlichen arbeiten – die gleichen Verpflichtungen des SGB XI gelten wie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen oder Dienste bzw. umgekehrt.
- Vor dem Hintergrund der erheblichen fiskalischen Auswirkungen auf die Finanzierungsstabilität der Pflegeversicherung ist die Regelung bezüglich der Erstattung von 50 % der Sachleistung zu streichen. Alternativ wäre ein Budget aus dem Verhinderungspflege- und dem Kurzzeitpflegebetrag als Monatspauschale denkbar.

Anlage 1

Übersicht über die Leistungen der Pflegeversicherung 2014 und nach dem Referentenentwurf des 5. SGB XI-Änderungsgesetzes im Vergleich

Sachleistungen Häusliche Pflege bisher (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, Betreuungsleistungen) für Menschen ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz			
	Sachleistungen 2015:	Geldleistungen 2015	Neu: Mix 50 % Sachleistung (als Erstattungsleistung) plus 104 Euro (gem. § 45 b SGB XI)
Pflegestufe 0	Keine Leistungen.		
Pflegestufe I	bis zu 468 Euro monatlich.	bis zu 244 Euro monatlich.	bis zu 338 Euro monatlich.
Pflegestufe II	bis zu 1.144 Euro monatlich.	bis zu 458 Euro monatlich.	bis zu 676 Euro monatlich.
Pflegestufe III	bis zu 1.612 Euro monatlich.	bis zu 728 Euro monatlich.	bis zu 910 Euro monatlich.
Härtefall:	bis zu 1.995 Euro monatlich.		
Häusliche Pflege (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, Betreuungsleistungen) für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (gem. § 45 a SGB XI, z.B. Demenz)			
Sachleistungen		Neu: Mix - 50 % Sachleistung erstattet plus erhöhter Betrag 208 Euro (gem. § 45 b SGB XI)	
Pflegestufe 0	bis zu 231 Euro monatlich.	bis zu 323,50 Euro monatlich .	
Pflegestufe I	bis zu 689 Euro monatlich.	bis zu 552,50 Euro monatlich	
Pflegestufe II	bis zu 1.298 Euro monatlich.	bis zu 857 Euro monatlich.	
Pflegestufe III	Keine zusätzlichen Leistungen 1612 Euro monatlich	bis zu 1.014 Euro monatlich.	

Zu beachten:

1. Fallbeispiel		
Herr Meyer, Pflegestufe I , hat bisher Geldleistungen in Anspruch genommen in Höhe von:		<u>235 Euro</u>
Herr Meyer nimmt zukünftig den Mix in Anspruch und bekommt:		
50 % Sachleistung plus Grundbetrag (§ 45 b SGB XI)		338 Euro
50 % Geldleistung	+	122 Euro
(Entspricht einer Steigerung um 96 %)	=	<u>460 Euro</u>

2. Fallbeispiel		
Frau Müller, Pflegestufe II , mit Demenz (§ 45 a SGB XI), hat bisher Geldleistungen in Anspruch genommen in Höhe von:		440 Euro
und erhöhtem Erstattungsbetrag 200 Euro (§ 45 b SGB XI)	+	200 Euro
	=	<u>640 Euro</u>
Frau Müller nimmt zukünftig den Mix in Anspruch und bekommt:		
50 % Sachleistung plus erhöhter Betrag (§ 45 b SGB XI)		857 Euro
50 % Geldleistung	+	229 Euro
(Entspricht einer Steigerung um 70 %.)	=	<u>1.086 Euro</u>

Zusätzlich zu diesen Beträgen können die beiden zukünftig jeweils jährlich bis zu 2.418 Euro an Verhinderungspflege durch sonstige Dienstleister oder Pflegedienste, erbringen lassen und von der Pflegekasse bekommen sie diesen Betrag erstattet. Das entspricht max. 201,50 Euro im Monatsdurchschnitt.

Wohnen sie in einer Wohngemeinschaft (§ 38 a SGB XI), erhalten sie weiterhin jeweils einen Betrag von monatlich 205 Euro für Leistungen sonstiger Dienstleister oder von Pflegediensten.

Im Fallbeispiel 1

hätte Herr Meyer, bei maximaler Ausschöpfung der Geld- und Erstattungsleistung, inklusive der Verhinderungspflege und dem Wohngemeinschaftsbetrag:

- **für Dienstleister wie Vermittlungsagenturen, monatlich 861,50 Euro zum Einkauf von Leistungen zur Verfügung.**
- **Für die Sachleistungen durch zugelassene Pflegedienste verblieben ihm monatlich 234 Euro.**

Im Fallbeispiel 2

hätte Frau Müller, bei maximaler Ausschöpfung der Geld- und Erstattungsleistung, inklusive der Verhinderungspflege und dem Wohngemeinschaftsbetrag:

- **für Dienstleister wie Vermittlungsagenturen, monatlich 1492,50 Euro zum Einkauf von Leistungen zur Verfügung.**
- **Für die Sachleistungen durch zugelassene Pflegedienste verblieben ihr monatlich 572 Euro.**

Anlage 2

Flexibilisierung Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege und anderer Betreuungsformen – Kostenübersicht

Festlegung Koalitionsvertrag	Geplante Umsetzung in der ersten Stufe der Pflegereform	Kosten
	<p>Zur flexibleren Nutzung von Tages- und Nachtpflege sowie anderer Betreuungsformen wie der häuslichen Betreuung gem. § 124 SGB XI sollen die bisher bestehenden (relativ komplexen) Kombinationsregelungen angepasst werden:</p> <p>Tages- und Nachtpflege sollen zur Verbesserung der Versorgung, v.a. auch an Demenz erkrankter Menschen, sowie zur Entlastung der pflegenden Angehörigen gleichrangig neben die Ansprüche auf ambulante Pflegeleistungen treten (anstatt wie bisher eine teilweise Anrechnung der Ansprüche aufeinander vorzunehmen). <u>Norm(en): § 41 SGB XI</u></p> <p>Einführung eines Budgets zur Kombination zusätzlicher Betreuungsleistungen/der Entlastungsleistung des § 45b SGB XI und des Anspruchs auf ambulante Pflegesachleistungen nach Wahl des Anspruchsinhabers (im Umfang von 50%) – <u>Norm(en): §§ 36, 45b</u></p>	<p>Mehrkosten der Flexibilisierung im Zusammenhang mit der Tages- und Nachtpflege: Rd. 180 Mio. Euro</p> <p>Mehrkosten schwer zu kalkulieren, da abhängig vom Ausmaß der erhöhten Inanspruchnahme; Annahme: bis zu 100 Mio. Euro</p>

Kostenerstattung für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote im Rahmen des Sachleistungsbudgets

Eine Modellrechnung zur Schätzung maximaler Ausgabeneffekte

Kurzgutachten

bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Friedrichstraße 148
10117 Berlin

Ansprechpartner:

Dr. Jochen Pimpertz
Dr. Susanna Kochskämper

Köln, 03. Juni 2014

Kontakt Daten Ansprechpartner

Dr. Jochen Pimpertz
Telefon: 0221 4981-760
Fax: 0221 4981-99760
E-Mail: pimpertz@iwkoeln.de

Dr. Susanna Kochskämper
Telefon: 0221 4981-887
Fax: 0221 4981-99887
E-Mail: kochskaemper@iwkoeln.de

Institut der deutschen Wirtschaft Köln
Postfach 10 19 42
50459 Köln

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangssituation.....	4
2	Identifikation problematischer Fallkonstellationen.....	5
3	Berechnung eines maximal möglichen Ausgabeneffekts	7
4	Alternative Annahmen zum Nachfrageverhalten	8
5	Fazit.....	9
Literatur	10

1 Ausgangssituation

Im Rahmen des Fünften SGB XI-Änderungsgesetzes möchte die Bundesregierung unter anderem eine neue Kombinationsleistung einführen (§ 45 b Absatz 3 (neu) SGB XI).¹ Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Pflegestufe 0) sollen künftig maximal die Hälfte des Budgets für ambulante Sachleistungen (§ 36 und § 123) zur Finanzierung so genannter niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote in Anspruch nehmen können (BMG 2014a, 10). Im Gegensatz zum Pflegesachleistungsbezug ist für die Finanzierung niedrigschwelliger Angebote eine Kostenerstattung vorgesehen.

Fraglich ist, ob mit dieser Neuregelung ein Anreiz zur Leistungsausweitung entsteht, der die gesetzliche Pflegeversicherung mit zusätzlichen Ausgaben konfrontiert, die über das im Referentenentwurf genannte Volumen hinausgehen.

Das zuständige Bundesministerium für Gesundheit (BMG) rechnet mit einem zusätzlichen Finanzierungsaufwand für diese neue Kombinationsleistung in Höhe von 90 Millionen Euro pro Jahr (BMG 2014a, 21). Dabei fällt auf, dass die der Berechnung zugrunde liegenden Annahmen nicht deutlich gemacht werden. In der Gesetzesbegründung heißt es, dass „ein Teil der bisherigen Pflegegeldempfänger“ von dieser neuen Möglichkeit Gebrauch machen wird. Im Gegensatz dazu werden die Annahmen im Kontext anderer Leistungsausweitungen konkret benannt: Bei der Erweiterung der Verhinderungspflege um Mittel der Kurzzeitpflege unterstellt der Referentenentwurf, dass „die Hälfte der bisherigen Empfänger von Verhinderungspflege“ auf das neue Angebot zurückgreifen wird. Wenn künftig die Leistungsansprüche im Rahmen des § 45 b Absatz 1 auf alle Pflegebedürftigen, also auch auf Personen ohne erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz ausgeweitet werden, rechnet das Ministerium damit, dass „die Leistungen von diesem Personenkreis zunächst etwa halb so häufig in Anspruch genommen werden wie von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ (BMG, 2014a, 21).

Zwar lassen sich diese Annahmen über das zukünftige Nachfrageverhalten in Ermangelung valider Daten nicht weiter empirisch untermauern. Immerhin aber sticht die unterschiedliche Handhabung bei der Ableitung möglicher Ausgabeneffekte ins Auge. Um eine Diskussion über mögliche fiskalische Folgen der Pflegereform wenigstens auf der Basis plausibel belegter Annahmen führen zu können, soll im Folgenden auf mögliche Hypothesen rückgeschlossen werden, die den Berechnungen zum § 45 b Absatz 3 zugrunde gelegen haben können. Dazu wird zunächst aus theoretisch abgeleiteten Fallkonstellationen und der bisherigen Inanspruchnahme der Pflegeleistungen der maximal mögliche Ausgabeneffekt geschätzt. Auf dieser Grundlage lassen sich dann Vergleiche zu den an anderen Stellen getroffenen Annahmen ziehen und Zweifel an den Berechnungen zum Finanzierungstableau zerstreuen oder erhärten.

¹ Die im Folgenden genannten Paragraphen beziehen sich ohne Ausnahme auf das Elfte Sozialgesetzbuch SGB XI, die Hinweise auf § 45 b beziehen sich jeweils auf die Fassung im Referentenentwurf des BMG, Stand 08.04.2014.

2 Identifikation problematischer Fallkonstellationen

Pflegebedürftige haben bislang in der häuslichen Pflege die Wahl zwischen der Auszahlung eines Pflegegeldes oder der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen, zum Beispiel in Form eines ambulanten Pflegedienstes sowie einer Kombination aus beidem. Dabei liegt der Anspruch auf Pflegegeld über alle Pflegestufen hinweg unter dem jeweiligen Pflegesachleistungsbudget (Tabelle 1, Spalten 2 und 3).

Mit der neuen Kombinationsleistung nach § 45 b Absatz 3 soll es nun den Beziehern von Pflegesachleistungen sowie den bisherigen Beziehern von Pflegegeld ermöglicht werden, einen Teil des Sachleistungsbudgets zu nutzen, um zusätzliche Hilfestellung im Alltag zu erhalten, so genannte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote. Diese werden beispielsweise durch Agenturen für haushaltsnahe Dienstleistungen, durch Alltagsbegleiter und/oder Pflegebegleiter bereitgestellt. Wird diese neue Wahlleistung in Anspruch genommen, reduziert sich der Pflegegeldanspruch anteilig entsprechend der bisherigen Bestimmungen zur Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistungen.

Aus dem neuen Wahlrecht ergeben sich unterschiedliche Fallkonstellationen, die zu einer im Gegensatz zum Status quo höheren Belastung der gesetzlichen Pflegeversicherung führen können.

- Unproblematisch sind zunächst jene Bestandsfälle, die im Rahmen der ambulanten Versorgung den Bezug von Pflegesachleistungen gewählt haben. Sollten sie künftig einen Teil des Sachleistungsbudgets für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote nutzen und damit das Angebot von professionellen Pflegediensten substituieren, führt das zu keinen zusätzlichen Kosten für die Pflegeversicherung.
- Für neue Pflegefälle ergibt sich durch die Neuerung ebenfalls keine zusätzliche finanzielle Belastung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Vergleich zum Status quo, sofern diese sich ausschließlich für den Bezug von Pflegesachleistungen entscheiden.
- Die neue Kombinationsleistung wird aber für jene Pflegebedürftige attraktiv, die ausschließlich privat organisierte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote nutzen wollen, ohne auf das Pflegegeld gänzlich verzichten zu müssen bzw. zu wollen. Die Mitglieder dieser Gruppe erfahren den maximalen finanziellen Vorteil, wenn sie ein anteiliges Pflegegeld beziehen (50 Prozent) und den verbleibenden Anteil des Sachleistungsbudgets (50 Prozent) für die neuen Betreuungs- und Entlastungsangebote nutzen. In diesen Fällen entstehen der gesetzlichen Pflegeversicherung je nach Pflegestufe pro Fall und Monat Mehraufwendungen bis zu den in Tabelle 1, Spalte 5 ausgewiesenen Beträgen.

Dabei wird § 45 b Absatz 3 Satz 4 so interpretiert, dass bis zu 50 Prozent des Pflegesachleistungsbudgets für die Kostenerstattungslösung in Anspruch genommen werden können.

Tabelle 1
Fallkonstellationen mit höheren finanziellen Belastungen

Leistungssätze für Pflegegeld und ambulante Sachleistungen sowie einer anteiligen Kombination beider Leistungen

Pflegestufen	Leistungssätze (Stand 1.1.2015)		Maximalszenario	
	Pflegegeld	ambulante Sachleistungen	Kombination aus hälftigem Pflegegeld und hälftigem Sachleistungsbudget	Differenz zu ausschließlichem Pflegegeldbezug
	Euro pro Monat			
0	123	231	177	54
I	244	468	356	112
I erhöhter Betrag	316	689	502,5	186,5
II	458	1.144	801	343
II erhöhter Betrag	545	1.298	921,5	376,5
III	728	1.612	1.170	442

Kombination aus Pflegegeld und Kostenerstattung für niedrigschwellige Angebote unter der Annahme einer 50-prozentigen Inanspruchnahme des gesamten Pflegesachleistungsbudgets.

Quelle: BMG, 2014a, eigene Zusammenstellung

Theoretisch ergibt sich eine weitere Fallkonstellation, die die gesetzliche Pflegeversicherung sogar noch stärker belasten könnte. Das wäre dann der Fall, wenn der bisherige Pflegegeldbezug nicht anteilig, sondern vollständig durch den Pflegesachleistungsbezug substituiert würde. Die finanzielle Belastung stiege dann im Einzelfall um die volle statt der hälftigen Differenz zwischen Sachleistungsbudget und Pflegegeld (Tabelle 1, Differenz Spalte 3 und 2). Um diese Fallkonstellation plausibel unterstellen zu dürfen, müssen allerdings zusätzliche Annahmen zu dem Nachfrageverhalten der Pflegebedürftigen getroffen werden. Denn es stellt sich die Frage, warum Pflegegeldempfänger nicht bislang schon von ihrem Wahlrecht Gebrauch machen und das nominal höhere Pflegesachleistungsbudget ausschöpfen. Dass diese Wechseloption erst mit dem neuen Wahlrecht zugunsten niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote wahrgenommen werden soll, wäre nur mit einer besonderen Pflegepräferenz zu erklären, respektive mit der Option, die Präferenz zugunsten einer Betreuung im persönlichen Umfeld nun auch auf dem Wege der Kostenerstattung niedrigschwelliger Angebote zu organisieren. Zusätzlich dürften keine grundsätzlichen Vorbehalte gegen den Sachleistungsbezug professioneller Dienste vorliegen. Denn die kostensteigernde Wirkung käme erst dann voll zum Tragen, wenn das Pflegesachleistungsbudget vollständig ausgeschöpft würde. Bereits diese ersten Überlegungen verdeutlichen, dass ein solcher Fall zwar theoretisch abgeleitet werden kann, in der Praxis aber wohl eher die Ausnahme sein wird und kaum als Referenz für die Schätzung maximal möglicher Ausgabeneffekte herangezogen werden darf.

3 Berechnung eines maximal möglichen Ausgabeneffekts

Im nächsten Schritt gilt es eine Annahme darüber zu treffen, in welchem Umfang jeweils in den unterschiedlichen Pflegestufen von der neuen Kombinationsleistung nach § 45 b Absatz 3 Gebrauch gemacht wird. Denn aus Tabelle 1 ergibt sich, dass der finanzielle Anreiz, das Optionsrecht zu nutzen, mit der Pflegeintensität steigt. Mit Blick auf vorrangig einkommensmaximierende Motive wäre es also durchaus plausibel zu unterstellen, dass die Neigung, die neue Kombinationsleistung nachzufragen, mit der Pflegestufe ansteigt.

Allerdings zeigt die Pflegestatistik des BMG, dass der weitaus größere Teil der Pflegebedürftigen bislang das Pflegegeld in Anspruch nimmt. Im Jahresdurchschnitt 2013 wurde über alle Pflegestufen hinweg das Pflegegeld in 1,149 Millionen der ambulant versorgten Pflegefälle gewählt. Auf die bisher bereits mögliche Kombination von Pflegegeld und Sachleistungsbezug entfielen 403.000 Fälle, lediglich in 132.700 Fällen entschieden sich die Betroffenen ausschließlich für den Bezug von Pflegesachleistungen (BMG, 2014b). Diese Zahlen offenbaren, dass die überwiegende Mehrheit der Pflegebedürftigen und ihrer Familienangehörigen trotz der monetären Anreizstrukturen offenkundig eine innerfamiliäre Organisation der Pflege präferieren (so auch TNS Infratest Sozialforschung, 2011, 44), möglicherweise weil fremde, im Rahmen professioneller Pflegedienste eventuell auch wechselnde Pflegepersonen als nachteilig empfunden werden (Runde et al., 2009, 38). Über diese Plausibilitätsüberlegungen hinaus stehen aber keine empirisch fundierten Informationen zu den Präferenzen der Pflegegeldempfänger zur Verfügung. Ob sich aus dem mit der Pflegeintensität steigenden finanziellen Anreiz zugunsten der neuen Kombinationsleistung nach § 45 b Absatz 3 auch tatsächlich ein nach den Pflegestufen unterschiedliches Nachfrageverhalten ergibt, kann nicht belegt werden.

Tabelle 2
Modellrechnung maximale Ausgabenwirkung

Zusätzliche Ausgaben infolge einer anteiligen Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistungsbudget im Rahmen des § 45 b Absatz 3 (neu) durch alle bisherigen Pflegegeldempfänger

Pflegestufen	Leistungsempfänger	Zusatzkosten pro Fall		Zusatzkosten insgesamt
	Jahresdurchschnitt 2013	Euro		Millionen Euro
		pro Monat	pro Jahr	
0	52.368	54	648	33,9
I	576.254	112	1.344	774,5
I erhöhter Betrag	143.913	186,5	2.238	322,1
II	188.330	343	4.116	775,2
II erhöhter Betrag	105.509	376,5	4.518	476,7
III	82.492	442	5.304	437,5
insgesamt	1.148.866			2.819,9

Leistungsempfänger: Jahresdurchschnitt 2013; Zusatzkosten: hälftige Differenz des ambulanten Pflegeleistungsanspruchs und des Pflegegeldes (siehe Tabelle 1).

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit 2014a und 2014b, eigene Berechnungen

Stattdessen ist aber eine Berechnung des maximalen Finanzierungsbedarfs im Rahmen eines Extremszenarios möglich. Dazu wird unterstellt, dass alle bisherigen (und künftigen) Bezieher von Pflegegeld eine Konstellation wählen, die je nach Pflegeintensität zu den in Tabelle 1, Spalte 5 ausgewiesenen Mehrausgaben pro Fall führen. Des Weiteren werden für die Berechnung Anzahl und Verteilung der Pflegefälle entsprechend der Pflegefallstatistik aus dem Jahr 2013 verwendet (BMG, 2014b) sowie die im Referentenentwurf genannten Pflegesätze, die mit Inkrafttreten der Reform ab dem 1.1.2015 gelten sollen. Unter diesen Annahmen ergeben sich die in Tabelle 2 ausgewiesenen zusätzlichen Ausgabeneffekte. Bei einer 100-prozentigen Inanspruchnahme der neuen Kombinationsleistung nach § 45 b Absatz 3 wären zusätzliche Ausgaben in Höhe von 2,82 Milliarden Euro zu finanzieren. Wichtig zu betonen: Es handelt sich um ein extremes Szenario, dass keine Aussagen über die Eintrittswahrscheinlichkeit zulässt.

4 Alternative Annahmen zum Nachfrageverhalten

Da alternative Hypothesen über das Nachfrageverhalten nach Einführung des neuen § 45 b Absatz 3 nicht hinreichend mit empirischen Indizien fundiert werden können, muss aus dem Maximalszenario rückgeschlossen werden, welche Annahmen den Berechnungen des BMG wohl zugrunde gelegen haben.

So lässt sich aus dem Verhältnis maximal möglicher Zusatzausgaben und den im Referentenentwurf genannten 90 Millionen Euro ableiten, dass das BMG – sofern die hier unterstellten Annahmen geteilt werden – bei seiner Schätzung davon ausgegangen sein muss, dass nicht 100 Prozent, sondern lediglich 3,2 Prozent der bisherigen Empfänger von Pflegegeld von der neuen Kombinationsleistung Gebrauch machen werden. Folgt man dieser Interpretation, dann wirft diese Schätzung der Inanspruchnahme Fragen auf, weil sie im Vergleich zu den Schätzungen der eingangs genannten weiteren Maßnahmen deutlich abweicht. Zwar ergibt sich diese Diskrepanz vor allem aus der Berechnung eines extremen Szenarios. Der Einwand einer ungewissen Schätzung trifft aber gleichermaßen auf die BMG-Zahlen zu den Ausgabeneffekten anderer Maßnahmen zu. Würde man also zum Beispiel analog zu der Leistungsausweitung des § 45 b Absatz 1 oder der ergänzenden Inanspruchnahme von Mitteln der Kurzzeitpflege im Rahmen der Verhinderungspflege unterstellen, dass etwa die Hälfte der heutigen Pflegegeldempfänger die neue Kombinationsleistung beanspruchten, läge der anfängliche Mehraufwand infolge des § 45 b Absatz 3 bei 1,42 Milliarden Euro pro Jahr, bei einer Inanspruchnahme durch 30 (20/10) Prozent der bisherigen Pflegegeldempfänger entsprechend bei 846 (564/282) Millionen Euro.

Alternativ könnte das BMG möglicherweise davon ausgegangen sein, dass die Kombinationsleistung in einigen Pflegestufen verstärkt, dafür aber in anderen Stufen gar nicht nachgefragt wird. Selbst wenn auch für diese Hypothese keine empirischen Indizien vorgelegt werden können, sollen hier solche Konstellationen beispielhaft aufgeführt werden:

- Unter der Annahme, Pflegebedürftige der Stufen 0 und I verzichten auf die neue Kombinationsleistung nach § 45 b Absatz 3, während alle anderen Pflegegeldempfänger ab der Pflegestufe I zu 100 (50) Prozent das Pflegesachleistungsbudget anteilig für niedrigschwellige Angebote ausschöpfen, ergäbe sich ein anfänglicher Ausgabeneffekt von 1,689 (0,845) Milliarden Euro pro Jahr.

- Verzichten umgekehrt alle Pflegebedürftigen ab Stufe II auf die Kombinationsleistung nach § 45 b Absatz 3, während die Pflegegeldempfänger der Pflegestufen 0 und I zu 100 beziehungsweise 50 Prozent von dem zusätzlichen Leistungsangebot Gebrauch machen, dann ergibt sich ein anfänglicher Ausgabeneffekt von 1,131 Milliarden respektive 565 Millionen Euro pro Jahr.

Diese willkürlich getroffenen Annahmen lassen sich nahezu beliebig variieren. Mit anderen Worten: Es ließe sich auch auf unterschiedlichen Wegen das vom BMG geschätzte zusätzliche Ausgabenvolumen von 90 Millionen Euro reproduzieren. Angesichts dieser Unklarheit ist dringend auf Transparenz der zugrunde liegenden Annahmen zu drängen, um im Rahmen einer möglichst empirisch fundierten Diskussion das Finanztableau zum Gesetzentwurf überprüfen und möglichen Nachfinanzierungsbedarf zu Lasten der Beitragszahler ausschließen zu können.

5 Fazit

Die maximal möglichen Ausgabeneffekte, die sich für die soziale Pflegeversicherung aus der Ergänzung des § 45 b um eine neue Kombinationsleistung mit Betreuungs- und Entlastungsangeboten ergeben, liegen weit über den vom BMG ausgewiesenen Zusatzkosten von 90 Millionen Euro. Die Annahmen, die der BMG-Schätzung zugrunde liegen, werden nicht ausgewiesen. Selbst wenn nur 50 Prozent des berechtigten Personenkreises die neue Kombinationsleistung nutzen würden – eine Annahme, die im Referentenentwurf bezüglich anderer Maßnahmen getroffen wird – ergäbe sich immer noch ein fünfzehnfach höherer Finanzierungsaufwand. Warum jedoch weit weniger als die Hälfte der Berechtigten die neue Kombinationsleistung nutzen sollten, ist nicht nachvollziehbar. Denn für die bisherigen Pflegegeldempfänger ergeben sich eindeutige finanzielle Anreize durch die neue Kombinationsleistung. Klarstellung und Diskussion sind vonnöten, denn dem hier exemplarisch dargestellten Finanzierungsaufwand entspräche derzeit ein Beitragsaufkommen von umgerechnet etwas mehr als einem zusätzlichen Zehntelpunkt Beitragssatz. Mit anderen Worten: Die im Referentenentwurf eingestellte Beitragssatzanpassung von 2,05 auf 2,35 Prozent zum 1.1.2015 wäre in diesem Fall zu gering bemessen.

Literatur

- BMG** – Bundesministerium für Gesundheit, 2014a, Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorge, Bearbeitungsstand: 08.04.2014
- BMG** – Bundesministerium für Gesundheit, 2014b, Soziale Pflegeversicherung - Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen im Jahresdurchschnitt 2013, URL: <http://www.bmg.bund.de/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html> [Stand: 2014-05-20]
- Runde**, Peter / Giese, Reinhard / Kaphengst, Claudia / Hess, Julius, 2009, AOK-Trendbericht Pflege II - Entwicklungen in der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung, Arbeitsstelle Rehabilitations- und Präventionsforschung, Hamburg
- TNS Infratest Sozialforschung**, München, 2011, Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“, Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin