

Das Personengebundene Budget (PGB) in der Pflege als Hebel zum Systemwechsel

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 präferenzgerechtere Verausgabung der Mittel und die Vermeidung kostenintensiver Heimaufenthalte werden als Vorteile gesehen. Dabei ist bislang wenig beachtet worden, 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.

1 Das Personengebundene Budget als Modellprojekt der Pflegekasse

Das PGB wird im Rahmen der *Experimentierklausel* des § 8 Abs. 3 SGB XI in sieben Regionen mit etwa 1.000 freiwillig teilnehmenden Pflegebedürftigen seit Oktober 2004 für etwa vier Jahre erprobt. Anders als die Geldleistung (§ 37 SGB XI) erhält der Pflegebedürftige gemäß Pflegestufe I-III das PGB in Höhe der Pflegesachleistung zu 100 % ausgezahlt. 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 deshalb

ausgeschlossen. Allerdings ist die Bindung an Pflegeanbieter mit Versorgungsvertrag ausdrücklich aufgehoben.

Welche Wirkungen verspricht man sich von dem Modellversuch? Eine wesentliche *Effektivitätssteigerung* gründet sich auf eine Entbindung der Leistungsempfänger von dem starren Verrichtungskatalog, die zugleich den Kreis der (potenziellen) Leistungserbringer erweitert und darüber hinaus die strengen und nicht immer sachgerechten, vor allem aber in ihrer Beachtung teuren Qualitätsanforderungen lockert. Das PGB schafft ebenfalls Spielraum für *neuartige Angebote* von bislang unter- und fehlversorgten Hilfebedürftigen.

Darüber hinaus dürften erhebliche *Effizienzgewinne* realisiert werden. So kann 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. Kosteneinsparungen sind des Weiteren durch aufgeschobene oder ganz vermiedene *stationäre Versorgungen* in Pflegeheimen in erheblichem Umfang zu erwarten. Verglichen mit einer Versorgung im bisherigen Wohnumfeld resultieren monatliche Einsparungen von ca. 1.000 € entsprechend 37 %.

Den vermuteten Chancen stehen jedoch auch Gefahren bzw. Kostennachteile einer Einführung des PGB gegenüber. So ist der Pflegesektor durch besondere Versorgungsverhältnisse geprägt, die einen entsprechenden Ordnungsrahmen bedingen. 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 sowie die Problematik der *Qualitätssicherung* in einem den bisher greifenden Reglementierungen entzogenen Pflegemarkt mit der Gefahr von Schlechtleistungen.

Unter der Berücksichtigung eines bei weitgehend freier Mittelverwendung erhöhten Beratungs- und Koordinationsbedarfs fallen deshalb zusätzliche *Transaktionskosten* an. Im laufenden Modellvorhaben übernimmt eine Case Managerin die obligatorische Aufgabe einer ersten Anlaufstelle und einer regelmäßigen Begleitung. Deren Kosten belaufen sich auf etwa 10 % des Bruttobudgets.

2 Krisenzeichen eines Scheiterns konzeptioneller Grundsätze

Die Konzeption der Pflegefallabsicherung droht zu scheitern, sowohl unter dem Blickwinkel der *Finanzierung* (Einnahmen - Ausgaben, Beitragssatz), als auch der *Leistungen* (Geld- versus Sachleistung), wie auch der *Versorgung* (Qualität, Geeignetheit, Zufriedenheit). Seit Einführung der Pflegeversicherung sank der Anteil der Empfänger von Geldleistungen von 30,2 % (1997) auf 24,3 % (2004), zum anderen stieg der Anteil vollstationär Versorgter von 27,8 % auf 32,7 %. Die damit verbundene Ausgabensteigerung führt bei leicht rückläufigen Einnahmen seit 1999 zu jährlichen *Defiziten* mit zunehmender Tendenz.

Da die Leistungen der GPV 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. 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. Wie die Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) zeigen, scheint der stationäre Pflegesektor besonders von Qualitätsproblemen betroffen zu sein.

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. Hinzu kommt die durch das Umlageverfahren konstruktionsbedingte *mangelnde Nachhaltigkeit* im Zuge der demographischen Entwicklungen, die die Frage der *Generationengerechtigkeit* aufwirft.

Erhebliche Verschiebungen in der Besetzung der Altersklassen führen zu einer erheblichen Zunahme der Pflegebedürftigen von derzeit etwa 2 Mio. auf 4 Mio. (2050). Einher geht eine geschätzte reale Ausgabenerhöhung von 20 auf 60 Mrd. € Ein weiterer Unsicherheitsfaktor stellt das zukünftige *Potenzial* und die *Bereitschaft* zur Familien- bzw. Laienpflege dar. Hohe Scheidungsraten, eine abnehmende Kinderzahl, der zunehmende Altersabstand zwischen den Generationen, eine steigende Frauenerwerbsquote und eine wachsende räumliche Mobilität stellen die wesentlichen Entwicklungstrends im Pflegeumfeld dar. Im Ergebnis wird mit einem Rückgang des Pflegepotenzials bis 2050 um 40 % gerechnet. 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“ (Th. Klie 2005) sicherstellen will, zur Utopie.

3 Das Personengebundene Budget als Hebel zum Systemwechsel

Die Interessenlage der politischen Akteure aufgrund des drohenden Scheiterns der Pflegefallabsicherung, die erhofften Wirkungen des Modellvorhabens sowie das normative Werturteil einer liberal-marktwirtschaftlichen (Selbst-)Steuerung lassen eine Einführung des PGB als wünschenswert erscheinen. Im Rahmen der folgenden 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.

3.1 Entzug der staatlich-verbandlichen Einflussnahme

Als wesentliche *Strukturmerkmale* einer staatlich-verbandlichen Einflussnahme 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. 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.

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 Vorhaltung 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. Im Regelfall führen die Länder insbesondere für den stationären Pflegesektor eine konzertierte Bedarfsplanung durch. 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. 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 Inangasetzung 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 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. 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, 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 Beihilfavorschriften 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, doch 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 Bundesverbund 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 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 verbandlich-staatlichen Steuerung auf Landes- und Bundesebene gehoben oder ganz dem Gesetz- und Verordnungsgeber überlassen. So vereinbarten 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 der 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, gilt der Versorgungsvertrag und damit alle zusammenhängenden staatlich-verbandlichen 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 nur im Rahmen des PGB abrechnen werden. Damit würde in jedem Fall das staatlich-verbandliche System einem *wettbewerblich-marktwirtschaftlichen Versorgungssystem* weichen müssen.

3.2 Ent-antwortung von Staat, Verbänden und Pflegekassen

Mit dieser Umstellung 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. Das Leistungsbeschaffungsverhältnis zwischen den Pflegekassen und den Einrichtungsträgern (§§ 72 f. SGB XI) ist 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.

Diese Ent-antwortung der im staatlich-verbandlichen System dominierenden Akteure eröffnet zum einen *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 stellt 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 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 politisch als gelöst erachtet.
- Die in Deutschland explizit noch nicht geführte Diskussion und auch von der ehemaligen Bundesfamilienministerin Renate Schmidt als „unselige Debatte“ bezeichnete Ver-

teilungsfrage, „was älteren Menschen an ... Versorgung noch zusteht“, lässt sich weiter verschieben, wenngleich ihre Klärung unter dem Gesichtspunkt der Generationengerechtigkeit dringender denn je wäre.

4 Fazit: Deregulierung oder Re-Regulierung?

Die Einführung des PGB als Regelleistung bedeutet das Ende des staatlich-verbandlichen Systems in der Pflege. 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.

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 (§§ 1896 ff. BGB) geben einen Rahmen vor, der die privatautonomen Vertragsverhältnisse der Pflege und deren Erfüllung hinsichtlich von Fehlentwicklungen begrenzt. Des Weiteren wird der Markt Institutionen der Selbstregulierung hervorbringen, wie die Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen: Angehörigenvereine, Informationsangebote der Pflegeeinrichtungen, Markennamen, Zertifizierungsgesellschaften sowie Qualitätsgemeinschaften.

Ob darüber hinaus eine spezielle pflegesektorale Regulierung notwendig ist, sollten die Marktergebnisse zeigen. So könnte der Einsatz einer Pflegemanagerin 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. Dies erfordert vom Gesetzgeber eine Beobachtung der Marktentwicklung und eine sensible Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen.