



Spitzenverband

Schriftenreihe
Modellprogramm zur Weiterentwicklung
der Pflegeversicherung
Band 4



Das Pflegebudget



Herausgeber:

GKV-Spitzenverband

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Mittelstraße 51, 10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

E-Mail: modellprogramm-pflegeversicherung@gkv-spitzenverband.deInternet: www.gkv-spitzenverband.de

„Das Pflegebudget – Kurzzusammenfassung“ verfasst von: Prof. Dr. Thomas Klie, Thomas Pfundstein, Birgit Schuhmacher, Michael Monzer, Andreas Klein, Mario Störkle, Sabine Behrend (Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg)

„Begleitforschung zur Einführung eines Persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management“ verfasst von Prof. Dr. Baldo Blinkert unter Mitarbeit von: Christine Schings, Jürgen Spiegel (Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft e.V.)

„Evaluation eines personengebundenen Pflegebudgets in der ambulanten Altenhilfe“ verfasst von: Dr. Melanie Arntz, Jun.-Prof. Dr. Stephan Thomsen (Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung, Mannheim)

Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung und der Verbreitung auch auf elektronischen Systemen, behält sich der GKV-Spitzenverband vor. Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

Copyright © GKV-Spitzenverband 2011

Fotonachweis: iStockphoto

CW Haarfeld GmbH

medien@cw-haarfeld.de

www.cw-haarfeld.de

ISBN: 978-3-7747-2338-2

Sehr geehrte Damen und Herren,

Vorwort

seit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 können Pflegebedürftige vielfältige Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen.

Um im Sinne größerer Selbstbestimmung eine flexiblere Gestaltung und Nutzung individueller Unterstützungs- und Entlastungsangebote zu ermöglichen, eröffnete man Pflegebedürftigen im Jahr 2003 im Rahmen des gleichnamigen Modellprojekts erstmals die Möglichkeit der Nutzung eines „Persönlichen Budgets“.

Die Einführung des „Persönlichen Pflegebudgets“ war mit bestimmten Erwartungen verbunden. Unter anderem erhoffte man sich Impulse für eine Weiterentwicklung der pflegerischen und sozialen Infrastruktur im Bereich der häuslichen Versorgung.

Nicht zuletzt sollten die Ergebnisse des Modellvorhabens auch Impulse für eine weitere Flexibilisierung der Leistungen der Pflegeversicherung hervorbringen. Besonders berücksichtigt werden sollten die Möglichkeiten einer Flexibilisierung der Leistungen für Demenzerkrankte.

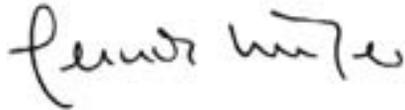
Innerhalb der Behindertenhilfe kommen Budgets bereits seit längerer Zeit zum Einsatz, auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sind Patientenbudgets im Rahmen der Integrierten Versorgung möglich. Im Zuge eines fünfjährigen Modellversuchs in sieben Regionen Deutschlands bekamen pflegebedürftige Menschen die Möglichkeit, ein sogenanntes Persönliches Pflegebudget zu erhalten. Im Ergebnis wird deutlich, dass die Flexibilisierung von Leistungen im Bereich der Pflegeversicherung an vielfältige Voraussetzungen gebunden ist. Dies betrifft unter anderem Fragen nach einem transparenten Anbietermarkt, einer Ausgestaltung von Koordinations- und Steuerungsaufgaben (zum Beispiel durch ein begleitendes Case Management) ebenso wie Fragen nach der Qualitätssicherung insbesondere bei neuen Leistungsformen.

Der vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse in einer gekürzten Fassung vor. Der vollständige Bericht sowie alle dazugehörigen Anlagen sind auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes einsehbar.



Vorwort

Die aus dem Modellvorhaben resultierenden Ergebnisse fließen unter anderem in das im April 2010 begonnene Modellprojekt „Budgets in der sozialen Pflegeversicherung“ mit ein.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gernot Kiefer', written in a cursive style.

Gernot Kiefer
Vorstand GKV-Spitzenverband

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Tabellenverzeichnis	7
Abbildungsverzeichnis	9
Vorbemerkung.....	11
Das Pflegebudget - Kurzzusammenfassung	13
1. Die Implementation des Projekts Pflegebudget.....	17
1.1 Implementationsvoraussetzungen	17
1.2 Implementationsforschung.....	20
2. Rechtsfragen im Modellprojekt Pflegebudget	25
3. Case Management: Konzeptionen, Assessment, Rollenkonflikte.....	29
4. Analyse qualitativer Fallbeschreibung.....	33
5. Leistungsanbieter im Pflegebudget.....	37
6. Pflegepolitische Optionen für eine regelhafte Einführung von Pflegebudgets.....	39
Begleitforschung zur Einführung eines Persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management	45
Teil I: Fragestellung, Methoden und Daten der Begleitforschung	47
1. Fragestellung und Methoden der sozialwissenschaftlichen Begleitforschung.....	47
1.1 Der Hintergrund: Demografischer und sozio-kultureller Wandel - zunehmende Diskrepanz zwischen Bedarf und Chancen.....	47
1.2 Das Pflegebudget mit integriertem Case Management.....	49
1.3 Fragestellungen der soziologischen Begleitforschung.....	50
1.4 Methoden der Begleitforschung	50
2. Datenlage	51
3. Ein- und Ausstieg aus dem Projekt	52
Teil II: Situation der Pflegebedürftigen und der Pflegenden - Ergebnisse aus den Ersterhebungen	53
4. Situation der Pflegebedürftigen: Vorschläge und Ergebnisse zur Beschreibung von Pflegearrangements.....	53
5. Erklärung von Pflegearrangements durch das Modell „Bedarf und Chancen“	55



Inhaltsverzeichnis		
5.1	Messung und Bedeutung von Bedarf.....	56
5.2	Klassifizierung von Chancen: Bedingungen des sozialen Umfelds.....	57
5.3	Bedarf und Chancen und die Struktur von Pflegearrangements.....	59
6.	Pflegearrangements und die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen.....	61
7.	Situation der Pflegenden: Belastungen und Lebensqualität.....	61
Teil III: Auswirkungen des Pflegebudgets auf die Situation von Pflege-		
	bedürftigen und Pflegenden.....	63
8.	Methoden.....	63
9.	Haben sich die Rahmenbedingungen (Bedarf und Chancen) im Projektverlauf verändert?.....	63
10.	Veränderung von Pflegearrangements durch die Einführung des Persönlichen Pflegebudgets.....	64
11.	Veränderung der Situation der Pflegenden.....	74
12.	Kann das Pflegebudget eine stationäre Versorgung verhindern oder verzögern?.....	76
Erkenntnisse aus den Sondererhebungen.....		77
Abschließender Kommentar.....		80
Evaluation eines personengebundenen Pflegebudgets in der		
ambulanten Altenhilfe.....		85
1.	Einleitung – Ziele der wissenschaftlichen Begleitforschung durch das ZEW.....	87
2.	Die theoretischen Wirkungen des Pflegebudgets.....	90
3.	Der Modellversuch – Konzeption, Anspruch und Umsetzung.....	93
4.	Daten.....	95
5.	Ökonomische Wirkungsanalysen auf Grundlage der Panelerhebung.....	96
6.	Ergänzende ökonomische Analysen am Standort Neuwied.....	99
7.	Die Kosten des personenbezogenen Pflegebudgets.....	102
8.	Schlussbetrachtung aus der Sicht der ökonomischen Begleitforschung.....	105

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Ermittlung der Effekte des Pflegebudgets	63	Tabellenverzeichnis
Tab. 2: Erwartete Wirkungen des Pflegebudgets im Vergleich zu Pflegegeld und Sachleistungen	92	

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Am Modellprojekt beteiligte Modellregionen	17
Abb. 2: Entwicklung der Teilnehmerzahl im Pflegebudget vom 01.12.2004 bis 30.06.2006 (Stand: 04.01.2008).....	19
Abb. 3: Entwicklung der Teilnehmerzahl im Pflegebudget vom 30.06.2006 bis 31.12.2007 (Stand: 04.01.2008).....	20
Abb. 4: Studiendesign Implementationsforschung	21
Abb. 5: Ebenspezifische Unterscheidungen (Pflegebudget Konsultationsrunde September 2007).....	29
Abb. 6: Der Prozess der Hilfeplanung.....	30
Abb. 7: Zahl der Pflegebedürftigen und informelles Pflegepotential - Schätzwerte für die Entwicklung von 2006 bis 2050	49
Abb. 8: Pflegearrangements: Akteure und Sektoren	53
Abb. 9: Zeit der Sektoren in einem „durchschnittlichen“ Pflegearrangement - ungewichtete und gewichtete Stichprobe.....	54
Abb. 10: Geld an die Sektoren in einem „durchschnittlichen“ Pflegearrangement - ungewichtete und gewichtete Stichprobe.....	54
Abb. 11: Modell „Bedarf und Chancen“	55
Abb. 12: Pflegebedürftigkeit und die von Sektoren in die Pflege investierte Zeit - gewichtete Stichprobe.....	57
Abb. 13: Klassifikation des sozialen Umfelds: günstige bzw. ungünstige Chancen für eine häusliche Versorgung	58
Abb. 14: Soziales Umfeld - für die Versorgung aufgewendete Zeit: insgesamt und Zeitbetrag der Sektoren - gewichtete Stichprobe	58
Abb. 15: Soziales Umfeld, Pflegebedürftigkeit und die von Angehörigen (informeller Sektor 1) investierte Zeit - gewichtete Stichprobe	59
Abb. 16: Soziales Umfeld, Pflegebedürftigkeit und die von Fachkräften und Pflegediensten (formeller Sektor 1) geleistete Zeit - gewichtete Stichprobe.....	60
Abb. 17: Keine Veränderungen: Zeit der Freunde, Nachbarn, Bekannten, Ehrenamtliche und Zeit der Fachkräfte/Pflegedienste in der Programmgruppe..	65
Abb. 18: Veränderungen: Zeit der Angehörigen und Nachfrage bei sonstigen beruflichen/kommerziellen Anbietern in der Programmgruppe	66
Abb. 19: Schwierige Bedingungen: starke Pflegebedürftigkeit und Demenz - Nachfrage von Leistungen des formellen Sektor 2 in der Programmgruppe (jeweilige Pflegebedürftigkeit).....	67



Abb. 20: Veränderung von Pflegearrangements unter „schwierigen Bedingungen“ in der Programmgruppe: starke Pflegebedürftigkeit und ungünstiges Umfeld (jeweilige Bedingungen)	68
Abb. 21: Feld I a: Veränderung von Ausgaben ehemaliger Sachleistungsbezieher in der Programmgruppe.....	72
Abb. 22: Feld III a: Veränderung von Ausgaben ehemaliger Geldleistungsbezieher in der Programmgruppe - Sachleistungsanspruch.....	73
Abb. 23: Feld I und III: Veränderung der Struktur von Ausgaben ehemaliger Sach- und Geldleistungsempfänger in der Programmgruppe.....	74
Abb. 24: Für die Pflege aufgewendete Zeit der Hauptpflegepersonen in der Programm- und Vergleichsgruppe - Programmgruppe gewichtet.....	75
Abb. 25: Veränderung von Belastungen in der Programm- und Vergleichsgruppe - Programmgruppe gewichtet	75
Abb. 26: Zufriedenheit mit der Lebensqualität - Veränderungen in der Programm- und Vergleichsgruppe - Programmgruppe gewichtet.....	76

Vorbemerkung

Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden bei der Benennung von Personen und Personengruppen darauf verzichtet, eine beide Geschlechter ausweisende Formulierung zu verwenden. Das jeweils andere Geschlecht ist jedoch stets mitgemeint.

Vorbemerkung

Das Pflegebudget - Kurzzusammenfassung

Prof. Dr. Thomas Klie, Thomas Pfundstein, Birgit Schuhmacher, Michael Monzer,
Andreas Klein, Mario Störkle, Sabine Behrend
Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege an der Evangelischen Fachhochschule
Freiburg



Kurzzusammenfassung des Abschlussberichts zum Projekt Pflegebudget

Einleitung

Forschungsbericht Einführung eines Persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management

Kurzzusammenfassung des Abschlussberichts zum Projekt Pflegebudget

Die Kurzfassung fasst die verschiedenen Teile des AGP-Forschungsberichts zusammen, die ausführlich im Schlussbericht dokumentiert sind. Auf eine detaillierte Darstellung methodischer Fragen, der jeweils zugrunde gelegten Vorüberlegungen und Voraussetzungen wird ebenso verzichtet wie auf die exemplarische Darstellung des empirischen Materials und seiner Interpretation. Die Kurzfassung enthält auch keine Verweise auf weiterführende Literatur.

Der AGP-Bericht setzt sich aus unterschiedlichen, z. T. selbstständigen Teilstudien zusammen. AGP hatte neben dem Projektmanagement und der Projektsteuerung die Aufgabe, im Rahmen der Begleitforschung mit Methoden der Implementationsforschung Bedingungen, Hindernisse und förderliche Faktoren der Implementation sowie mittlerweile gewonnene Erkenntnisse aufzubereiten und zu interpretieren (Teil Implementationsforschung). In der Verantwortung des AGP lag auch die systematische Bearbeitung von Rechtsfragen im Modellprojekt Pflegebudget, dies in Zusammenarbeit mit einem Justizariat. Die im Modellprojekt aufgeworfenen und bearbeiteten Rechtsfragen werden entsprechend dokumentiert.

Die Entwicklung einer Case-Management-Konzeption für das Modellprojekt Pflegebudget, die Sicherstellung der entsprechenden Qualifikation und die Wahrnehmung der Fachaufsicht über die im Projekt eingesetzten Case Manager lagen ebenfalls beim AGP. Im Kapitel Case Management werden das im Projekt implementierte Case-Management-Konzept dargelegt, das Assessmentinstrument und seine Wirkungen im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung dokumentiert, die im Modellprojekt Pflegebudget bei den Case Managern zu beobachtenden Rollenkonflikte gegenüber den Stakeholdern ausführlich analysiert und eine Zeit- und Tätigkeitsanalyse der Case Manager vorgelegt. In einer qualitativen Fallanalyse wurden die standardisierten Daten zu Veränderungen in den Versorgungsarrangements der Begleitforschung von FIFAS illustriert und kontextualisiert.



Kurzzusammenfassung des Abschlussberichts zum Projekt Pflegebudget

Schließlich wurde in einer Einzelstudie den betriebswirtschaftlichen Fragen und Herausforderungen für die Pflegedienste nachgegangen, die sich mit der Leistungsform Pflegebudget eröffnen.

1. Die Implementation des Projekts Pflegebudget

1.1 Implementationsvoraussetzungen

Die Implementation
des Projekts
Pflegebudget

Die experimentelle Erprobung der neuen Leistungsform Pflegebudget setzte voraus, dass in den vorgesehenen sieben Regionen für die Gewährung der Budgets, der Begleitung der Budgetnehmer durch entsprechendes Case Management und die tatsächliche Inanspruchnahme von Dienstleistern jeweils die infrastrukturellen und operativen Voraussetzungen geschaffen wurden. Bei der Auswahl der Standorte war zum einen darauf zu achten, dass sowohl urbane Regionen als auch ländliche Gebiete vertreten sind, und zum anderen, dass Standorte in den alten und in den neuen Bundesländern beteiligt wurden. Die Teilnahme konnte nicht verordnet werden. Insofern war eine eigenständige Motivation der Kommunen und Kreise Voraussetzung für die Teilnahme. Die Auswahl der Standorte erfolgte in enger Zusammenarbeit und Abstimmung mit dem Auftraggeber. Es wurden sogenannte kleine und große Standorte differenziert. Die potenzielle Zahl der Budgetnehmer differierte zwischen 50 und 100 Personen. Auch wenn sich das Pflegebudget als Alternative zu den Sachleistungen verstand, wurde an zwei Standorten den Versicherten die Möglichkeit gegeben, das Budget auch anstelle der Pflegegeldleistungen in Anspruch zu nehmen. Am Modellprojekt nahmen schließlich folgende sieben Modellregionen teil:

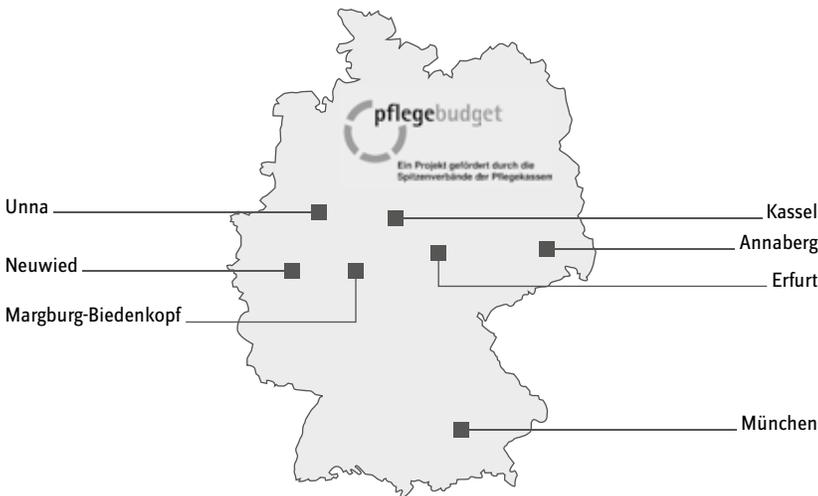


Abb. 1: Am Modellprojekt beteiligte Modellregionen

In den Modellregionen war jeweils eine Stelle für die Ansiedlung des Case Managements zu schaffen. Dabei wurde Wert darauf gelegt, möglichst unterschiedliche Ansiedlungsoptionen in das Modellprojekt einzubeziehen. Überwiegend fanden sich die Case Manager bei den kommunalen Partnern wieder, dort allerdings in unterschiedlichen Ämtern respektive Stellen.

Lediglich an einem Standort wurde die Verbraucherzentrale als Ansiedlungsort für das Case Management ausgewählt, in einem anderem die Pflege- und Informationszentren von Krankenhäusern.

Es galt nicht nur in den Kreisen und Städten die strukturellen und operativen Voraussetzungen für das Case Management zu schaffen, sondern auch bei den Pflegekassen und mit ihnen dafür Sorge zu tragen, dass eine termingerechte Budgetauszahlung dieser sichernden Leistungen zuverlässig an die Budgetnehmer erfolgen konnte.

Wie langwierig und arbeitsintensiv sich diese Implementationsaufgaben gestalten würden, konnten alle Beteiligten im Voraus nicht absehen. Das Projekt startete im November 2003, erste Auszahlungen des Pflegebudgets konnten ein Jahr später erfolgen.

Die Rekrutierung von Budgetinteressierten stellte sich, trotz entfalteter Öffentlichkeitsarbeit, mühsamer dar als erwartet. Die Teilnahmerekrutierung gestaltete sich aus unterschiedlichen Gründen schwierig: Die Zahl der formal Budgetberechtigten war wesentlich geringer als zunächst angenommen; der Prozentsatz der reinen Sachleistungsbezieher, die man beim Modellprojekt Pflegebudget zunächst vor Augen hatte, war wesentlich kleiner als prognostiziert. Für die Erstbezieher von Pflegeleistungen waren die mit Bezug des Pflegebudgets verbundenen Abklärungen vergleichsweise aufwendig, was dazu führte, dass etwa nach Krankenhausentlassung Budgets als pragmatische Leistungsalternative seltener in Betracht kamen. Bei der Hauptgruppe der Budgetberechtigten, den Sachleistungsbezieher, stellte sich schnell heraus, dass die Mehrzahl der Pflegedienste kein Interesse an der Umstellung der Leistungen auf Budgets hatten und folglich ihren Kunden davon abrieten oder Informationen nicht weitergaben. Hinzu kam, dass die Bereitschaft, sich an einem sozialen Experiment zu beteiligen, in dem nur jedem zweiten Teilnehmer ein Budget ermöglicht werden konnte, gering ausfiel.

In enger Zusammenarbeit mit dem Auftraggeber ist es im Projektverlauf gelungen, durch entsprechende Designänderungen die Zahl von 874 Teilnehmern und 608 Budgetnehmern zu erzielen.

Die Implementation des Projekts Pflegebudget

Teilnehmerzahl

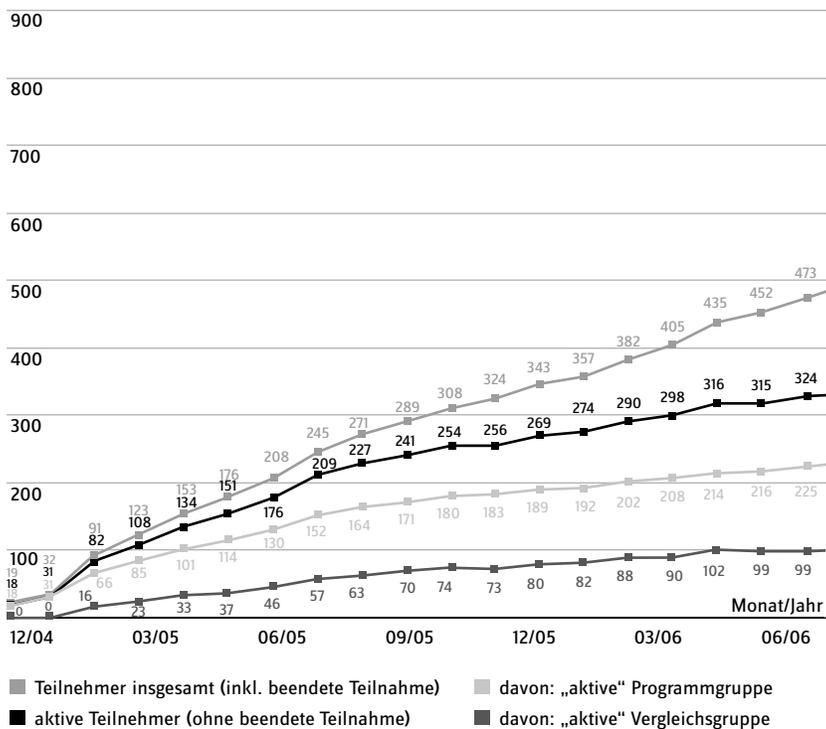


Abb. 2: Entwicklung der Teilnehmerzahl im Pflegebudget vom 01.12.2004 bis 30.06.2006 (Stand: 04.01.2008)

Die Implementation
des Projekts
Pflegebudget

Teilnehmerzahl

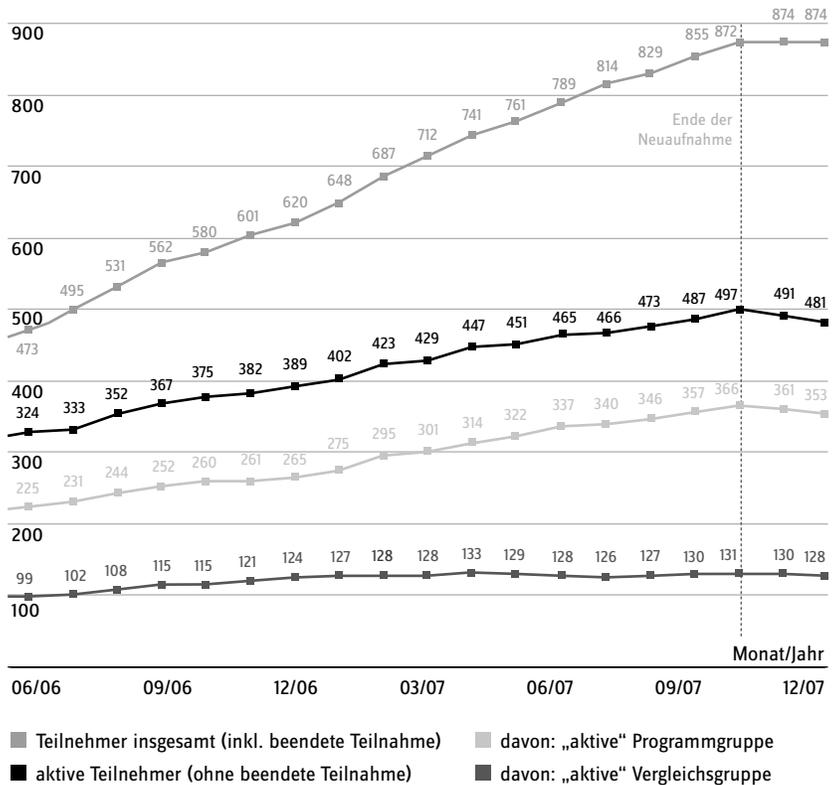


Abb. 3: Entwicklung der Teilnehmerzahl im Pflegebudget vom 30.06.2006 bis 31.12.2007
(Stand: 04.01.2008)

1.2 Implementationsforschung

AGP übernahm im Forschungsverbund die Aufgabe, den Implementationsprozess des Modellprojekts Pflegebudget zu dokumentieren, zu analysieren und zu interpretieren. Dabei wurden drei mögliche Einflussfaktoren für die Einführung des Modellprojekts Pflegebudget unterschieden:

- das Programm,
- die durchführenden Instanzen und
- die Akteurskonstellationen.

Die Implementationsforschung bezog sich auf alle drei Ebenen und bestand aus vier aufeinander aufbauenden Modulen.

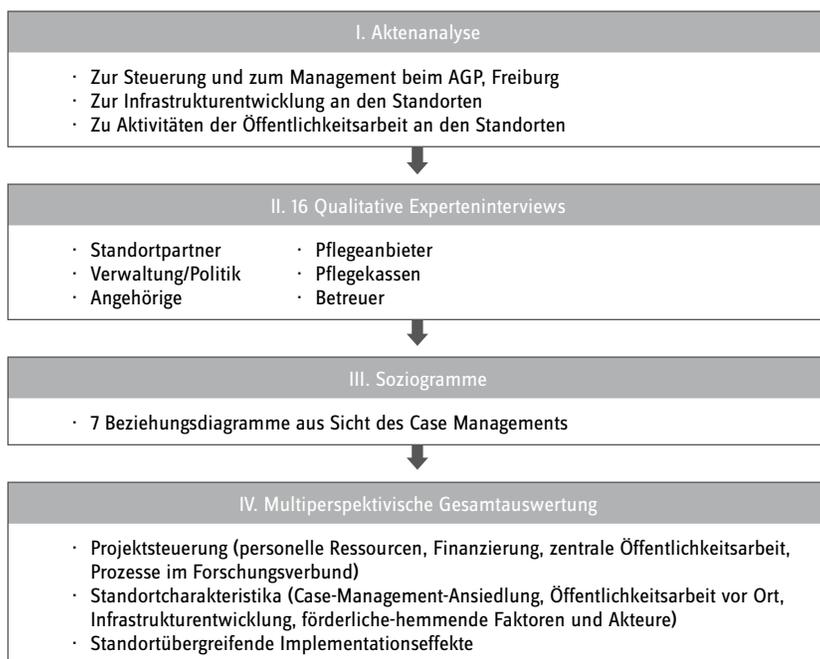


Abb. 4: Studiendesign Implementationsforschung

Als wesentliche Ergebnisse der Implementationsforschung lassen sich festhalten:

- Die Implementation einer neuen Leistungsform setzt ein umfassendes Kommunikationskonzept voraus, die dieses allen entscheidenden Akteuren bekannt macht. Die im Rahmen des Modellprojekts miteinander verbundenen Strategien der Öffentlichkeitsarbeit - verfügbares Informationsmaterial, Flyer, Homepage, Mailing-Aktionen der Kassen, örtliche Presse- und Medienberichterstattung, zielgruppenspezifische Veranstaltungen, Fachveröffentlichungen in der flankierenden Fachpresse - haben das Pflegebudget als solches bei den relevanten Zielgruppen bekannt gemacht.
- Im Rahmen der Implementation des Modellprojekts Pflegebudget wurde intensive Lobbyarbeit geleistet. Der Projektträger, die beteiligten Kassen und die Projektpartner an den Standorten haben intensiv auf relevante Akteursgruppen eingewirkt und für

eine Mitarbeit an dem Projekt geworben. Dazu gehörten u.a. die Verbände der Leistungserbringer, Hausärzte, Pflegedienste, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und Seniorenbeiräte. Die zugelassenen Anbieter von Pflegeleistungen haben bis auf wenige Ausnahmen die Teilnahme an einem Modellprojekt verweigert, die Ärzteschaft verhielt sich zurückhaltend, die Krankenhaussozialdienste zeigten sich im Wesentlichen uninteressiert, die Verbände der Anbieter auf regionaler Ebene überwiegend ablehnend, auf Bundesebene die Wohlfahrtsverbände eher interessiert. Regional und auf Länderebene erfolgte teilweise eine abgestimmte Verweigerung. Immerhin haben sich an jedem Standort einzelne Dienste interessiert gezeigt, waren mitwirkungsbereit und sind aus der Ablehnungsfront ausgebrochen. Diese wenigen Dienste haben an den Standorten wesentlichen Anteil an der erreichten Teilnehmerzahl und der Ausschöpfungsquote der maximal zur Verfügung stehenden Budgets. Je stärker vernetzt die örtlichen Pflege- und Altenhilfestrukturen waren, desto geschlossener war in der Regel die Ablehnung auf Anbieterseite, die dort, wo im Wesentlichen bisherige Sachleistungsbezieher als Budgetberechtigte in Betracht kamen, ihre Wirkung entfaltete.

- In einer der beiden Regionen (Neuwied/Erfurt), in denen auch Geldleistungsbezieher berechtigt waren, Budgets in Anspruch zu nehmen, kam es zu einer nennenswerten Weiterentwicklung und Entfaltung der Infrastruktur mit neuen Anbietern, die bisherige Geldleistungsnehmer betreuten (Neuwied). Hier wurden sowohl andere Entgelt-niveaus als auch andere Leistungen vereinbart, als dies bei zugelassenen Pflegediensten der Fall war. In zahlreichen Fällen wurden bisher nicht legale Helferarrangements in legale umgewandelt. Dabei wurden insbesondere sogenannte 400-Euro-Jobs in die Hilfearrangements einbezogen.
- Die Ansiedlung des Case Managements bei den örtlichen Projektpartnern hat deutlich gemacht, dass auf der Grundlage eines konsistenten Case-Management-Konzepts die Methodik sowie die vorgesehenen Rollen und Arbeitsweisen realisiert werden konnten und eine relative Unabhängigkeit der Case Manager bestand. Voraussetzung hierfür war die Sicherstellung fachlicher Anleitung, eines entsprechenden Coachings sowie die Herausbildung einer Case-Management-Identität. Dabei wurden gleichwohl unterschiedliche Einflussfaktoren auf die Arbeitsweisen je nach Anstellungsträger respektive Ansiedlungsstelle sichtbar, etwa im Fall der Verbraucherzentrale die Einbindung in die eigene Logik dieser Institution (separate Kontrolle der rechtlichen Bewertung von Verträgen etc.) und im Falle der kommunalen Sozialverwaltung stärkere Integrierung von Gatekeeper-Funktionen hinsichtlich der Sozialhilfeleistungen.

- Im Vergleich der urbanen und der ländlich geprägten Standorte lassen sich die Infrastruktureffekte und Wirkungen des Case Managements im urbanen Bereich als marginal bezeichnen, geht doch ein solches Projekt in der Vielfalt eher unter, während im ländlichen Bereich dem Case Management eher eine infrastrukturentwickelnde, aber auch -ersetzende Funktion zukam (faktische Übernahme kommunaler Pflegeberatung). Der Unterschied zwischen Projektstandorten in den alten und neuen Bundesländern zeigte sich insbesondere in der haushaltökonomischen Bedeutung des Pflegegelds. Wurde es in den alten Bundesländern (Neuwied) eingesetzt für selbst beschaffte Pflegekräfte (unter Pflegegeldbedingungen häufig illegal), gab es an den Standorten in den neuen Bundesländern kein Umschwenken vom Pflegegeld auf das Pflegebudget, da das Pflegegeld verbreitet Grundsicherungsfunktionen wahrnahm.
- An den Projektstandorten ließen sich im Projektverlauf drei Phasen des Umgangs mit dem Modellprojekt Pflegebudget in der Implementation ausmachen. Am Anfang stand typischerweise ein ausgeprägtes Interesse auf der politischen Ebene, gepaart mit administrativen Unsicherheiten in der Implementation. Es folgte in einer Phase breiter Öffentlichkeitsarbeit ein hohes Aktivitätsniveau, verbunden mit intensiven Bemühungen, dem Modellprojekt Resonanz zu verschaffen. Das Thema Pflegebudget wurde im Wesentlichen im pflegepolitischen Kontext „abgehakt“, nachdem klar wurde, dass Budgets im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes nicht als weitere Leistungsoptionen vorgesehen wurden. Das wirkte sich auch auf die Standorte und die dortigen Aktivitäten aus, obwohl alle Standortpartner sich für die Einführung des Budgets aussprachen.

Insgesamt war der Implementationsprozess des Modellprojekts Pflegebudget dadurch gekennzeichnet, dass die Leistungsform Budget in erheblichem Maße etablierte Interessen berührte, es sich als ein Umverteilungsprogramm staatlicher Transferleistungen darstellte, das auf Kosten bisheriger Nutznießer ging und in gewachsenen Strukturen als zeitlich befristetes Projekt mit einem absehbaren Ende schwer implementierbar war. An allen Standorten blieb das Verhältnis zwischen den Case Managern und den Mitarbeitern der zugelassenen Pflegedienste konfliktbeladen.

Aufgrund der Mitwirkungsbereitschaft einzelner Pflegedienste gelang es gleichwohl, eine nennenswerte Zahl von Budgetnehmern zu gewinnen. Pflegedienste und Verbände attackierten sowohl das Case Management als auch das Modellprojekt selbst respektive setz-

Die Implementation
des Projekts
Pflegebudget

ten auf die Strategie, durch kollektive Abwehr die Sammlung systematischer Erfahrungen mit dem Budgetansatz zu verhindern und damit den Budgetansatz als von der Zielgruppe nicht gewünscht zu diskreditieren. Der dahinterstehende Konflikt ist sicher auch damit zu erklären, dass unterschiedliche und miteinander nur schwer kompatible Systemsteuerungslogiken aufeinandertreffen: hier eine Makro-Meso-Steuerung im Sinne eines wohlfahrtsstaatlichen Kontraktmanagements mit starken Elementen eines Anbietermarkts, dort ein Mikro-Kontrakt-Management mit starken Elementen eines Nachfragemarkts mit flankierendem Case Management.

2. Rechtsfragen im Modellprojekt Pflegebudget

Bei der experimentell erprobten Leistungsform „Pflegebudget“ handelt es sich um eine Leistung, für die rechtliche Regelungen und Verfahrensvorschriften, anders etwa als beim trägerübergreifenden Budget, nicht vorlagen. Insofern bestand in vielerlei Hinsicht Unsicherheit im Umgang mit der neuen Leistungsform Budget. Es stellten sich Rechtsfragen, die beim klassischen Sachleistungsbezug von Pflegeleistungen so nicht entstehen, da sie im sozialleistungsrechtlichen Dreiecksverhältnis über das Vertragsrecht zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer geregelt sind. Im Modellprojekt Pflegebudget wurde angesichts der zu erwartenden Fülle von Rechtsfragen, der bestehenden Haftungsrisiken und der Notwendigkeit, im Einzelfall auch Rechtsberatung für die Case Manager leisten zu müssen, ein Justizariat eingerichtet, das von einer Freiburger Anwaltskanzlei wahrgenommen wurde. Die in diesem Zusammenhang aufgetretenen und bearbeiteten Rechtsfragen wurden dokumentiert. Besondere Aufmerksamkeit wurde den sozialrechtlichen Fragen der aufstockenden Budgets über die Hilfe zur Pflege gewidmet. In Expertengesprächen mit namhaften Rechtswissenschaftlern wurden die mit einer regelhaften Einführung von Budgets möglicherweise verbundenen Rechtsfragen erörtert.

Als wesentliche Ergebnisse der Bearbeitung von Rechtsfragen im Modellprojekt Pflegebudget lassen sich zusammenfassen:

- Die für den normalen Rechtsverkehr üblichen zivilrechtlichen Regelungen hinsichtlich Vertragsgestaltung, des Umgangs mit Leistungsstörungen und der Preisgestaltung fanden sich bei der „Humandienstleistung“ Pflege und Betreuung bei den Akteursgruppen keine Routinen. Dieser Dienstleistungsbereich wird dort, wo professionelle Leistung angeboten wird, überlagert durch das Leistungserbringungsrecht der Sozialversicherung oder bleibt weiterhin ungeregelt und im Grau- und im Schwarzmarkt, wo unter Nutzung des Pflegegelds Leistungen vereinbart werden.
- Die im Rahmen des Modellprojekts aufgeworfenen Haftungsfragen waren vielfältig. Sie rührten z.T. aus fehlender Routine und Kenntnis und gewannen praktische Relevanz im Sinne einer präventiven Auseinandersetzung mit Haftungsrisiken, in keinem Fall mit real eingetretenen Schäden und dem Umgang mit Schadensfolgen.
- Besondere Aufmerksamkeit verlangten die Verantwortungsrolle und die dem Case Management obliegenden Sorgfaltspflichten im Rahmen des Modellprojekts. Sie konnten im Rahmen des Modellprojekts exemplarisch herausgearbeitet werden.
- Mit den im Rahmen des Modellprojekts nachzuvollziehenden Legalisierungen von Arbeits- und Dienstverhältnissen wurden die damit verbundenen arbeits- und sozialver-

sicherungsrechtlichen Fragen in ihrer Komplexität und in den mit ihnen verbundenen Transaktionskosten sichtbar. Diese führen trotz vereinfachter Verfahren (Haushalt-Check-Verfahren) dazu, dass die Legalisierung von Arbeitsverhältnissen, etwa auch für osteuropäische Pflegekräfte, eine nur geringe Attraktivität besitzt.

- Im Rahmen des Modellprojekts wurden auch Hilfsarrangements mit osteuropäischen Pflegekräften auf ihre rechtliche Zulässigkeit überprüft. Dabei stellte sich heraus, dass mit wenigen Ausnahmen die von den Budgetnehmern vorgesehenen Arrangements rechtlich unzulässig waren und insofern im Rahmen des Modellprojekts Pfelebudget ausschieden.
- Für neue Anbieter, die nicht zum Kreis der zugelassenen Pflegedienste gehörten, stellten sich insbesondere steuerrechtliche Fragen, da die Leistungen des Pfelebudgets von den Finanzämtern zunächst nicht selbstverständlich den Sachleistungen der Pflege- und Krankenkassen gleichgestellt wurden. Der Umgang mit den insbesondere umsatzsteuerrechtlichen Fragen bereitete neuen Anbietern z.T. erhebliche Schwierigkeiten.
- Die Einbeziehung von Leistungen gemäß §§ 61 ff. SGB XII, die der Hilfe zur Pflege in das Pfelebudget dienen, waren die einzige sozialleistungsrechtliche Aufstockungsoption für das Pfelebudget. Sie kamen bei den sozialhilfeberechtigten Personen überall in Betracht. Bei der Analyse der Routine der Leistungsgewährungen der Hilfe zur Pflege bei den Sozialhilfeträgern an den Standorten zeigten sich erhebliche Differenzen und unterschiedlichste Formen der Gewährungspraxis. Dies gilt sowohl hinsichtlich der Feststellung des maßgeblichen Hilfebedarfs als auch hinsichtlich der Höhe der Leistungsgewährungen und der in der Vergangenheit mit Leistungserbringern abgeschlossenen Verträge gemäß § 75 SGB XII. Beim Standort mit den meisten Fällen der Hilfe zur Pflege im Modellprojekt Pfelebudget (München, 13 Fälle) zeigten sich unterschiedliche Effekte: teilweise kam es zu Leistungsausweitungen. Das Entgeltniveau respektive die Preise wurden hier über den in München üblichen Preisen, die vom Sozialhilfeträger an die Leistungserbringer gezahlt werden, nicht verändert. Entsprechend stiegen die Ausgaben tendenziell. Es wurden überdies etablierte Aushandlungsroutinen zwischen Leistungserbringern und Sozialhilfeträger sichtbar, die einen begrenzten Kreis von Leistungserbringern einbezog. Die Bewertung der Möglichkeiten der Budgetierung von Leistungen der Hilfe zur Pflege fiel in München entsprechend zurückhaltend bis ablehnend aus. An anderen Standorten wurden Budgets der Hilfe zur Pflege genutzt, um Ausgaben des Sozialhilfeträgers zu reduzieren und Einfluss auf die Stun-

densätze zu nehmen. Auf diese Weise konnten z.T. Leistungen ausgedehnt und kritische Grenzen zu den unverhältnismäßigen Mehrkosten im Vergleich zur Heimunterbringung vermieden werden.

- Zu den zentralen Fragen, die mit einer möglichen Einführung des Pfelebudgets in die Regelleistungen verbunden sind, gehört die Frage, wie die Leistungsträger ihren Sicherstellungsauftrag und damit den Qualitätssicherungsaufgaben nachkommen, wenn die Leistungsform Budget gewählt wird. Hier wurde in Absprache mit dem Auftraggeber ein Merkblatt zur Qualitätssicherung erstellt, das die besondere Rolle des Case Managements und der regelhaft eingesetzten Assessments herausstellte. In den Expertenrunden zu Rechtsfragen im Rahmen des Modellprojekts wurde konsentiert, dass die Qualitätssicherung bei der Leistungsform Budget auf andere Weise als durch Kontrolle der Dienstleister im Rahmen eines Top-Down-Kontraktmanagements der Pflegesicherung im klassischen Sachleistungsregime erfolgen müsste. Die Instrumente des Hilfeplans und der Zielvereinbarung, bekannt aus dem trägerübergreifenden Budget, verbunden mit Assessments und Re-Assessments und der Begleitfunktion des Case Managements, wurden als mögliche, subjektorientierte Alternativen der Qualitätssicherung identifiziert. So wurde übereinstimmend das Pfelebudget nicht als Geldleistung, sondern als Sachleistungssubstitut qualifiziert, das hinsichtlich der Qualitätssicherung eigenen Regeln folgt. Die für das trägerübergreifende personenbezogene Budget geltenden Regelungen könnten auch für ein Pfelebudget als tragfähig herangezogen werden.
- Mit einer regelhaften Einführung des Pfelebudgets ist eine Verschärfung der Abgrenzungsproblematik zwischen unterschiedlichen Leistungsarten und Leistungsträgern verbunden. Entsprechende praktische Fragestellungen wurden auch im Modellprojekt Pfelebudget virulent. So stellten sich Fragen sowohl hinsichtlich der Abgrenzung zur medizinischen Behandlungspflege (im Rahmen des Pfelebudgets nicht integrierbar) als auch hinsichtlich der Leistungen der sozialen Teilhabe. In einer funktionsbezogenen Betrachtungsweise von Hilfebedarfen beim einzelnen Menschen mit Pflegebedarf ist fachlich und aus der Sicht des Subjekts eine integrierte Betrachtungs- und Gewährungsweise von Leistungen wünschenswert. Auch würde eine solche den mit dem Case Management verbundenen Anliegen entsprechen, allfällige leistungsrechtliche Fragmentierungen zu überwinden. Dem stehen jedoch leistungsträgerspezifische Sichtweisen, Gewährungspraktiken, Assessment-Instrumente und fiskalische Steuerungsinteressen entgegen. Die im SGB IX angelegten trägerübergreifenden Assess-

ment- und Bedarfsfeststellungsverfahren eröffnen nach Ansicht der Experten eine Perspektive, die allerdings in der Praxis mit erheblichen Implementationshindernissen konfrontiert ist. Budgets, insbesondere integrierte Budgets, könnten gleichwohl unter Effizienz Gesichtspunkten mit in einer leistungsträgerübergreifenden fiskalischen Betrachtungsweise erhebliche Vorteile aufweisen und in der Leistungsgewährung in funktionaler Weise Abgrenzungen unsichtbarer machen. Es wird erwartet, dass mit der Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und mit einem breiter angelegten Assessment-basierten Begutachtungsverfahren Voraussetzungen für leistungsträgerübergreifende und integrierte Bedarfsfeststellungen im Bereich der Pflege geschaffen werden, die dann auch bei einer Einführung von Pflegebudgets Abgrenzungsprobleme bearbeitbar machen. Die Abgrenzungsprobleme zeigen sich in der Praxis insbesondere im Verhältnis zwischen sozialer Pflegeversicherung und Sozialhilfe und damit für eine kleinere Gruppe pflegebedürftiger Menschen.

3. Case Management: Konzeptionen, Assessment, Rollenkonflikte

Im Rahmen des Pflegebudgets wurde ein mit Experten des Case Managements der DGCC abgestimmtes Case-Management-Konzept entwickelt und implementiert. Dieses Konzept integrierte auf der einen Seite die mit dem Case Management typischerweise verbundenen Rollen Advocacy, Broker, Gate-Keeping, Social Support, auf der anderen Seite wurden die Phasen des Case Managements auf die Konstellation des Modellprojekts hin angepasst. Das Konzept reflektiert sowohl die Fallebene als Handlungs- und Verantwortungsebene des Case Managers als auch die Systemebene.

Case Management:
Konzeptionen,
Assessment,
Rollenkonflikte

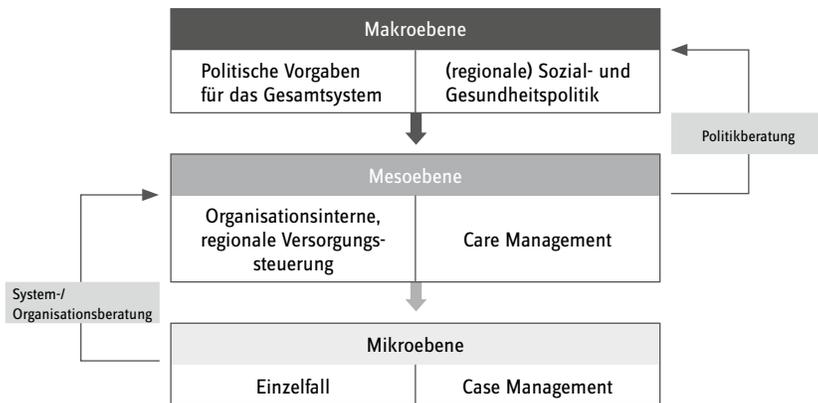


Abb. 5: Ebenspezifische Unterscheidungen (Pflegebudget Konsultationsrunde September 2007)

Kernstück des Case Managements bilden ein Assessment und die auf diesem beruhende Hilfeplanung.

Case Management:
Konzeptionen,
Assessment,
Rollenkonflikte

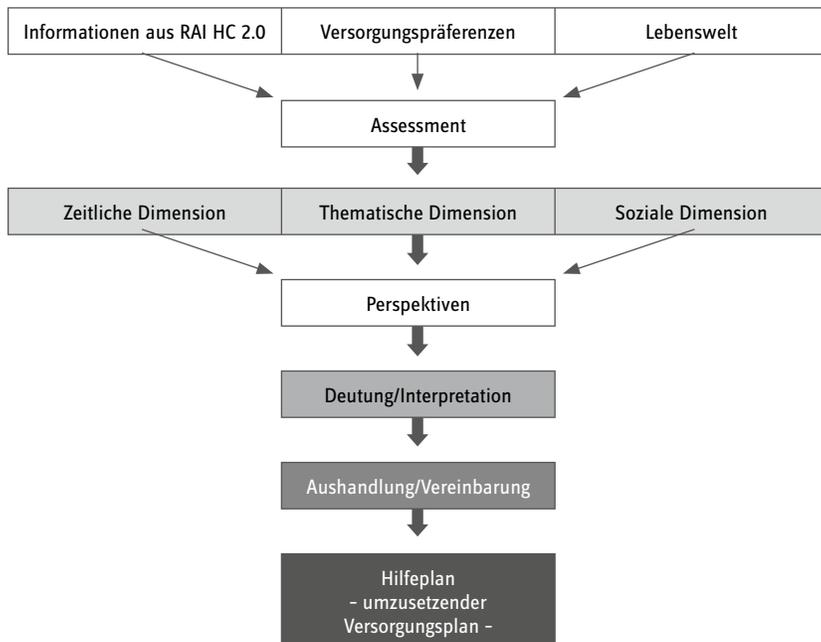


Abb. 6: Der Prozess der Hilfeplanung

Damit wurde im Rahmen des Modellprojekts Pflegebudget ein fachlich anspruchvolles Case-Management-Konzept zugrunde gelegt und implementiert, das an keinem der Standorte in vergleichbarer Weise vorgefunden wurde. Es war verbunden mit Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitforschung und der Implementation des Modellprojekts Pflegebudget. Das Case Management im Modellprojekt Pflegebudget wurde an den Projektstandorten sehr unterschiedlich aufgenommen. Teilweise galt es als Master-Folie für die Implementation kommunaler Case-Management-Strukturen, die als sinnvoll erachtet oder geplant wurden. Teilweise fanden sie sich in einem Konzert unterschiedlicher Case-Management-Ansätze wieder, die nebeneinander existierten. In einer vergleichenden Analyse der Arbeitsweisen wurde deutlich, dass die BeKo-Stellen im Landkreis Neuwied ein wesentlich geringer formalisiertes und differenziertes Case-Management-Verständnis in ihrer Arbeit zum Ausdruck brachten. Seitens der Pflegedienste wurde das Case Management häufig skeptisch betrachtet und als Kontrollinstanz empfunden

bzw. als überflüssig qualifiziert, da entsprechende Aufgaben bereits vom Pflegedienst mit wahrgenommen würden.

Wesentliche Grundlage des Case Managements im Modellprojekt Pflegebudget war das regelmäßig einzusetzende Assessment. In pragmatischer Weise wurde in einem Konsultationsprozess die Entscheidung getroffen, RAI-Home-Care HC 2.0 als Instrument einzusetzen. Die favorisierte Nutzung eines ICF-basierten Assessment-Instruments konnte mangels entsprechender Instrumente auf dem Markt nicht verfolgt werden. Das RAI-Home-Care zeigt Schwächen für den Bereich der häuslichen Pflege, akzentuiert in besonderer Weise Fragen der Fachpflege und erwies sich hinsichtlich sozialer Netzwerkressourcen als unsensibel. Es bewährte sich gleichwohl als Arbeitsgrundlage für das Case Management, erschloss auch den Budgetnehmern eine differenziertere Wahrnehmung ihrer Bedarfs- und auch Risikosituationen und bildete vor allen Dingen Grundlagen für eine systematische Risikowahrnehmung und eine entsprechende Intervention des Case Managements. Im Rahmen des Modellprojekts Pflegebudget wurde das Assessment-Instrument RAI-Home-Care systematisch im Rahmen des Risk-Managements eingesetzt. Eine Einzelanalyse von einschlägigen Fallkonstellationen unterstreicht, dass über Assessments und Re-Assessments im Rahmen einer Case-Management-basierten Begleitung von Budgetnehmern relevante pflegefachliche Risiken erkannt wurden und werden können. Insofern eignet sich RAI-Home-Care als ein Instrument subjektbezogener Qualitätssicherung. Andere Risikofaktoren etwa in sozialer Hinsicht werden durch das Assessment RAI-Home-Care als solches nicht sichtbar.

Eine Sonderstudie von Prof. Dr. Garms-Homolová, die die im Pflegebudget eingesetzten RAI-Home-Care-Assessments evaluierte und einer vergleichenden Analyse mit anderen Datensätzen unterzog, machte deutlich, dass der zeitliche Bedarf der Pflegebedürftigen, die an dem Modellprojekt Pflegebudget teilnahmen, höher war als der zeitliche Bedarf Pflegebedürftiger, die ansonsten im Rahmen der häuslichen Pflege gem. § 36 SGB XI versorgt werden. Die Sonderstudie machte weiterhin deutlich, dass sich demenzielle Veränderungen mithilfe des RAI-Home-Care-Assessments abbilden lassen und sich im Zeitverlauf eine deutliche Entlastungsfunktion und Wirkung budgetbasierter Leistungen zugunsten der Angehörigen ausmachen lassen.

In den Fallanalysen wurde deutlich, dass es mithilfe des Case Managements regelhaft gelingt, die Komplexität der Lebenssituation Pflegebedürftiger weit mehr als beim klassi-

Case Management:
Konzeptionen,
Assessment,
Rollenkonflikte

schen Sachleistungsbezug zu erschließen und Flexibilisierungsoptionen eröffnet und nutzbar gemacht werden, die sich in einer Qualifizierung des Pflegearrangements und einer Entlastung der pflegenden Angehörigen niederschlagen.

In einer Sonderstudie zu Rollenkonflikten der Case Manager im Modellprojekt Pflegebudget wird deutlich, dass sie in einem ausgesprochen interessengeleiteten Kräftefeld unterschiedlicher Stakeholder agieren. Auch als Abbild der spezifischen Akteurskonstellationen und Interessenlagen im Modellprojekt Pflegebudget zeigte sich bei den Case Managern eine besondere Akzentuierung ihrer Advocacy-Rolle. Es ist ihnen nicht immer gelungen, eine im Case Management an sich gebotene Aktivierung von Netzwerkpartnern zu erreichen.

4. Analyse qualitativer Fallbeschreibung

In enger Absprache mit FIFAS wurden zur Illustration und Kontextualisierung der standardisierten Daten der Begleitforschung 52 qualitative Fallanalysen durchgeführt, die insbesondere drei Fragestellungen verfolgten: inwieweit durch den Budgetbezug ein Verbleib in eigener Häuslichkeit ermöglicht wurde, auch im Sinne subsidiärer Sicherung in der Pflege, inwieweit Veränderungen im Leistungsgeschehen zu einer stärkeren Bedürfnisgerechtigkeit geführt haben und ob und in welcher Weise es Einflüsse auf die Lebensqualität der Budgetnehmer gab.

Das Sample, das für die qualitativen Fallanalysen gewählt wurde, entsprach in wichtigen Kennzahlen der Grundgesamtheit der Programmgruppen-Teilnehmer. Die wesentlichen Ergebnisse der qualitativen Fallanalysen lassen sich wie folgt zusammenfassen und illustrieren:

- Die in der Begleitforschung dokumentierte signifikante Entlastung der Angehörigen bestätigte sich in den qualitativen Fallanalysen, wobei für die Entlastung der Angehörigen zwei Einflussfaktoren zusammenwirkten: zum einen die Neuordnung des Hilfearrangements und zum anderen die Einführung von formellen Helfern in das Hilfearrangement, insbesondere aus dem Sektor II. Mithilfe des qualifizierten Case Managements konnte die Verbindlichkeit von Hilfen im Arrangement erhöht werden, was einerseits die Angehörigen entlastete und andererseits den Budgetnehmern Sicherheit gab. Die Reorganisation der Rollenverteilung aller beteiligten Akteure verwirklichte in den meisten Fällen einen Mix aus formellen und informellen Hilfen und wirkte in hohem Maße entlastend auf die Angehörigen.

„Zwischenzeitlich treffen die verschiedenen Helfer alle Absprachen untereinander, so dass sich der Begleitungsbedarf durch das Case Management im Vergleich zur Anfangssituation deutlich reduziert hat“ (Text 26: Frau E., 90 J.).

Durch die Einführung von formellen Helfern kam es zu einer zeitlichen Entlastung der pflegenden Angehörigen oder anderer Bezugspersonen, häufig bei gleichzeitiger Ausweitung des zeitlichen Umfangs der Begleitung, da die formellen Helfer des Sektors II auf einem Entgeltniveau tätig wurden, das eine vergleichsweise umfangreiche Einbeziehung möglich machte.

„Die finanziellen Mittel des Budgets haben es ermöglicht, [Assistenz-]Kräfte zu einem günstigeren Preis vermehrt einzusetzen. Durch die Regelung der Minijobs sind bekann-



te Personen, z. B. Nachbarn, mit in die Versorgung eingebunden" (Text 37: Frau K., 75 J.).

Obwohl sich die Hilfen aus dem formellen Sektor I fallweise verringerten, wurde die professionelle Pflege dennoch nicht aus dem Pflegearrangement „entlassen“.

Die Entlastung pflegender Angehöriger ist ein wesentlicher Prädiktor für die Wahrscheinlichkeit der Aufrechterhaltung häuslicher Versorgungssituationen, insbesondere bei Menschen mit Demenz. Auch wenn im Rahmen des Modellzeitraums Daten über eine Verringerung der Heimunterbringungsquote mangels ausreichender Daten der Vergleichsgruppe nicht in aussagefähiger Form vorliegen, lassen sich die deutlichen Entlastungswirkungen budgetbasierter Hilfearrangements in die Richtung interpretieren, dass Budgets zu einer Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements beitragen.

„Durch die Neuverhandlung konnte das Pflegearrangement für die nahe Zukunft gesichert werden, und Frau U. kann weiterhin in ihrem Haus verbleiben, was ihr sehr wichtig ist. Auch die Tochter konnte trotz sich erhöhenden Pflegebedarfes eine gewisse Stabilität in der eigenen Leistungserbringung wahren“ (Text 4: Frau U., 85 J.).

- Hinsichtlich des Leistungsgeschehens und seiner Veränderung waren in den qualitativen Fallanalysen stets eine Ausweitung der Betreuungszeit festzustellen, eine Stärkung der psychosozialen Betreuungsdimension sowie eine zeitliche und inhaltliche Flexibilisierung bei gleichzeitiger Erhöhung der personellen Kontinuität der Pflegepersonen.

„Der Pflegedienst kann die Maßnahmen legal erbringen, die bereits vor der Umstellung auf das Pflegebudget als situationsgerecht erkannt wurden. Die Pflegedienstmitarbeiter werden durch die Budgetbedingungen darin bestärkt, auf die individuellen Gegebenheiten von Frau E. einzugehen. Besonders die Anleitung und Unterstützung, und eben nicht die Abnahme, von Verrichtungen des täglichen Lebens tragen zur Stabilisierung der häuslichen Situation bei“ (Text 6: Frau E., 81 J.).

- Hinsichtlich der Lebensqualität unterstreichen die qualitativen Fallanalysen positive Auswirkung bei Budgetbezug sowohl hinsichtlich des subjektiven Erlebens, der emp-

fundenen Zufriedenheit als auch hinsichtlich der objektiv verbesserten Teilhabekonstellation.

„Herr S. freute sich deutlich, daheim zu sein, erzählte von seinem jetzigen Tagesablauf und kurz von den Belastungen der letzten Zeit, dafür viel von früher“ (Text 52: Herr S., 90 J.).

„Um Frau K. das Verlassen der Wohnung zu ermöglichen, bekam sie einen angepassten Rollstuhl und kann so auch spazieren gefahren werden“ (Text 37: Frau K., 75 J.).

Insbesondere für die Angehörigen und jüngere Pflegebedürftige spielt die im Rahmen des Modellprojekts Pflegebudget erhöhte Aushandlungsmacht, das subjektiv höhere Kontrollgefühl, eine für die Selbstwirksamkeit und damit für die Lebensqualität bedeutende Rolle.

„Herr R. ist durch seine selbstbestimmte Lebensweise ein idealtypischer Budgetnehmer. (...) Da nun in dem Versorgungsarrangement die Leistungen über Zeitschienen und den Einsatz von persönlichen Assistenten erfolgt, ist der Einflussbereich des Klienten in hohem Maße gegeben. Eine individuelle Versorgung und v. a. die Förderung der vorhandenen Potenziale sowie die Verfolgung der Ziele können nun höchst flexibel erfolgen“ (Text 11: Herr R., 65 J.).

Die qualitativen Fallanalysen bebildern auch besonders problematische Konstellationen einer ungünstigen Chancensituation des Pflegebedürftigen. So konnte das Budget insbesondere dort seine spezifische Wirksamkeit illustrieren, wo beim Einstieg in das Pflegebudget eine hochprekäre Konstellation vorlag (kein soziales Netzwerk). Bei niedrigen Bedarfen und einer ungünstigen Chancenkonstellation verhilft das Budget typischerweise zu mehr Netzwerkpartnern, einer deutlicheren Steigerung des Zeitumfangs und einer sozialen Stabilisierung des Pflegearrangements.

In einer ungünstigen Chancenkonstellation mit einem hohen Pflegebedarf wirkt das Budget typischerweise anders. Es optimiert auf organisatorischer Ebene die Versorgungssituation bei gleichzeitiger Kostensenkung (Einbeziehung formeller Hilfen aus dem Sektor II) und führt so zu längeren Versorgungszeiten zu Hause.

Bei Menschen mit Demenz und Pflegebedarf entfaltet das Budget die typischen oben bereits beschriebenen Wirkungen besonders gut: Entlastung der Bezugspersonen, verändertes Leistungsgeschehen und daraus folgend erhöhte Lebensqualität für die Budgetnehmer in einer spezifischen Ausgestaltung der Hilfen, angepasst an die besondere Bedarfs- und Bedürfnissituation von Menschen mit Demenz.

Die 52 Fallanalysen illustrieren auf anschauliche Weise die Wirkweise des Budgets und des Case Managements und machen in ihrer größeren Tiefenschärfe - mehr als dies in standardisierten Befragungen möglich ist - die Intensität der Wirkungen auf den Ebenen Lebensqualität und Entlastung sichtbar.

5. Leistungsanbieter im Pflegebudget

Die Leistungsanbieter hatten von Anfang an mit dem Projekt Pflegebudget ihre Probleme. In den im Rahmen der Implementationsforschung analysierten Akten zum Pflegebudget wird die Vielfalt der Reaktionen auf sachlicher bis hin zu polemischer und persönlich angreifender Ebene dokumentiert. Die Befürchtung, mit dem Pflegebudget würden eine aus der Sicht der zugelassenen Pflegeanbieter unfaire und problematische Absenkung formeller Qualitätsanforderungen verbunden sein, ein Preisdumping ausgelöst werden und mögliche Mittel für die Pflegebedürftigen und damit die Pflegedienste in Infrastrukturen abfließen, war manifest. Nicht zuletzt aus diesem anhaltenden Widerstand wurde eine Sonderstudie zu den betriebswirtschaftlichen Folgen der Integration von Budgetleistungen in zugelassene Dienste in Auftrag gegeben und von Herrn Dr. Johannes Zacher durchgeführt. Die Studie bezog 25 Dienstleister an den Modellstandorten ein, basierend auf Experteninterviews.

Die wesentlichen Ergebnisse der Sonderstudie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Das Verhalten der Pflegedienste, insbesondere eine abwartende Position gegenüber dem Pflegebudget, beruht auf rationalen Kalkülen. Veränderungen auf dem Preisniveau der Leistungen haben unmittelbar betriebswirtschaftliche Auswirkungen. Die Etablierung von Leistungsbereichen auf einem niedrigeren Entgeltniveau bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation des Gesamtbetriebs.
- Die Transaktionskosten der Pflegedienste sind vergleichsweise hoch, was Abläufe, Qualitätssicherung, Beratung der Pflegebedürftigen etc. anbelangt. Da sie sich nur begrenzt beeinflussen lassen, gilt dies auch für die Stundensätze pflegerischer Dienstleistungen.
- Eine Leistungsdifferenzierung im Sinne einer Ausweitung des Leistungsspektrums insbesondere auf den hauswirtschaftlichen und den Assistenzbereich lohnt sich erst ab einer größeren Fallzahl und auch nur begrenzt, wenn es sich um einen von vornherein überschaubaren Zeitraum handelt, für den diese Leistungsdifferenzierung sichere Kunden schafft.
- Aus der Sicht der Pflegedienste liegt der kritische Preis für hauswirtschaftliche und Assistenzdienstleistung bei 15,- Euro (Rechnungsstellung) und bei 9,- Euro Auszahlung an den beruflichen Helfer. Die Zahlen liegen z.T. deutlich über dem, was (empirisch) auf dem Pflegemarkt an Preisen üblich ist – auch im Sachleistungsbereich (etwa in den neuen Bundesländern) –, stellt aber den Preis dar, der auf den üblichen betriebswirtschaftlichen Kalkulationen von Pflegediensten beruht. Auf dieser Grundlage wirbt der

Anbieter des formellen Sektors II für die Pflegedienste mit ihren Stundensätzen „außer Konkurrenz“.

- Durch Absenkung der Transaktionskosten in den Pflegediensten und deren Verlagerung auf Case-Management-Strukturen und entsprechende Investitionen in Infrastruktur konnten die Pflegedienste in die Lage versetzt werden, ihre Leistungen auf anderen Preisniveaus anzubieten. Bei diesen Voraussetzungen wären Pflegedienste eher in der Lage, Budgetkunden interessante Angebote zu unterbreiten.

Die Sonderstudie macht deutlich, dass die Pflegedienste betriebswirtschaftlich betrachtet rational handeln. Sie unterstreicht die hohen Transaktionskosten, die unterschiedliche Hintergründe haben: zum einen gibt es Beratungsleistungen für den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen und die damit in Zusammenhang stehenden mit den Pflegekassen abrechenbaren Module, die durchaus Schnittmengen zu dem aufweisen, was als Case-Management-Funktion zu bezeichnen ist, sowie zum anderen Sektionskosten, die durch die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung bzw. die Vorgaben im Leistungserbringungsrecht provoziert werden (in Frankreich Dokumentationsverpflichtungen, Qualitätssicherung, Abrechnungsmodalitäten).

6. Pflegepolitische Optionen für eine regelhafte Einführung von Pflegebudgets

Der AGP hat sich im Zusammenhang mit den Fachdiskussionen um die mögliche Einführung von Budgets als Regelleistungen mit entsprechenden Optionen auseinandergesetzt, die an dieser Stelle für die mit den Budgets verbundenen pflegepolitischen Diskussionen skizziert werden.

Das Modellprojekt Pflegebudget zielte auf die Frage, ob die Einführung eines personenbezogenen Pflegebudgets eine bedeutsame Variante für die Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung darstellt, die sowohl in der Lage ist, die Versorgungsqualität der Pflegebedürftigen zu erhöhen, als auch einen Beitrag zur effizienten Mittelverwendung der Pflegeversicherung zu leisten. Schließlich sollten und müssten Pflegebudgets in der Lage sein, einen Beitrag zur nachhaltigen Sicherung der Pflege zu leisten. Die Einführung personenbezogener Pflegebudgets verlangt nach einem entsprechenden politischen Willen. In der aktuellen Pflegelandschaft kann und darf eine solche Entscheidung, wenn sie denn „pro Budgets“ gefällt wird, nicht von der Zustimmung und Akzeptanz der Akteure im Feld der Pflege abhängig gemacht werden: Dies haben die Ergebnisse der Implementationsforschung zum Pflegebudget deutlich gemacht.

Wie, ein entsprechender politischer Wille und eine parlamentarische Mehrheit vorausgesetzt, Pflegebudgets als Regelleistung in die soziale Pflegeversicherung einbezogen werden können, ist eine Frage, die unterschiedliche Antwortmöglichkeiten kennt. Will man eine „Systemmutation“ anstoßen, den dominanten Anbietermarkt um Elemente des Nachfragemarkts ergänzen und die Erfahrungen aus dem Modellprojekt in ihrer potenziellen Dynamik für die Weiterentwicklung der Pflegelandschaft nutzen, so würde sich die kurzfristige Einführung einer weiteren Leistungsoption Pflegebudget anbieten. Will man mit dem Pflegebudget besonderen Zielgruppen eine bedürfnisgerechtere Gestaltung ihres Lebens im Zusammenhang mit der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit eröffnen, ließe sich daran denken, das Persönliche Pflegebudget im Zusammenhang mit dem trägerübergreifenden Budget in besonderer Weise für Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf als Leistungsoption einzuführen. Hält man die im Zusammenhang mit dem Pflegebudget gesammelten Erkenntnisse und Erfahrungen für grundlegend, wäre auch an eine Strukturreform und Reform des Leistungsrechts der Pflegeversicherung zu denken, die sowohl Begutachtungs-, Assessment- und Case-Management-Funktionen neu ordnet als auch die Leistungsarten und -formen neu ausbalanciert und konzeptioniert.

Pflegebudget als weitere Leistungsoption

Naheliegender wäre es, in einem neu auszugestaltenden § 35a SGB XI einen Rechtsanspruch darauf einzuräumen, Leistungen der häuslichen Pflege entweder als vollständige oder auch als Teilleistungen im Rahmen einer Kombileistung gemäß § 38 SGB XI in der Leistungsform des Budgets auszuführen. Die Inanspruchnahme des Pflegebudgets wäre nach den Erfahrungen aus dem Modellprojekt an die Zusammenarbeit mit Case Managern zu binden und an ein regelhaftes Assessment und Re-Assessment sowie an die Aushandlung und Vereinbarung von Zielen und einem Hilfeplan zu koppeln. Hier könnte, Unabhängigkeit der Akteure vorausgesetzt, auf die im Entstehen begriffenen Case-Management-Strukturen im Zusammenhang mit der Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes aufgebaut werden: Pflegeberatung und Pflegestützpunkte. Dabei wäre bei der Begleitung von Budgetnehmern auf ein qualifiziertes Case Management zurückzugreifen, das sich nicht auf Information und Beratung beschränkt, sondern auch Fragen der Begleitung und Steuerung inklusive der Qualitätssicherungsfunktion übernimmt. Für diese Funktion könnte im Rahmen von Pflegestützpunkten, so sie denn in den Ländern eingeführt werden, ein unabhängiges Case Management vorgesehen werden. Um der Befürchtung entgegenzutreten, dass die örtlichen Strukturen durch eine starke Nachfrage nach Budgets überfordert werden, wäre ggf. zunächst an eine ermessensbasierte Gewährung von Pflegebudgets zu denken oder aber an eine zahlenmäßige Obergrenze, etwa in der Höhe von fünf bis zehn Prozent der Pflegebedürftigen. Auf diese Weise könnten systematisch Erfahrungen mit Budgets gesammelt und unerwünschte fiskalische Auswirkungen aufgefangen werden. Die regelhafte Einführung von Pflegebudgets hätte den Vorteil, dass sich sowohl zugelassene Pflegedienste als auch andere Anbieter auf dem Pflegemarkt auf eine bestimmte Klientel einrichten könnten, wodurch eine entsprechende Infrastruktur wahrscheinlicher entstehen und Arbeitsmarktwirkungen erzielt würden und die mit dem Pflegebudget gesammelten Erkenntnisse und Erfahrungen einer Verbesserung der Versorgungssituation und ihrer Stabilisierung einem breiteren Kreis von Versicherten zugänglich gemacht würden.

Die Einführung des Budgets würde im Vergleich zum bisherigen Sachleistungsbezug begrenzte Mehrausgaben durch das obligatorisch vorgeschriebene Case Management nach sich ziehen, allerdings würden diese Mehrausgaben beim Ausbau qualifizierter Case-Management-Strukturen begrenzt. Mehrausgaben sind dort zu erwarten, wo Pflegegeldbezie-

her auf das Pflegebudget umsteigen. Dies dürfte regelmäßig dort der Fall sein, wo eine Legalisierung bislang nicht legaler Beschäftigungsformen in Privathaushalten angestrebt wird.

Mit der Einführung des Pflegebudgets als dritte Leistungsoption häuslicher Pflege würden das Leistungsspektrum in dynamischer Weise geöffnet und dem dominanten Anbietermarkt eine nachfrageorientierte Inanspruchnahme von Pflegeleistungen gegenübergestellt. Insofern wären einer Weiterentwicklung und Diversifizierung des Pflegemarkts mit Arbeitmarkteffekten neue Impulse gegeben.

Pflegebudget im Rahmen eines integrierten trägerübergreifenden Budgets

Die in § 2 SGB XI genannten Zielsetzungen der Pflegeversicherung, Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu fördern und die Würde pflegebedürftiger Menschen zu achten, sind Zielsetzungen, die in der Charta der Rechte der Pflegebedürftigen besonderen Niederschlag gefunden haben. Sie sind für alle Menschen mit Pflegebedarf relevant, subjektiv allerdings in besonderer Weise für jüngere Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf, denen ein teilhabeorientiertes Leben dann besser gelingt, wenn sie über ein hohes Maß an Flexibilität und Autonomie verfügen. Bei den knapp 20 Prozent der Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf unter 65 Jahren ist der Aspekt der persönlichen Lebensführung von besonderer Bedeutung. Hier zeigen Persönliche Budgets ihre spezifischen Wirkungen, in besonderer Weise dann, wenn die Leistungen unterschiedlicher Leistungsträger integriert werden können, die in der Lebensführung und in der Unterstützung zentraler Funktionen der Gesundheit zusammenlaufen. Will man den Kreis überschaubar halten, könnte man die Berechtigung, Leistungen der häuslichen Pflege in der Form des Persönlichen Budgets zu erhalten, davon abhängig machen, dass sie in ein trägerübergreifendes Budget gemäß § 17 Abs. 2 SGB IX integriert werden. Auf diese Weise wäre sichergestellt, dass das Verfahren der Budgetverordnung eingehalten wird und damit das Budget als Sachleistungssubstitut in seiner spezifischen Zweckbindung und Qualitätssicherung „zur Geltung“ kommt. Mit der Einführung von Pflegebudgets im Rahmen eines integrierten trägerübergreifenden Budgets würde man sowohl den politischen Intentionen der Bundesländer als auch denen der Behindertenverbände und des Deutschen Behindertenrats nachkommen. Die Entschließung des Deutschen Bundestags im Zusammenhang mit

der Verabschiedung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes eröffnet die Möglichkeit, die Voraussetzungen für eine regelhafte Einführung des Pflegebudgets im Rahmen des trägerübergreifenden Budgets zu schaffen und zu prüfen. Damit wären allerdings andere pflegebedürftige Menschen von der Inanspruchnahme der Persönlichen Budgets ausgeschlossen, für die nachgewiesenermaßen die Leistungsform Budget auch zu einer deutlichen Verbesserung der Lebenssituation führt.

Einführung eines Pflegebudgets im Zusammenhang mit einer grundlegenden Strukturreform und Reform des Leistungsrechts in der sozialen Pflegeversicherung

Die im Rahmen des Modellprojekts gesammelten Erfahrungen unterstützen die Überlegungen zu einer grundlegenden Strukturreform und Reform des Leistungsrechts der sozialen Pflegeversicherung. Insbesondere liegen die Erkenntnisse und Erfahrungen aus dem Modellprojekt Pflegebudget nahe, Begutachtungs-, Assessment- und Case-Management-Funktionen leistungsträgerübergreifend neu zu strukturieren und zusammenzufassen. Auf diese Weise könnten unter ökonomischen Gesichtspunkten erhebliche Effizienzgewinne erzielt werden (Abbau von Doppelstrukturen, funktionale Integration von Assessment- und Begutachtungsfunktion, mögliche Investitionen in Unterstützungsinfrastruktur). Weiterhin lassen sich mithilfe der Daten der Begleitforschung zum Modellprojekt Pflegebudget inhaltliche und quantitative Differenzierungen zwischen fachpflegerischen Leistungen in Pflegehaushalten auf der einen Seite und Assistenzleistungen auf der anderen Seite vornehmen und damit die Differenzierung zwischen Cure- und Care-Leistungen qualifizieren. Dabei sind die fachpflegerischen Leistungen in der Tradition des deutschen Sozialversicherungsrechts eher im Sachleistungsregime verankert. Dort haben sich entsprechende Leistungsstrukturen gebildet. Die Care-Leistungen wirken sich dort besonders auf die Stabilisierung häuslicher Pflegesituation und deren Qualifizierung aus, wo sie flexibel und sensibel für Lebenswelten und Lebensstilpräferenzen erbracht werden. Die betriebswirtschaftlichen Analysen, die im Rahmen des Modellprojekts Pflegebudget angestellt wurden, legen überdies nahe, dass durch die betriebliche Integration von fachpflegerischer und Assistenzleistung Letztere auf einem Preisniveau angeboten werden müssen, das deren Leistungsmenge von vornherein begrenzt und im Rahmen haushaltsökonomischer Abwägungen eine ausgesprochen begrenzte Attraktivität besitzt. Dieser begrenzten

Attraktivität von Assistenzleistungen von Pflegediensten wird in der sozialen Wirklichkeit von Pflegearrangements durch das Ausweichen auf die Formen nicht legalisierter Humandienstleistungsarrangements unter Einsatz von Pflegegeld begegnet. Die große Zahl osteuropäischer Pflegekräfte in deutschen Privathaushalten dokumentiert dies. Eine neue leistungsrechtliche Verortung von Care-Leistungen (Assistenzleistungen), haushaltsbezogenen Dienstleistungen, Teilhabesicherung und „Betreuung“ jenseits des Sachleistungsprinzips könnte in doppelter Hinsicht überlegenswert sein: Es wäre zu erwarten, dass der Anteil von Pflegearrangements mit legalen Formen der Einbeziehung von Assistenzleistungen zunimmt. Es könnte gleichzeitig ein Markt entstehen, der Care-Dienstleistungen zu haushaltsökonomisch attraktiven Bedingungen anbietet. Als Leistungsform für die Care-Leistungen kämen einerseits Leistungspakete von Dienstleistern im Kostenerstattungsverfahren in Betracht (mit Elementen der Qualitätssicherung über ein Meso-Kontraktmanagement) und auf der anderen Seite die Leistungsform Budget. Wie etwa in den Niederlanden, in Japan und vielen anderen Ländern wäre die Inanspruchnahme von Care-Leistungen über Co-payments zu steuern. In einem solchen Zusammenhang würde auch die Funktion des Pflegegelds inklusive seiner Höhe neu zu bestimmen sein. Das Pflegegeld, das heute nachweisfrei in unterschiedlicher Weise Verwendung zur Sicherung der häuslichen Pflegesituation findet, ist mit seiner nach Pflegestufen gestalteten Höhe „aufwandsbezogen“. Eine solche Staffelung als Gratifikation für allgemeine Solidaritätsleistungen ist untypisch. Zur Stärkung der Pflegebereitschaften von Angehörigen übernimmt das Pflegegeld Einkommensersatzfunktion, für den Einkauf von selbst beschafften Hilfen provoziert es Formen illegaler Leistungsbeschaffung. Das Pflegegeld, das irrtümlich auch als Budget bezeichnet wird, kennt Überschneidungen mit der Leistungsform Budget. Ein Nebeneinander ist mittelfristig nicht sinnvoll. Insofern liegt es nahe, das Pflegegeld in zweierlei Richtungen neu auszurichten und mit einer Zweckbestimmung zu versehen:

- zum einen als Gratifikationsleistung und zur Deckung des bedingten Pflegemehrbedarfs, so wie es die Sozialhilfe für Bezieher von Hilfe zu Pflegeleistung vorsieht. In der Praxis würde dies bedeuten, dass das Pflegegeld gegenüber dem aktuellen Niveau deutlich abgesenkt und auf lediglich einer einheitlichen Höhe angesiedelt würde;
- zum anderen als Lohnersatzleistung für pflegende Angehörige. Ihnen würde es durch ein Pflegegeld als Lohnersatzleistung möglich, bei Sicherung der materiellen Existenz für sich und ihre Familie Pflegeaufgaben (auf Zeit) zu übernehmen. Eine solche Regelung könnte analog zum Elterngeld ausgestaltet werden.

Begleitforschung zur Einführung eines Persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management

Vorbemerkung

Diese Kurzfassung orientiert sich in ihrer Gliederung an dem von FIFAS vorgelegten Schlussbericht. Auf eine detaillierte Darstellung von Überlegungen, Voraussetzungen und Methoden musste ebenso verzichtet werden wie auf die ausführliche Interpretation der Ergebnisse. Die Kurzfassung enthält auch keine Verweise auf weiterführende Literatur oder Quellen. Das Gleiche gilt für die Absicherung von Ergebnissen durch entsprechende statistische Analysen. Der daran interessierte Leser sei auf den vollständigen Schlussbericht verwiesen.

Teil I: Fragestellung, Methoden und Daten der Begleitforschung

1. Fragestellung und Methoden der sozialwissenschaftlichen Begleitforschung

Fragestellung,
Methoden und
Daten der
Begleitforschung

1.1 Der Hintergrund: Demografischer und sozio-kultureller Wandel – zunehmende Diskrepanz zwischen Bedarf und Chancen

Es gibt wohl niemanden, der ernsthafte Zweifel an den Vorausrechnungen der Bevölkerungswissenschaftler äußert: Deutschland altert wie alle Industrienationen der Welt. Unser Land wird damit aber auch immer pflegebedürftiger, und es sind derzeit keine überzeugenden Lösungen für diese zentrale gesellschaftliche Herausforderung erkennbar.

Bei allen Unsicherheiten muss wohl die folgende Entwicklung als in hohem Maße wahrscheinlich gelten: Der Bevölkerungsumfang wird sich deutlich verringern, und der Altersaufbau wird sich verändern. Der Anteil älterer Menschen wird steigen, die Anteile der jüngeren Menschen – Kinder und Jugendliche – und der Anteil der Menschen im Erwerbsalter werden sinken.

Diese Veränderungen werden mit Sicherheit auch die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen tangieren. Sie werden die ihnen verfügbaren, gewählten oder auferlegten Pflegearrangements beeinflussen. Von demografischen Faktoren hängt es ab, wie viele pflegebedürftige Menschen zu versorgen sind, aber von den gleichen Faktoren hängt es auch ab, wie viel Versorgende zur Verfügung stehen und wer diese sein werden.

Aber es ist nicht allein der demografische Wandel, der die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen beeinflusst. Von großer Bedeutung sind institutionelle Regelungen, die ihren Niederschlag u. a. im Begriff der Pflegebedürftigkeit und in der Sozialgesetzgebung finden, aber auch in tariflichen Vereinbarungen und arbeitsmarktpolitischen Bestimmungen verankert sein können – z. B. in Regelungen, die eine bessere Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege ermöglichen. Dazu gehören auch Berufs- und Ausbildungsordnungen, die von großer Bedeutung für die Qualität der professionell geleisteten Pflege und für das gesellschaftliche Ansehen pflegender Berufe sind. Wichtig sind aber auch Infrastrukturen, die sich zur Versorgung nutzen lassen – u. a. Pflegeheime, teilstationäre Angebote, Pflegedienste und Beratungsstellen. Von überaus großer, aber schwer einzuschätzender Bedeutung ist schließlich der kulturelle und soziale Kontext von Pfl-

gebedürftigkeit: der Stellenwert, den Pflegebedürftigkeit in ihren unterschiedlichen Ausprägungen in der Kultur besitzt, die Art und Weise, ob und wie Solidarität praktiziert wird, sowie Wertorientierungen und Lebensentwürfe, die mehr oder weniger günstig für die Übernahme von Versorgungsverpflichtungen sein können. Zu diesen Faktoren gehören darüber hinaus strukturelle Bedingungen, wie die Bedeutung von Erwerbsarbeit für den Lebensentwurf, mit der Arbeitswelt verbundene Flexibilitätserfordernisse, soziale und geografische Mobilität und damit verbundene Wahrscheinlichkeiten für Versorgungsleistungen aus dem primären sozialen Umfeld.

Mit einem Simulationsmodell konnten wir zeigen, mit welchen Entwicklungen zu rechnen ist – „ceteris paribus“, wenn alles gleich bleibt, wenn nichts geschieht (Anlage III):

Bis 2050 wird sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen mit großer Wahrscheinlichkeit mehr als verdoppeln, auf rund 4,6 Millionen. Parallel dazu könnte sich das „informelle Pflegepotenzial“ in Deutschland auf einen Wert von ca. 60% des derzeitigen Niveaus reduzieren. Als „informelles Pflegepotenzial“ betrachten wir die im sozialen Unterstützungsnetzwerk vorhandenen nicht beruflichen Helfer – in erster Linie Ehegatten bzw. Lebenspartner und Kinder. Für dieses Pflegepotenzial lässt sich eine gesamtgesellschaftliche Größe definieren und schätzen, die darüber Auskunft gibt, in welchem Umfang Ressourcen verfügbar sind, die eine häusliche Versorgung ohne professionelle Hilfe ermöglichen.

Die Tendenz der erwartbaren Entwicklungen ist eindeutig: Die „Schere“ öffnet sich. Wir müssen mit einer steigenden Diskrepanz zwischen Bedarf (Zahl der Pflegebedürftigen) und Chancen (informelles Pflegepotenzial) rechnen:

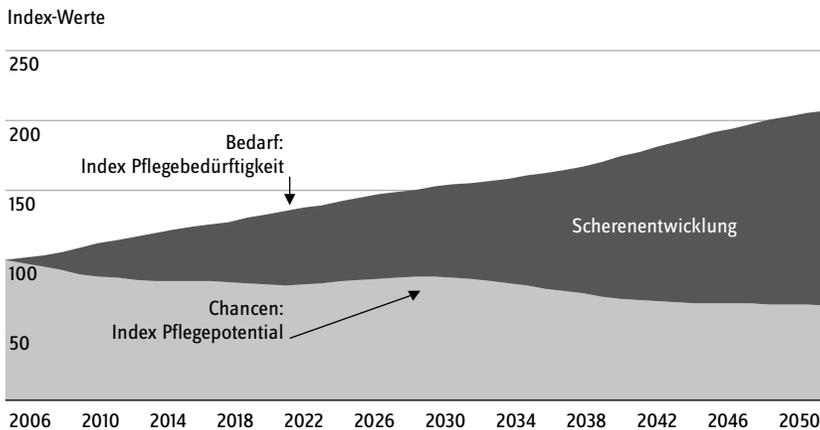


Abb. 7: Zahl der Pflegebedürftigen und informelles Pflegepotential -
Schätzwerte für die Entwicklung von 2006 bis 2050

Diese erwartbaren Entwicklungen werfen Fragen auf, für die es noch immer keine befriedigenden Antworten gibt.

1.2 Das Pflegebudget mit integriertem Case Management

Vor diesem Hintergrund wurde in sieben Regionen Deutschlands mit der konzeptionellen und politischen Unterstützung und mit der finanziellen Förderung durch die Pflegekassen versuchsweise ein Persönliches Pflegebudget mit integriertem Case Management eingeführt. Die wesentlichen Merkmale des Pflegebudgets lassen sich mit den folgenden Stichworten beschreiben:

- Beim Pflegebudget handelt es sich um eine Geldleistung in Höhe der Sachleistung zum bedarfsgerechten Einkauf von Pflegedienstleistungen.
- Die Geldbeträge sind zweckgebunden an frei wählbare Pflegedienstleistungen legaler Anbieter.
- Es erfolgt eine Beratung durch Case Manager, die auch die Qualität der Pflegedienstleistungen überprüfen.

Die damit verbundene unmittelbare Zielsetzung lässt sich mit den folgenden Stichworten beschreiben:

- Stabilisierung der häuslichen Versorgung durch die Möglichkeit zu individualisierten Versorgungsarrangements;
- Deckung von Bedarfen, deren Existenz zwar nachweisbar ist, die aber weder im SGB XI als leistungsrelevante Sachverhalte anerkannt sind noch im Leistungskatalog der Pflegekassen und Pflegedienste ausreichend Berücksichtigung finden – dabei geht es im Wesentlichen um Bedarfe, die sich mit den Begriffen Betreuung, Teilhabe und soziale Anerkennung beschreiben lassen;
- auf diese Weise soll das Pflegebudget die Qualität der häuslichen Versorgung steigern, die Lebensqualität der Pflegebedürftigen sichern, zu einer spürbaren Entlastung der Pflegenden beitragen und so dem zu erwartenden „Heimsog“ entgegenwirken.

1.3 Fragestellungen der soziologischen Begleitforschung

Für die Begleitforschung aus soziologischer Sicht sind v. a. die folgenden Fragen bedeutsam:

- Wie lassen sich Pflegearrangements zuverlässig und gültig beschreiben?
- Welche Veränderungen sind für Pflegearrangements in der Programm- und Vergleichsgruppe beobachtbar?
- Welche Bedeutung haben diese Veränderungen für die Versorgungssituation?
- Welche Wirkung entfaltet das Pflegebudget unter verschiedenen, durch Bedarf und Chancen beschreibbaren Bedingungen? Welche Effekte hat das Budget unter schwierigen Bedingungen – bei starker Pflegebedürftigkeit, bei Demenz, in einem für die Versorgung eher „ungünstigen sozialen Umfeld“?
- Wie verändert sich die Situation der Pflegenden unter den Bedingungen des Pflegebudgets?

1.4 Methoden der Begleitforschung

Die Begleitforschung umfasst verschiedene Komponenten, die in den einzelnen Teilen dieses Berichts ausführlich dargestellt werden. Um die aus soziologischer Sicht wichtigen Fragen zu beantworten, wurden die folgenden Forschungen durchgeführt:

- Panelstudie innerhalb eines Sozialexperiments: persönlich-mündliche Interviews bei ca. 700 pflegebedürftigen Teilnehmern des Projekts und ihren Hauptpflegepersonen
 - Ersterhebung und alle sechs Monate eine Folgerhebung. Die Teilnehmer wurden

-
- durch ein Zufallsverfahren der Programmgruppe (Budgetnehmer) und einer entsprechenden Vergleichsgruppe zugewiesen;
- Sondererhebung in zwei repräsentativen Stichproben der 40- bis 65-Jährigen in den Regionen Annaberg und Unna;
 - Befragungen im Vorfeld der Begleitforschung bei Budgetinteressierten.

2. Datenlage

Für die Analysen zu diesem Bericht stehen Informationen aus sieben Erhebungswellen an sieben Standorten zur Verfügung. Die am Budget Interessierten wurden durch ein Zufallsverfahren der Programm- und Vergleichsgruppe zugewiesen. Die Informationen wurden durch persönlich-mündliche Interviews erhoben. Die Erstbefragung der pflegebedürftigen Personen umfasst 706 auswertbare Fälle - 536 aus der Programm- und 170 aus der Vergleichsgruppe.

Bei 491 Hauptpflegepersonen wurde eine Erstbefragung durchgeführt - in der Programmgruppe 364 und in der Vergleichsgruppe 127 Interviews. Aus verschiedenen Gründen reduziert sich die Zahl der Teilnehmer in den Folgerhebungen erheblich.

Externe Validität

Die zusammengefasste Stichprobe aus Programm- und Vergleichsgruppe ist nicht repräsentativ für die Grundgesamtheit der häuslich versorgten Pflegebedürftigen in Deutschland. Überrepräsentiert sind Empfänger von Sachleistungen, unterrepräsentiert sind Geldleistungsbezieher. Da die Art des Leistungsbezugs auch mit anderen Merkmalen der persönlichen und sozialen Situation korreliert, sind auch diese Merkmale (u. a. Familienstand, Haushaltsgröße) in der Gesamtstichprobe nicht repräsentativ vertreten. Die von der Verteilung in der Grundgesamtheit abweichende Verteilung der Leistungsarten in der Stichprobe ergab sich aus dem mit der Begleitforschung verbundenen Erkenntnisinteresse. Durch eine Gewichtung der Fälle in der Stichprobe nach dem Merkmal Leistungsart sind dennoch Folgerungen über die Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger in Deutschland möglich.

Interne Validität

Im Hinblick auf wichtige Merkmale (Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Unterstützungsnetzwerk) gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen Programm- und Vergleichsgruppe. Solche Unterschiede bestehen jedoch für die Anteile der vorher bezogenen Leistungsarten. Für Vergleiche zwischen Programm- und Vergleichsgruppe wurde deshalb eine Gewichtung der Fälle der Programmgruppe vorgenommen.

Die Gültigkeit der erhobenen Informationen ist durch eine intensive Schulung der Interviewer gewährleistet. Die Interviews in der Programmgruppe wurden von den Case Managern durchgeführt. Die extern rekrutierten Interviewkräfte für die Vergleichsgruppe wurden intensiv auf ihre Tätigkeit vorbereitet und verfügen über einen pflegefachspezifischen Hintergrund.

3. Ein- und Ausstieg aus dem Projekt

Nahezu alle Teilnehmer (98%) geben in verschiedenen Varianten als Grund für ihr Interesse am Budget das höhere Maß an Flexibilität und die besseren Chancen für eine individualisierte Bedarfsdeckung an. Von fast zwei Dritteln wird auch die Möglichkeit der intensiven Beratung durch das Case Management als Grund genannt.

Jeweils knapp 40% der Teilnehmer aus der Vergleichs- und Programmgruppe sind aus verschiedenen Gründen vorzeitig aus dem Projekt ausgeschieden. Die häufigsten Abbruchgründe sind: verstorben und Übergang in eine stationäre Versorgung. Im Durchschnitt nehmen die Aufgenommenen 14 Monate (Programmgruppe) bzw. 16 Monate (Vergleichsgruppe) am Projekt teil.

Teil II: Situation der Pflegebedürftigen und der Pflegenden – Ergebnisse aus den Ersterhebungen

4. Situation der Pflegebedürftigen: Vorschläge und Ergebnisse zur Beschreibung von Pflegearrangements

Situation der Pflegebedürftigen und der Pflegenden – Ergebnisse aus den Ersterhebungen

In der Begleitforschung werden häusliche Pflegearrangements unter dem Gesichtspunkt beschrieben, in welchem Maße verschiedene Akteure und Sektoren daran beteiligt sind:

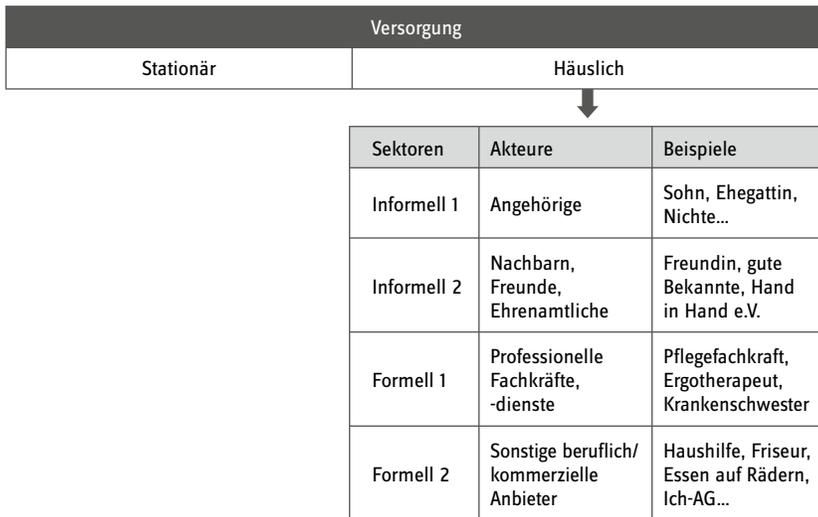


Abb. 8: Pflegearrangements: Akteure und Sektoren

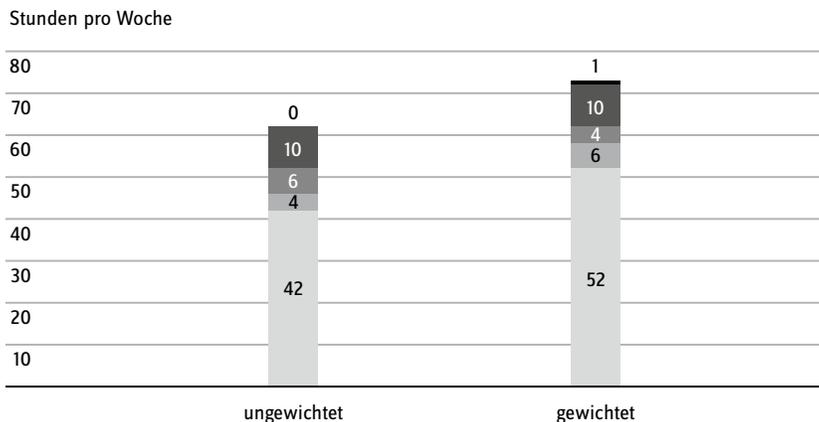
Basis der Beschreibung und der Auswertungen ist eine Hilfe-Helfer-Matrix.

Arrangements werden danach unterschieden, wie viele Helfer insgesamt und aus den Sektoren an der Versorgung beteiligt sind und in welchem Umfang die Sektoren Zeit in die Versorgung investieren sowie Geld an sie gezahlt wird.

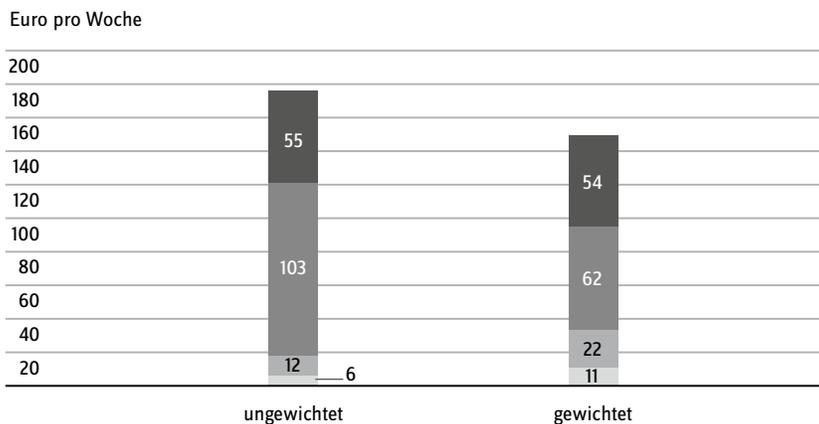
Ein „durchschnittliches Pflegearrangement“ hat unter Zeit- und Geldgesichtspunkten die folgende Struktur:



Situation der Pflegebedürftigen und der Pflegenden - Ergebnisse aus den Ersterhebungen



■ unklar ■ form. Sektor 2 ■ form. Sektor 1 ■ inf. Sektor 2 ■ inf. Sektor 1
 Abb. 9: Zeit der Sektoren in einem „durchschnittlichen“ Pflegearrangement - ungewichtete und gewichtete Stichprobe



■ form. Sektor 2 ■ form. Sektor 1 ■ inf. Sektor 2 ■ inf. Sektor 1
 Abb. 10: Geld an die Sektoren in einem „durchschnittlichen“ Pflegearrangement - ungewichtete und gewichtete Stichprobe

5. Erklärung von Pflegearrangements durch das Modell „Bedarf und Chancen“

Zur Erklärung der Abweichungen von diesen Durchschnittswerten schlagen wir ein Modell „Bedarf und Chancen“ vor:

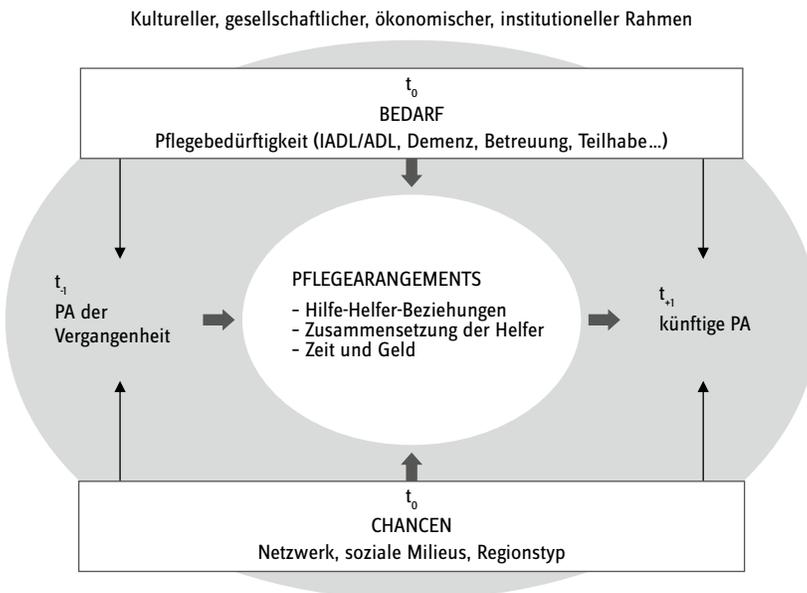


Abb. 11: Modell „Bedarf und Chancen“

1. Pflegearrangements hängen vom Bedarf ab: Es ist zu erwarten, dass die Hilfe-Helfer-Matrix sowie die Zeit- und Geldaufwendungen mit dem Grad und der Art der Pflegebedürftigkeit variieren.
2. Welche Arrangements sich einstellen, wird aber auch von den Chancen und Restriktionen im sozialen Umfeld abhängen: von der Verfügbarkeit eines Unterstützungsnetzwerks, von den milieuspezifischen Präferenzen derjenigen, die einen Beitrag zur Sicherung der Versorgung leisten, und auch von regionalen Besonderheiten, z. B. davon, wie urbanisiert eine Region ist. Diese beiden Faktoren - Bedarf und Chancen - sind zu jedem Zeitpunkt wirksam: Sie prägen die vergangenen Arrangements, schaffen eine Versorgungstradition und wirken in die Zukunft hinein.

3. Dieser Prozess der Konstitution von Pflegearrangements findet in einem bestimmten Kontext statt: Schon der Begriff der Pflegebedürftigkeit verweist auf soziale und kulturelle Konstruktionen. Dazu gehören aber auch die Institutionalisierung von Bedarfslagen und damit auch von Ansprüchen in der Sozialgesetzgebung, und als Konsequenz davon das Vorhandensein oder Fehlen von Infrastrukturen, die sich zur Versorgung nutzen lassen oder nicht vorhanden sind. Vom Kontext sind aber auch die Chancen und Restriktionen des sozialen Umfelds abhängig: ob ein Netzwerk verfügbar ist, wie Präferenzen für Pflegearrangements in sozialen Milieus verteilt sind und welche Bedeutung Versorgungsverpflichtungen für die Lebensplanung haben, z. B. für die Beteiligung am Erwerbsleben oder für das Interesse an einem selbstbestimmten Leben.

Das Modell ermöglicht es, gezielt nach Belegen für den Erfolg oder Misserfolg des Pflegebudgets zu suchen. Die Einführung des Pflegebudgets ist eine Veränderung der institutionellen Rahmenbedingungen, und die Begleitforschung soll herausfinden, welche Spuren dies in den Pflegearrangements hinterlässt.

5.1 Messung und Bedeutung von Bedarf

Der Bedarf wird durch eine Skala ermittelt, mit der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI gemessen wird. Zusätzlich kann für die Programmgruppe berücksichtigt werden, ob aufgrund einer demenziellen Erkrankung besondere Bedingungen vorliegen. Umfang und Art des Bedarfs korrelieren deutlich mit allen Indikatoren für die Struktur von Pflegearrangements: mit der Zahl und Zusammensetzung der an der Versorgung beteiligten Akteure und mit der von den Sektoren in die Versorgung eingebrachten Zeit.

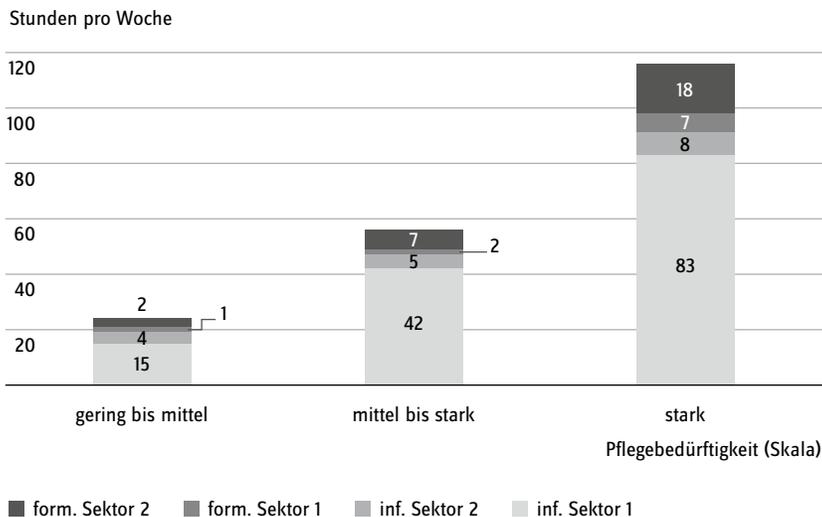


Abb. 12: Pflegebedürftigkeit und die von Sektoren in die Pflege investierte Zeit - gewichtete Stichprobe

5.2 Klassifizierung von Chancen: Bedingungen des sozialen Umfelds

Als Bedingungen des sozialen Umfelds, durch die Versorgungschancen und -restriktionen entstehen, werden berücksichtigt:

- die Verfügbarkeit über ein informelles Unterstützungsnetzwerk,
- die Zugehörigkeit der Hauptpflegeperson zu sozialen Milieus und
- die regionalen Besonderheiten verschiedener Raumstrukturtypen.

Diese Merkmale lassen sich zu einem Index zusammenfassen, der darüber Auskunft gibt, wie gut ein soziales Umfeld für eine häusliche Versorgung geeignet ist.

Idealtypisch lässt sich das soziale Umfeld unter diesem Gesichtspunkt folgendermaßen klassifizieren:

Situation der Pflegebedürftigen und der Pflegenden - Ergebnisse aus den Ersterhebungen

Günstiges Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> - Stabiles Netzwerk - Hauptpflegeperson vorhanden - Ländliche Region - Vormoderner Lebensentwurf - Niedriger Sozialstatus der Hauptpflegeperson
Durchschnittliches Umfeld	...
Ungünstiges Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> - Kein/prekäres Netzwerk - Keine Hauptpflegeperson - Städtische Region - Moderner Lebensentwurf - Hoher Sozialstatus der Hauptpflegeperson

Abb. 13: Klassifikation des sozialen Umfelds: günstige bzw. ungünstige Chancen für eine häusliche Versorgung

Alle Merkmale des sozialen Umfelds korrelieren deutlich mit Indikatoren für die Struktur von Pflegearrangements.

Stunden pro Woche

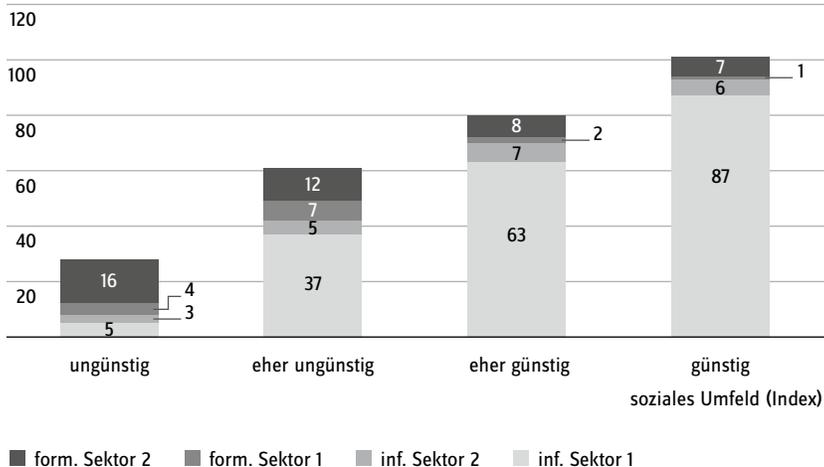


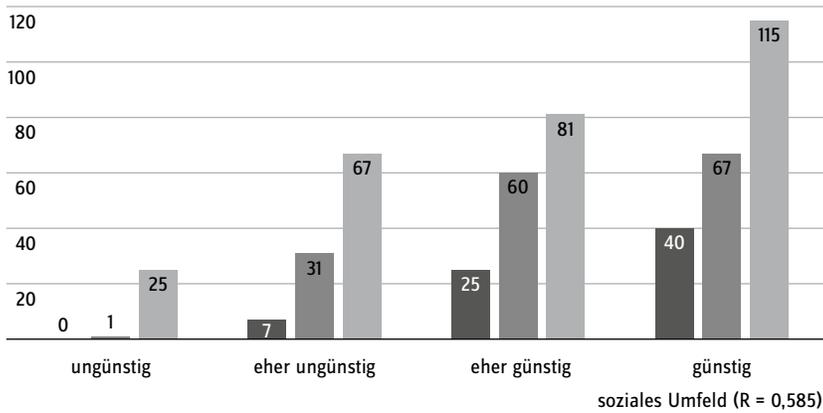
Abb. 14: Soziales Umfeld - für die Versorgung aufgewendete Zeit: insgesamt und Zeitbetrag der Sektoren - gewichtete Stichprobe

Situation der Pflegebedürftigen und der Pflegenden - Ergebnisse aus den Ersterhebungen

5.3 Bedarf und Chancen und die Struktur von Pflegearrangements

Es kann gezeigt werden, dass Bedarf und Chancen unabhängig voneinander und jeweils zusätzlich die Versorgungssituation beeinflussen:

Stunden pro Woche



Pflegebedürftigkeit: ■ gering ■ mittel ■ stark

Abb. 15: Soziales Umfeld, Pflegebedürftigkeit und die von Angehörigen (informeller Sektor 1) investierte Zeit - gewichtete Stichprobe

Situation der Pflegebedürftigen und der Pflegenden - Ergebnisse aus den Ersterhebungen

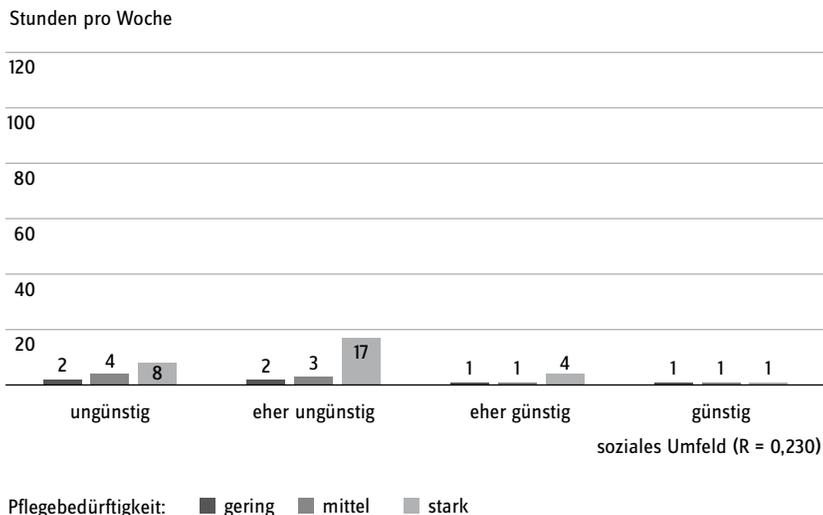


Abb. 16: Soziales Umfeld, Pflegebedürftigkeit und die von Fachkräften und Pflegediensten (formeller Sektor 1) geleistete Zeit - gewichtete Stichprobe

Die von Pflegediensten/-fachkräften in die Versorgung investierte Zeit kann bei ungünstigen Chancen den geringeren Zeitaufwand der Angehörigen nur wenig kompensieren.

Bedarf und Chancen beeinflussen in hohem Maße die Ausgestaltung von Pflegearrangements. Der Bedarf - gemessen über unsere Pflegebedürftigkeitsskala - hat eine große Bedeutung für den Zeitaufwand der Angehörigen, für die zeitliche Inanspruchnahme von professionellen Helfern und für die Nachfrage nach Leistungen, die von sonstigen beruflichen und kommerziellen Anbietern erbracht werden.

Zusätzlich spielen aber auch die durch das soziale Umfeld bestimmten Chancen eine Rolle, und zwar unabhängig vom und zusätzlich zum Bedarf. Das soziale Umfeld ist unter den folgenden Bedingungen für eine häusliche Versorgung eher ungünstig: bei einem unstablen informellen Unterstützungsnetzwerk, in städtischen Regionen, bei Hauptpflegepersonen mit hohem Sozialstatus und modernem Lebensentwurf. Günstigere Bedingungen für eine häusliche Versorgung liegen dagegen dann vor, wenn das soziale Umfeld durch die folgenden Merkmale geprägt ist: ein stabiles informelles Unterstützungsnetzwerk, eine ländliche Region sowie eine Hauptpflegeperson mit einem niedrigen Sozial-

status und einem vormodernen Lebensentwurf. Unter diesen für die häusliche Versorgung günstigen sozialen Bedingungen ist die von Angehörigen in die Versorgung investierte Zeitmenge - völlig unabhängig vom Bedarf - deutlich größer als unter den für eine häusliche Versorgung eher ungünstigen Bedingungen.

Die von Pflegediensten und -fachkräften zum Pflegearrangement beigesteuerte Zeit variiert zwar mit der Pflegebedürftigkeit, jedoch kaum mit dem sozialen Umfeld. Ein wirklicher kompensatorischer Effekt durch die professionelle Pflege ist kaum erkennbar.

Durch die von Bedarf und Chancen abhängige Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen entstehen neue Formen von sozialer Ungleichheit. Der Tendenz nach zeichnet sich eine Art Umkehrung der uns vertrauten Ungleichheiten ab. Begünstigt werden eher diejenigen, die in ihrem bisherigen Leben weniger privilegierten sozialen Gruppen angehörten - „begünstigt“ zumindest in dem Sinne, dass bei ihnen die Chancen zur Realisierung einer von Angehörigen geleisteten häuslichen Versorgung größer sind als bei denen, die man eher zu den Gewinnern von Modernisierungsprozessen rechnen kann.

6. Pflegearrangements und die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen

Zufriedenheitsmessungen bei den Pflegebedürftigen sind nur begrenzt valide, weil zu einem großen Teil andere Personen (die Hauptpflegepersonen) für sie geantwortet haben. Bei denen, die selber geantwortet haben, ist die Zufriedenheit mit der Versorgungssituation umso größer, je stärker Angehörige an der Pflege beteiligt sind. Die Zufriedenheit mit der allgemeinen Lebensqualität korreliert deutlich mit der Versorgungszufriedenheit.

7. Situation der Pflegenden: Belastungen und Lebensqualität

Für die Hauptpflegepersonen wurde untersucht, in welchem Maße sie durch die Pflege belastet sind, wovon diese Belastungen abhängen und wie sich Belastungen auf die Einschätzung der Lebensqualität auswirken. Belastungen (gemessen durch eine Skala) hän-

Situation der Pflegebedürftigen und der Pflegenden - Ergebnisse aus den Ersterhebungen



Situation der Pflegebedürftigen und der Pflegenden - Ergebnisse aus den Ersterhebungen

gen v. a. vom Grad der Pflegebedürftigkeit der zu versorgenden Person ab und von der Zeit, die von der Hauptpflegeperson in die Versorgung eingebracht wird. Die Einschätzung der Lebensqualität (durch eine Skala gemessen) hängt in erster Linie von den erfahrenen Belastungen ab.

Teil III: Auswirkungen des Pflegebudgets auf die Situation von Pflegebedürftigen und Pflegenden

8. Methoden

Die Effekte des Pflegebudgets werden durch verschiedene Vergleiche ermittelt:

	Vergleich zwischen		Fragen/Erkenntnisse
Vergleich 1	Programmgruppe Ersterhebung	Vergleichsgruppe Ersterhebung	Sind die Ausgangsbedingungen der Programmgruppe und Vergleichsgruppe gleich?
Vergleich 2	Programmgruppe Ersterhebung	Programmgruppe Folgerhebungen	Was hat sich in einem bestimmten Zeitraum der Teilnahme am Projekt für die Budgetnehmer verändert?
Vergleich 3	Vergleichsgruppe Ersterhebung	Vergleichsgruppe Folgerhebungen	Kommt es bei den Teilnehmern der Vergleichsgruppe zu den gleichen oder zu anderen Veränderungen oder verändert sich nichts?
Vergleich 4	Programmgruppe Folgerhebungen	Vergleichsgruppe Folgerhebungen	Wie unterscheiden sich nach einer bestimmten Zeit die Budgetnehmer von den Teilnehmern der Vergleichsgruppe?

Tab. 1: Ermittlung der Effekte des Pflegebudgets

Erst alle vier Vergleiche ermöglichen begründbare Folgerungen auf einen eventuellen Einfluss des Pflegebudgets. Für die Vergleiche werden die Fälle der Programmgruppe so gewichtet, dass die Anteile der vorher bezogenen Leistungsarten den Anteilen in der Vergleichsgruppe entsprechen. Für den Vergleich 4 werden durch die Ermittlung von Residuen für die Kriteriumsvariablen unterschiedliche Ausgangsbedingungen berücksichtigt. Neben der Signifikanz von Unterschieden werden Effektgrößen berechnet.

9. Haben sich die Rahmenbedingungen (Bedarf und Chancen) im Projektverlauf verändert?

Grundlegende Veränderungen sind für den Grad der Pflegebedürftigkeit (Bedarf) und für die Versorgungschancen (soziales Umfeld) nicht beobachtbar. Veränderungen erfolgen in der Programm- und Vergleichsgruppe in einer ähnlichen Weise.

Auswirkungen des Pflegebudgets auf die Situation von Pflegebedürftigen und Pflegenden



10. Veränderung von Pflegearrangements durch die Einführung des Persönlichen Pflegebudgets

Für die Programmgruppe können erhebliche Veränderung der Pflegearrangements beobachtet werden. Die Arrangements in der Vergleichsgruppe ändern sich dagegen nicht.

Zahl und Zusammensetzung der Helfer

Nicht nur die Zahl der an der Versorgung beteiligten Akteure ist in der Programmgruppe in signifikanter Weise gestiegen, sondern durch das Pflegebudget ist das Pflegearrangement der Budgetnehmer auch „bunter“, pluralistischer und differenzierter geworden. Die Durchschnittswerte für die pflegenden Angehörigen zeigen, dass sich diese nicht aus der Verantwortung zurückziehen, aber die Versorgungsverpflichtungen verteilen sich nun auf mehr Schultern, was nicht nur in einem erheblichen Umfang zur Entlastung der Pflegenden beiträgt, sondern auch bedarfsgerechtere Problemlösungen ermöglicht.

Zeitstruktur der Pflegearrangements

Die durchschnittliche Zeit, die von Bekannten, Freunden, Nachbarn und Ehrenamtlichen in die Versorgung investiert wird, bleibt praktisch konstant. Auch die von Fachkräften und Pflegediensten nachgefragte Zeit verändert sich nur wenig. Für die von Angehörigen geleistete Zeit ist eine geringe Abnahme beobachtbar. Außerordentlich deutliche Veränderungen gibt es für die Zeit des formellen Sektors 2: Die von sonstigen beruflichen und kommerziellen Anbietern ohne pflegefachspezifische Qualifikation nachgefragte Zeit steigt im Projektverlauf von durchschnittlich zwölf Stunden pro Woche beim Eintritt in das Projekt auf mehr als das Doppelte – auf rund 25 Stunden pro Woche – gegen Ende der Laufzeit.

Die Effekte lassen sich zusammenfassend so beschreiben:

1. Durch das Pflegebudget kommt es nicht zu einer Verringerung von Ehrenamtlichkeit: Das Zeitvolumen des informellen Sektor 2, die Zeit der Nachbarn, Freunde, Bekannten und Ehrenamtlichen, bleibt nahezu konstant.

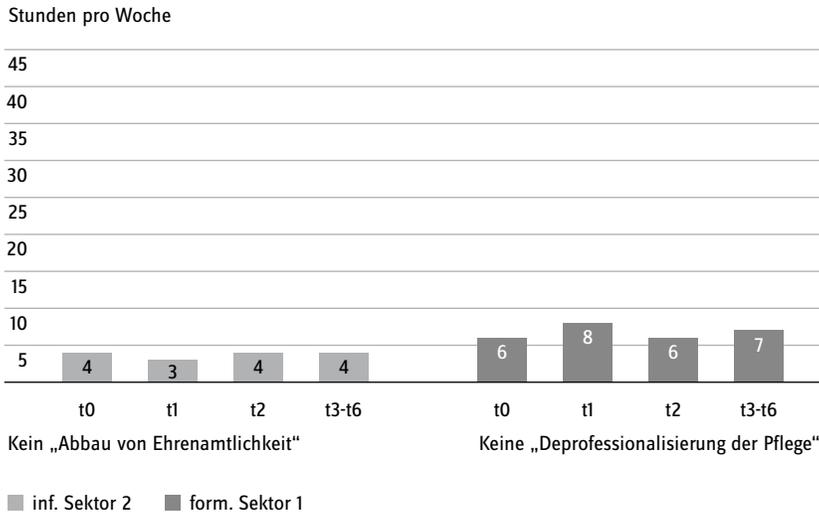


Abb. 17: Keine Veränderungen: Zeit der Freunde, Nachbarn, Bekannten, Ehrenamtliche und Zeit der Fachkräfte/Pflegedienste in der Programmgruppe

2. Es kommt nicht zu einer „Deprofessionalisierung der Pflege“: Das Volumen der von Pflegediensten und qualifizierten Fachkräften nachgefragten Zeit verändert sich im Projektverlauf nicht.
3. Es kommt zu einer leichten Entlastung der Angehörigen: Die von Angehörigen geleistete Zeit verringert sich etwas von 42 Stunden pro Woche auf 34 bis 36 Stunden.
4. Das Budget regt eine deutliche Tendenz zur „Verberuflichung der Pflege“ an: Das Zeitvolumen der Akteure, die ohne fachspezifische Ausbildung in einer erwerbsmäßigen und beruflichen Weise Dienstleistungen erbringen, steigt deutlich an, von durchschnittlich zehn Stunden pro Woche zum Zeitpunkt der Ersterhebung auf 24 Stunden in den letzten Erhebungsphasen.

Auswirkungen des Pflegebudgets auf die Situation von Pflegebedürftigen und Pflegenden

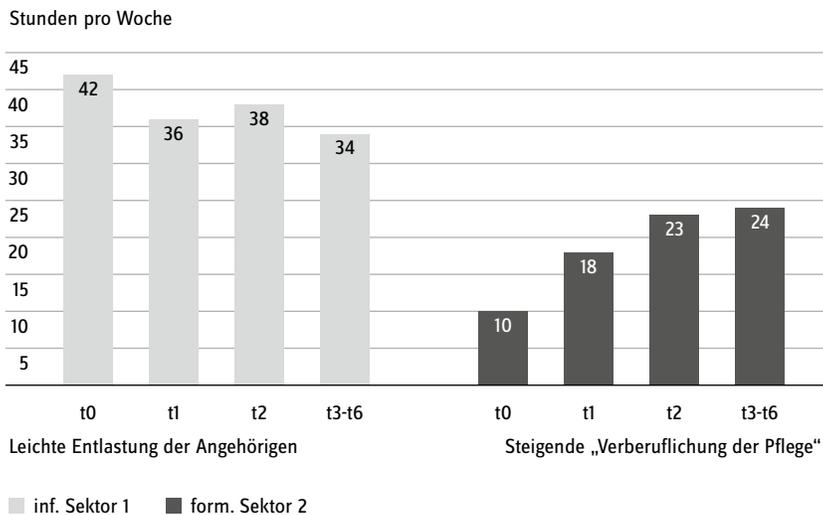


Abb. 18: Veränderungen: Zeit der Angehörigen und Nachfrage bei sonstigen beruflichen/kommerziellen Anbietern in der Programmgruppe

Pflegebudget unter schwierigen Bedingungen

Es ist v. a. die Kombination von starker Pflegebedürftigkeit mit Demenz, die die Leistungen der beruflichen und kommerziellen Anbieter ohne fachspezifische Ausbildung besonders attraktiv machen. Bei starker Pflegebedürftigkeit in Verbindung mit Demenz steigt der Zeitbeitrag des formellen Sektors 2 von durchschnittlich zwölf Stunden pro Woche auf fast 40 Stunden.

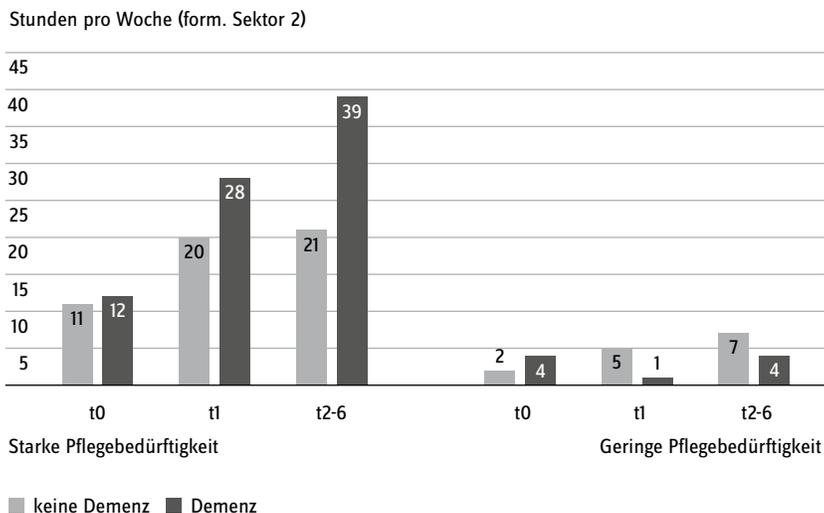


Abb. 19: Schwierige Bedingungen: starke Pflegebedürftigkeit und Demenz - Nachfrage von Leistungen des formellen Sektor 2 in der Programmgruppe (jeweilige Pflegebedürftigkeit)

Besonders schwierige Bedingungen liegen vor, wenn es um die Versorgung bei starker Pflegebedürftigkeit in einem eher ungünstigen Umfeld geht. Unter diesen Bedingungen ist der „Verberuflichungseffekt“ besonders deutlich: Die Nachfrage nach Zeit von beruflichen und kommerziellen Anbietern ohne pflegespezifische Ausbildung steigt v. a. in der ersten Phase des Projekts beträchtlich von durchschnittlich 22 Stunden pro Woche auf 35 Stunden und nimmt dann weiter auf 50 Stunden zu. Auch der Entlastungseffekt für die Angehörigen ist unter diesen besonders schwierigen Bedingungen spürbar. Die von Angehörigen geleistete Zeit verringert sich deutlich von durchschnittlich 39 Stunden pro Woche auf 24 Stunden.

Auswirkungen des Pflegebudgets auf die Situation von Pflegebedürftigen und Pflegenden



Abb. 20: Veränderung von Pflegearrangements unter „schwierigen Bedingungen“ in der Programmgruppe: starke Pflegebedürftigkeit und ungünstiges Umfeld (jeweilige Bedingungen)

Fazit: Pflegebudget unter schwierigen Bedingungen

Das Pflegebudget wird besonders unter schwierigen Bedingungen für die Einrichtung eines bedarfsgerechten Pflegearrangements als attraktiv wahrgenommen und genutzt. Das zeigt sich daran, dass unter schwierigen Bedingungen – bei starker Pflegebedürftigkeit, bei Demenz und bei einem ungünstigen sozialen Umfeld – nicht nur die Angehörigen relativ stark entlastet werden, sondern in zunehmendem Maße auch „Außenseiter“ als Anbieter von Leistungen Berücksichtigung finden. Gemeint sind damit die Akteure des formellen Sektors 2: Personen, z. T. auch Unternehmen, die zwar nicht über eine pflegfachspezifischen Hintergrund verfügen, aber dennoch etwas in die Versorgung einbringen können, was von den Pflegebedürftigen und von den für sie Verantwortlichen sehr geschätzt wird.

Bedeutung des formellen Sektors 2 aus Sicht der Beteiligten

Die deutlichsten Veränderungen durch das Pflegebudget betreffen die zunehmende Bedeutung des formellen Sektors 2 an den Pflegearrangements. Gleichgültig, welches Kriterium wir berücksichtigen – ob das die Zusammensetzung der Akteure ist oder die von den

Sektoren geleistete Zeit oder die an die Sektoren fließenden Geldbeträge -: Immer wird deutlich, dass in der Programmgruppe der formelle Sektor 2 (sonstige berufliche/kommerzielle Anbieter) im Projektverlauf zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Das wird in den Einschätzungen und Kommentaren der Pflegebedürftigen und der für sie Verantwortlichen deutlich, wenn sie sich über diesen formellen Sektor 2 und seine Akteure äußern. Die Aussagen beziehen sich immer wieder auf zwei Aspekte:

1. auf die von diesem Sektor angebotenen Leistungen, die z. T. durchaus „konventionelle Pflege“ sind, aber sehr oft nur wenig an den Sachleistungskatalog erinnern, und
2. auf den Stil, in dem diese Leistungen erbracht werden.

Als Leistungen werden u. a. genannt:

- Bezahlte Leistungen der konventionellen Pflege: Abendessen richten, Mittagsversorgung, Essenszubereitung, Reinigen der Wohnung und der Wäsche, Hauswirtschaft
- Neue bezahlte Leistungen - Sicherung von Teilhabe, Würde, Wellness: Freizeitaktivitäten: (Computerspiele, Kinobesuche, Gesellschaftsspiele spielen), Begleitung beim Einkauf, gemeinsames Einkaufen, Begleitung zu Arzt- und Therapieterminen, Herrn P. beschäftigen, Spaziergehen, gemeinsame Spaziergänge, Begleitung beim Besuch von Veranstaltungen, sich mit Herrn P. unterhalten; Gesprächsführung

Für den Stil der Leistungserbringung wird Folgendes hervorgehoben: ein hohes Maß an Flexibilität sowie eine starke Ausrichtung an der Situation und am Bedarf der betreuten Personen. Erkennbar ist auch, dass hier ein neuer Bereich von Dienstleistungen entsteht, der mit wirtschaftlichen Chancen verbunden ist und keine Konkurrenz für die Pflegedienste bedeutet, sondern komplementären Charakter hat.

Ein Pflegebedürftiger äußert sich wie folgt: Er erkennt durchaus die Leistungen und die Kompetenz der Pflegedienste an. Aber er ist dennoch unzufrieden damit, weil die Leistungen an ein enges Korsett gebunden sind, an einen festen zeitlichen Rahmen, an einen genau definierten Leistungskatalog, der nur wenig Möglichkeiten lässt, seine ganz spezifischen Bedarfslagen zu berücksichtigen. Auf diese Weise sind aus seiner Sicht eine bedarfsgerechte Versorgung und ein selbstbestimmtes Leben nicht möglich. Durch das Budget haben sich für ihn ganz andere Möglichkeiten eröffnet. Er kann nun Anbieter frei wählen und diese auch bezahlen, die flexibler auf seinen Bedarf eingehen, die z. B. Spa-

ziergänge mit ihm unternehmen, die Wohnung in Ordnung halten und ihm bei Freizeitaktivitäten Gesellschaft leisten. Der ohne zusätzlichen Geldaufwand erzielte Gewinn an Lebensqualität wird als sehr hoch veranschlagt.

Eine selbstständige Dienstleistende - also eine typische Vertreterin des formellen Sektors 2 - bietet im Rahmen ihrer Tätigkeit mit großem Engagement und viel Erfolg Leistungen an, die eine wichtige Ergänzung zu den körpernahen „Verrichtungen“ sind. Durch ihre Tätigkeit trägt sie dazu bei, dass die von ihr betreuten pflegebedürftigen Menschen am sozialen Leben teilhaben können und dass ihnen mit Achtung begegnet wird. Sie ist flexibel, nicht an einen festen Terminplan und Leistungskatalog gebunden. Sie kann deshalb ausführlich auf die Situation ihrer Klienten eingehen. Sie bereitet nicht nur Mahlzeiten zu, sondern ist auch Bezugsperson und Gesprächspartnerin, begleitet die von ihr betreuten Personen bei Spaziergängen, beim Einkaufen und bei Arztgängen. Durch das Pflegebudget haben nach ihrer Einschätzung pflegebedürftige Menschen die Chance, diese Leistungen nachzufragen und auch zu bezahlen. Und nicht zu vergessen: Auch für sie, die selbstständige Dienstleisterin, bietet diese Tätigkeit ökonomische und soziale Chancen zu einer unabhängigen und individualisierten Lebensführung.

Verändertes Nachfrageverhalten - neue Leistungen

Für die Programmgruppe lässt sich ein eindeutiger Trend beobachten: Die Budgetnehmer nehmen in steigendem Maße Leistungen von „anderen Anbietern“ als Pflegediensten in Anspruch. Bemerkenswert ist aber, dass die Nachfrage nach Leistungen von Pflegediensten und/oder Kurzzeitpflege in der Programmgruppe nicht rückläufig ist. Die Budgetnehmer diversifizieren jedoch ihre Nachfrage. Zusätzlich zu den Leistungen von Pflegediensten fragen sie auch Dienste von Anbietern nach, die keine Pflegedienste sind.

Die durch das Budget geschaffenen Chancen ermöglichen eine Flexibilisierung der Nachfrage - dadurch, dass bezahlte Personen in den Versorgungsprozess eingebunden werden, die ihre Leistungen unter wenig regulierten Bedingungen anbieten.

Die „neuen Anbieter“ aus dem formellen Sektor 2 bieten neben Pflege im herkömmlichen Sinne und hauswirtschaftlichen Hilfen v. a. zwei „neue Leistungen“ an:

1. Betreuung: „Rundumbetreuung“, „Betreuung bei Demenz“ und
2. Teilhabe, Würde und Wellness.

Erst das Persönliche Budget ermöglicht es, dass eine größere Zahl von Pflegebedürftigen diese Leistungen in Anspruch nehmen kann. In die Kategorie „Teilhabe, Würde und Wellness“ fallen Tätigkeiten wie „Begleitung“, „Spaziergehen“, „Besuchen“, „Gespräche führen“. Ihr wurden Tätigkeiten zugerechnet, die darauf abzielen, der besonderen Situation eines pflegebedürftigen Menschen mit Achtung zu begegnen – ein Beispiel dafür ist „Biografiearbeit“. Dazu gehören auch Aussagen über Tätigkeiten, die erkennen lassen, dass die je spezifischen Wünsche einer pflegebedürftigen Person beachtet werden.

Die Verfügbarkeit über das Persönliche Pflegebudget ist mit Abstand der beste Prädiktor, um vorherzusagen, ob bezahlte Leistungen dieser Art nachgefragt werden.

Insgesamt

Es ist deutlich erkennbar, dass sich durch das Pflegebudget die Arrangements zur Versorgung erheblich geändert haben: Die Zahl der an der Pflege beteiligten Akteure hat zugenommen, die Pflegearrangements sind differenzierter, „bunter“ geworden, es werden Leistungen bei Anbietern nachgefragt, die unter den bisherigen Bedingungen keine große Rolle gespielt haben. Dabei schätzen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen v. a. die hohe Flexibilität der Akteure aus dem nun wichtiger gewordenen formellen Sektor 2 und die Möglichkeit, selber eine bedarfsgerechte und auf die persönliche Situation zugeschnittene Versorgung zu arrangieren. Angeregt und ermöglicht wird auch die Nachfrage nach Leistungen, die unter den Bedingungen des Sachleistungsregimes nicht bezahlt werden konnten, gleichwohl aber für das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen und für die Entlastung der Angehörigen von hohem Wert sind: Leistungen der Betreuung und Leistungen, die etwas mit „Teilhabe, Würde und Wellness“ zu tun haben.

Veränderung von Pflegearrangements unter Geldgesichtspunkten

In der Vergleichsgruppe verändern sich im Projektverlauf weder die Höhe der Geldzahlungen noch die Struktur der Ausgaben, d. h. der Umfang der Zahlungen an die vier Sektoren.

In der Programmgruppe gibt es dagegen erhebliche Veränderungen. Diese sind für die ehemaligen Sachleistungsempfänger jedoch anders als für die ehemaligen Geldleistungsbezieher.

Bei den ehemaligen Sachleistungsempfängern ändern sich die Gesamtausgaben nur wenig. Die durchschnittlichen Ausgaben liegen auch immer über den Sätzen der Pflegeversicherung, was darauf schließen lässt, dass in erheblichem Umfang Leistungen aus eigenen Mitteln finanziert werden.

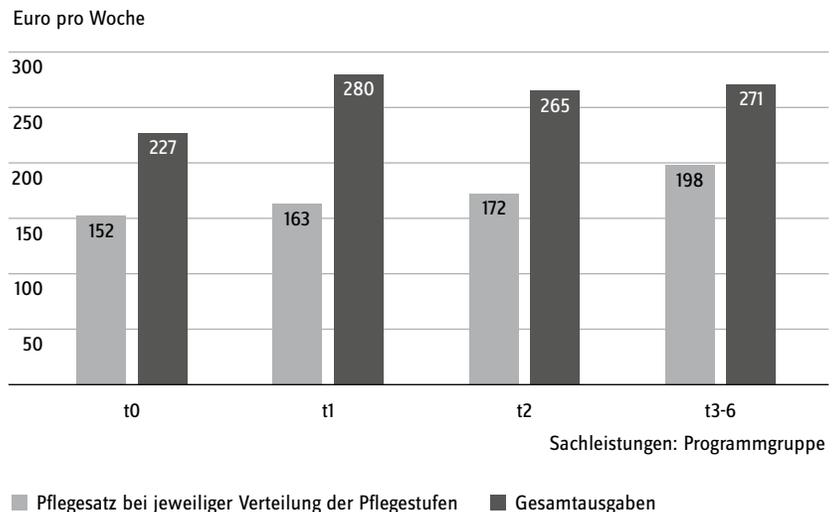


Abb. 21: Feld I a: Veränderung von Ausgaben ehemaliger Sachleistungsbezieher in der Programmgruppe

Erwartungsgemäß ist die Ausgabensteigerung der in die Programmgruppe aufgenommenen ehemaligen Geldleistungsempfänger beträchtlich. Die durchschnittlichen Ausgaben liegen bei den ehemaligen Geldleistungsempfängern aber zu allen Erhebungszeiten deutlich unter den Ausgaben der ehemaligen Sachleistungsempfänger.

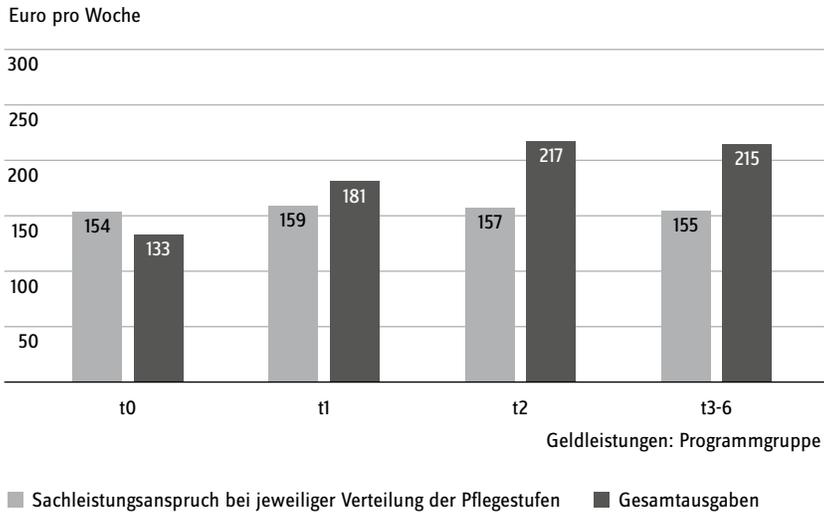


Abb. 22: Feld III a: Veränderung von Ausgaben ehemaliger Geldleistungsbezieher in der Programmgruppe - Sachleistungsanspruch

In der Programmgruppe gibt es erhebliche Veränderungen für die Struktur der Ausgaben, die bei den ehemaligen Sachleistungsempfängern auch anders sind als bei den ehemaligen Beziehern von Geldleistungen.

Auswirkungen des
Pflegebudgets auf
die Situation von
Pflegebedürftigen
und Pflegenden

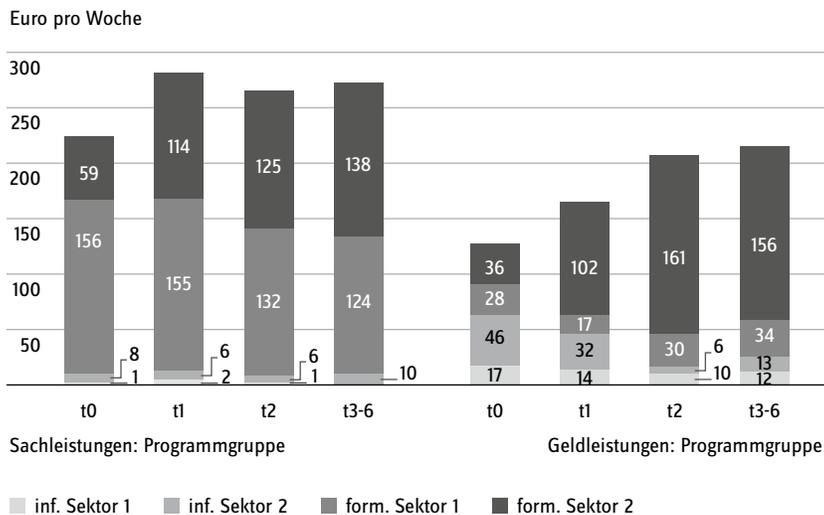


Abb. 23: Feld I und III: Veränderung der Struktur von Ausgaben ehemaliger Sach- und Geldleistungsempfänger in der Programmgruppe

Bei ehemaligen Sach- und Geldleistungsempfängern kommt es zu einer deutlichen Steigerung der Ausgaben für Leistungen von Akteuren aus dem formellen Sektor 2 (sonstige berufliche und kommerzielle Anbieter ohne pflegefachspezifische Ausbildung).

Die ehemaligen Sachleistungsempfänger verändern ihre Ausgaben für Leistungen von Pflegediensten/-fachkräften (formeller Sektor 1) praktisch nicht.

Bei den ehemaligen Geldleistungsempfängern fließen die zusätzlichen finanziellen Mittel v. a. in den formellen Sektor 2 (sonstige berufliche/kommerzielle Anbieter) und nur in geringem Umfang in den formellen Sektor 1. Die Zahlungen an informelle Helfer aus dem Bereich der Freunde, Nachbarn und Bekannten nehmen dagegen ab.

11. Veränderung der Situation der Pflegenden

In der Programmgruppe sinkt im Projektverlauf sehr deutlich die von Hauptpflegepersonen für die Pflege aufgewendete Zeit. Parallel dazu verringern sich die (subjektiv erfah-

renen) Belastungen. Vergleichbare Entwicklungen sind für die Vergleichsgruppe nicht beobachtbar.

Stunden pro Woche

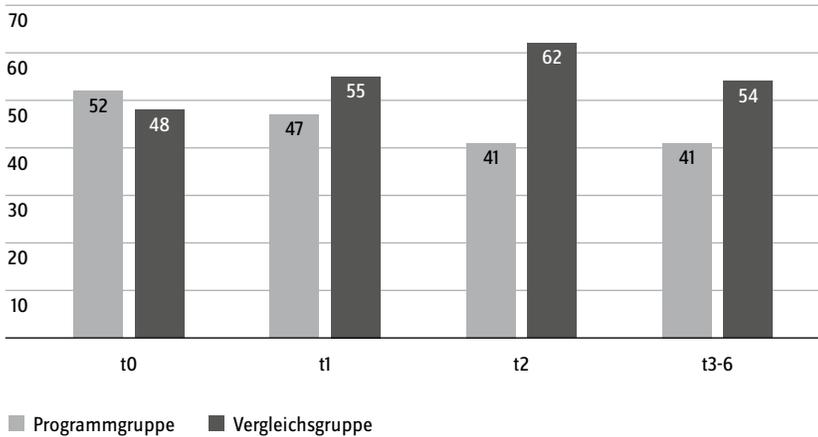


Abb. 24: Für die Pflege aufgewendete Zeit der Hauptpflegepersonen in der Programm- und Vergleichsgruppe - Programmgruppe gewichtet

Belastungswerte

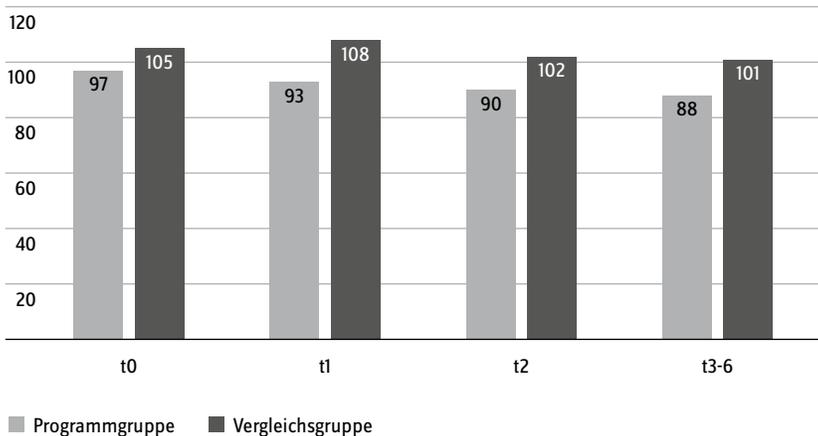


Abb. 25: Veränderung von Belastungen in der Programm- und Vergleichsgruppe - Programmgruppe gewichtet

Auswirkungen des Pflegebudgets auf die Situation von Pflegebedürftigen und Pflegenden

Besonders spürbar verringern sich die subjektiv empfundenen Belastungen bei starker Pflegebedürftigkeit und wenn die zu versorgende Person demenziell erkrankt ist.

Parallel zur Verringerung der für die Pflege aufgewendeten Zeit und der subjektiv empfundenen Belastungen steigt in der Programmgruppe die Zufriedenheit der Hauptpflegepersonen mit der Lebensqualität:

Zufriedenheit mit der Lebensqualität

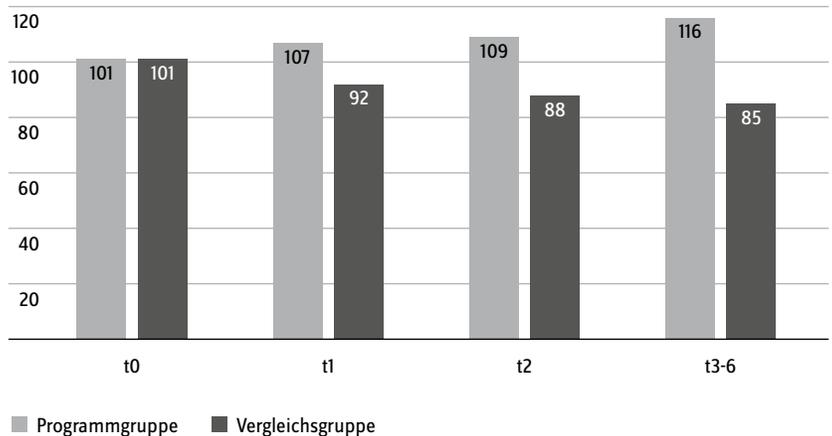


Abb. 26: Zufriedenheit mit der Lebensqualität - Veränderungen in der Programm- und Vergleichsgruppe - Programmgruppe gewichtet

12. Kann das Pflegebudget eine stationäre Versorgung verhindern oder verzögern?

Diese Frage lässt sich durch die Begleitforschung nicht eindeutig beantworten. Insgesamt ist die Zahl der bekannt gewordenen Übergänge von einer häuslichen in eine stationäre Versorgung mit 11% (von 706 erstbefragten Pflegebedürftigen) zu gering, um zu sicheren Schlüssen zu kommen.

Eine Ereignisanalyse gibt immerhin Hinweise darauf, dass unter schwierigen Bedingungen - bei starker Pflegebedürftigkeit und bei einem für die häusliche Versorgung ungünstigen Umfeld - die Wahrscheinlichkeit für einen Verbleib in der häuslichen Versorgung bei Bud-

getnehmern signifikant größer ist als in der Vergleichsgruppe. Über die Programm- und Vergleichsgruppe insgesamt kann ein solches Ergebnis jedoch nicht berichtet werden.

Für die Annahme einer längeren Verweildauer in der häuslichen Versorgung unter den Bedingungen des Pflegebudgets spricht Folgendes:

1. Wenn Belastungen der pflegenden Angehörigen eine Rolle dabei spielen, ob eine häusliche Versorgung fortgesetzt wird oder nicht, dann kann damit gerechnet werden, dass durch das Pflegebudget die Chancen für eine häusliche Versorgung steigen.
2. Ein weiterer Punkt spricht dafür, dass der Übergang in eine stationäre Versorgung unter den Bedingungen des Pflegebudgets seltener vorkommt bzw. der Zeitpunkt weiter hinausgeschoben wird. Das ist die spürbar und nachweislich gesteigerte Qualität der Pflege - eine Qualitätssteigerung in dem Sinne, dass Leistungen flexibler und bedarfsgerechter nachgefragt und auch bezahlt werden können.

Erkenntnisse aus den Sondererhebungen

1. „Vorfeldbefragungen“ (Anlage I)

Die Vorfeldbefragung wurde zusätzlich zur eigentlichen Budgeterhebung durchgeführt, um Informationen über die Zugangswege zum Pflegebudget und über die Entscheidungsgründe der Interessenten für bzw. gegen eine Teilnahme am Modellprojekt zu erhalten. Für die Auswertung konnten Informationen über 1.971 am Budget Interessierte berücksichtigt werden: 1.693 Vorfeld-Fragebögen und 278 in den Excel-Tabellen der Case Manager dokumentierte Fälle.

Berechtigung zur Teilnahme und Teilnahmebereitschaft

Von den 1.971 Interessierten waren rund 30% aus verschiedenen Gründen nicht teilnahmeberechtigt: Empfänger von Geldleistungen bzw. Kombileistungen mit zu hohem Geldleistungsanteil, wohnt nicht im Einzugsgebiet, keine Pflegestufe, privat versichert. Von den Teilnahmeberechtigten (n = 1.350) wollten 65% das Pflegebudget in Anspruch nehmen, 35% hatten kein Interesse an einer Teilnahme (berechtigte Nichtteilnehmer).

Teilnehmer: Gründe für die Entscheidung zum Budget

Die Gründe der Teilnehmer für die Inanspruchnahme des Budgets werden ausführlich im Schlussbericht dargestellt (Teil I, Kapitel 3). Für nahezu alle (98%) sind die mit dem Bud-

get verbundene Möglichkeit zur Flexibilisierung der Leistungserbringung und die Individualisierung der Versorgung ein entscheidender Grund. Rund 60% heben die durch das Case Management gewährleistete Beratung hervor.

„Berechtigte Nichtteilnehmer“: Gründe dafür, dass das Budget nicht in Anspruch genommen wird

Die „berechtigten Nichtteilnehmer“ (n = 475) haben ihre Nichtteilnahme wie folgt begründet: Am häufigsten wurden wirtschaftliche Gründe genannt: Bezahlung von Angehörigen ist mit dem Budget nicht möglich - Rentenansprüche der Angehörigen verringern sich (65%). An zweiter Stelle steht die Zufriedenheit mit der aktuellen Versorgungssituation (25%). Einen hohen Aufwand zur Sicherung der Versorgung befürchteten 13%. Der vierthäufigste Grund ist, dass man nicht möchte, dass sich jemand in die Pflegeplanung einmischt (12%). Die Befürchtung, dass man nicht in das Budgetprogramm aufgenommen wird, spielt mit nur 7% der Nennungen eine relativ geringe Rolle.

Im Hinblick auf die erfassten Merkmale unterscheiden sich die Projektteilnehmer nur wenig von den berechtigten Nichtteilnehmern. Lediglich die Pflegestufe I ist bei den Teilnehmern etwas stärker vertreten als bei berechtigten Nichtteilnehmern. Unter den Interessenten für das Pflegebudget, die sich gegen eine Teilnahme entscheiden, befinden sich deutlich mehr Geldleistungsnehmer als bei den Teilnehmern am Modellprojekt.

Wege zum Budget: Rekrutierung und Informationsquellen

Die Zugangswege zum Budget sind in den Standorten sehr unterschiedlich (vgl. dazu den Bericht, Anlage I). Insgesamt, d. h. für alle Standorte, lässt sich Folgendes feststellen: Die wichtigsten Informationsquellen für das Pflegebudget sind das Anschreiben der Pflegekasse (26% der Nennungen) und die Beratung durch die Case Manager (24%). Auch den Medien kommt bei der Rekrutierung von Projektteilnehmern große Bedeutung zu (21%), ebenso wie der Beratung von potenziellen Teilnehmern über die Mitarbeiter von Pflegediensten (18%). Über „sonstige Beratungsstellen“ wurden 10% der Interessenten informiert. Mit 5% bis 10% der Nennungen haben die folgenden Zugangswege eine eher geringe Bedeutung: Freunde und Bekannte, Pflegekassen, Krankenhaus. Sehr gering als Informationsquelle bzw. Rekrutierungsweg ist die Bedeutung von Hausärzten, Internet, Zeitschriften der Pflegekassen, Selbsthilfegruppen und ehrenamtlich Engagierten (jeweils weniger als 5% der Nennungen). Die Ergebnisse verdeutlichen, wie wichtig die aktive Un-

terstützung der Pflegekassen, die Arbeit des Pflegebudgetbüros bzw. der Case Manager, die Informationen durch verschiedene Medien und die Mitarbeit der Pflegedienste für die Gewinnung der Teilnehmer war.

2. Annaberg-/Unna-Studie (Anlage II)

Die Annaberg-/Unna-Studien in zwei repräsentativen Stichproben mit $n = 475$ und $n = 530$ für die Altersgruppe der 40- bis 65-Jährigen sollten u. a. Erkenntnisse darüber erbringen, mit welchem Interesse für das Persönliche Pflegebudget in diesen „pflegenahen“ Altersjährgängen zu rechnen ist. Da das Pflegebudget zum Erhebungszeitpunkt zu wenig bekannt war, wurden zu dieser Frage in einer indirekten Weise Informationen erhoben, und zwar zu den Themen:

- Leistungserbringung,
- Organisation der Pflege und
- Abwicklung der Bezahlung.

Die Frage, wie stark das Interesse an dem Persönlichen Pflegebudget mit integriertem Case Management in den „pflegenahen“ Jahrgängen ist, kann nicht abschließend beantwortet werden. Als begründbarer Eindruck lässt sich aber festhalten:

1. Wenn es um die Art der Bezahlung geht, wäre die überwiegende Mehrheit der 40- bis 65-Jährigen mit einer Regelung im Sinne des Pflegebudgets einverstanden: Abwicklung der Bezahlung nicht über die Pflegekassen, sondern in eigener Regie. Wenn bewertet werden soll, ob das auch so erfolgen soll, dass sichergestellt ist, dass die Geldbeträge nur für die Bezahlung von Versorgungsleistungen verwendet werden, ist die Zustimmung schon merklich geringer.
2. Unter dem Gesichtspunkt der Leistungserbringung könnten sich immerhin 32% der 40- bis 65-Jährigen vorstellen, dass sie selber bei kommerziellen Unternehmen - also auf dem Markt - Leistungen nachfragen, und sogar für 40% kämen Leistungen von Privatpersonen gegen Bezahlung „auf jeden Fall“ infrage. Beide Varianten - Firmen und bezahlte Privatpersonen - sind Möglichkeiten, die durch das Persönliche Pflegebudget eröffnet werden, und wir könnten vorsichtig mit einer Akzeptanzquote rechnen, die zwischen 30% und 40% liegt. Diese neuen Möglichkeiten werden in Unna eindeutig positiv bewertet und genießen ein hohes Maß an Akzeptanz. In Annaberg dagegen ist man skeptisch, sogar ablehnend, und vertraut sehr viel stärker auf die traditionellen

Formen der Leistungserbringung durch Pflegedienste und unbezahlte Angehörige. Wir vermuten, das hat etwas damit zu tun, dass hier ein Faktor „Alte versus Neue Bundesländer“ wirksam ist. Die Befragten in Unna haben eine geringere Scheu gegenüber Lösungen, bei denen in stärkerem Maße marktmäßige Formen der Nachfrage und des Angebots eine Rolle spielen. Erklärbar ist dieser Unterschied sicher aus den verschiedenen in der Vergangenheit wirksamen Traditionen des gesellschaftlichen Zusammenlebens.

3. Auch bei der Pflegeorganisation ist ein überraschend hohes Maß an Akzeptanz gegenüber neuen Formen beobachtbar. Für 30% bis 40% der 40- bis 65-jährigen käme eine Pflegeorganisation durch Beratungsstellen „auf jeden Fall“ in Frage. Das bedeutet nicht, dass die traditionellen Formen nicht akzeptiert werden, aber von einem nicht unerheblichen Anteil der Befragten werden alternative Möglichkeiten als gleichwertig betrachtet. Auch hier sind die Unterschiede zwischen den beiden Landkreisen beachtlich. Während im Landkreis Annaberg negative Einstellungen gegenüber der Pflegeorganisation durch Beratungsstellen deutlich überwiegen, ist das in Unna grundlegend anders.

Die Annaberg-/Unna-Studien haben eine Reihe weiterer Erkenntnisse erbracht, die aber nicht unmittelbar für eine Bewertung des Pflegebudgets bedeutsam sind. Dazu zählen u. a.:

- Klare Belege dafür, dass „pflegekulturelle Orientierungen“ sozialstrukturell verankert sind: Die Bereitschaft zur häuslichen Versorgung eines nahen Angehörigen ist am stärksten im „traditionsbewussten Unterschichtmilieu“ ausgeprägt und am geringsten im „liberal-bürgerlichen Milieu“.
- Deutliche Anzeichen dafür, dass Formen des zivilgesellschaftlichen Engagements ziemlich genau umgekehrt verteilt sind: am stärksten ausgeprägt im „liberal-bürgerlichen Milieu“ und am wenigsten stark im „traditionsbewussten Unterschichtmilieu“.

Abschließender Kommentar

Für die soziologische Begleitforschung stand die Frage im Vordergrund, wie sich die Einführung eines Persönlichen Pflegebudgets auf Pflegearrangements und auf die Situation der Pflegenden auswirkt.

Situation der Pflegebedürftigen und Pflegenden

Als Vorarbeit zu der Frage nach den Effekten des Pflegebudgets wurde auf der Basis der Ersterhebungen bei den pflegebedürftigen Personen und bei den Hauptpflegepersonen ausführlich untersucht, wie Pflegearrangements strukturiert sind und wie sich diese Strukturierung erklären lässt (Teil II). Zur Beschreibung wurde ein Akteur-Sektoren-Modell entwickelt. Arrangements wurden durch die Zahl und Zusammensetzung der Helfer aus verschiedenen Sektoren, durch die von Sektoren geleistete Zeit und durch die an die Sektoren geleisteten Zahlungen beschrieben. Zur Erklärung wurde das Modell „Bedarf und Chancen“ vorgeschlagen und auf seine Stimmigkeit überprüft. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse sind von allgemeinem pflegewissenschaftlichen Interesse und fanden Eingang in die Untersuchung der Effekte des Persönlichen Pflegebudgets. Als Hauptergebnis dieser Analysen lässt sich festhalten, dass Pflegearrangements nicht nur vom Bedarf, also von einer „Sachlogik“ bestimmt sind, sondern auch von einer „sozialen Logik“. Pflegearrangements variieren auch mit dem sozialen Umfeld, mit den Chancen und Restriktionen, die sich durch das Unterstützungsnetzwerk, durch die Milieuzugehörigkeit der Hauptpflegeperson und durch raumstrukturelle Bedingungen ergeben. Dabei zeichnet sich eine Art Umkehr von sozialen Privilegien und Benachteiligungen ab. Privilegiert in dem Sinne, dass im Falle von Pflegebedürftigkeit eine häusliche Versorgung möglich ist, sind nun eher diejenigen, die ansonsten in unserer Gesellschaft weniger begünstigt und weniger dem gesellschaftlichen Modernisierungsprozess angepasst sind.

Auswirkungen des
Pflegebudgets auf
die Situation von
Pflegebedürftigen
und Pflegenden

Effekte des Persönlichen Pflegebudgets

Die Auswirkungen des Persönlichen Pflegebudgets auf die Struktur von Pflegearrangements wurde unter verschiedenen Gesichtspunkten ausführlich in Teil III beschrieben. Die wesentlichen Effekte lassen sich in Stichworten wie folgt beschreiben:

1. Durch das Pflegebudget ist die Zahl der an der Versorgung beteiligten Helfer deutlich gestiegen.
2. Die Zusammensetzung der am Pflegearrangement beteiligten Helfer ist differenzierter, vielfältiger, gemischerter geworden. Das hat Auswirkungen auf die Tragfähigkeit von Versorgungsarrangements, die nun einem „welfare mix“ sehr viel näherkommen, als das unter den Bedingungen der konventionellen Leistungsarten im Durchschnitt möglich ist.



Auswirkungen des Pflegebudgets auf die Situation von Pflegebedürftigen und Pflegenden

3. Die Angehörigen ziehen sich auch keineswegs aus ihrer Verantwortlichkeit zurück. Sie werden jedoch entlastet. Besonders unter „schwierigen Bedingungen“ - bei starker Pflegebedürftigkeit und bei Demenz - reduziert sich die von Angehörigen (informeller Sektor 1) geleistete Zeit spürbar.
4. Auch die von Pflegediensten und Pflegefachkräften geleistete Hilfe verringert sich nicht. Allerdings verlieren die Pflegedienste ihre monopolartige Stellung als Anbieter von Leistungen.
5. Durch das Pflegebudget können bezahlte Leistungen von „neuen Anbietern“ nachgefragt werden. Das sind Personen, aber auch Unternehmen, die wir dem formellen Sektor 2 zugerechnet haben.
6. Dabei handelt es sich um Leistungen, die von den Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen sehr geschätzt werden. Sie können nun bezahlte Leistungen nachfragen, die im Sachleistungskatalog nicht vorgesehen, gleichwohl aber von großer Bedeutung für die Qualität der Pflege sind: Leistungen der Betreuung und Leistungen, die wir der Kategorie „Teilhabe, Würde und Wellness“ zugeordnet haben.
7. Als Qualitätssteigerung ist auch zu werten, dass durch das Pflegebudget nun die Möglichkeit besteht, Leistungen in einer sehr viel flexibleren und individualisierteren Weise in Anspruch zu nehmen, als das unter den Bedingungen der Sachleistungen möglich war. Durch das begleitende Case Management ist sichergestellt, dass damit keine Qualitätseinbußen verbunden sind.
8. Besonders unter schwierigen Bedingungen werden diese neuen Möglichkeiten genutzt: bei starker Pflegebedürftigkeit, bei Demenz und wenn das soziale Umfeld für eine häusliche Versorgung eher ungünstig ist.
9. Die Hauptpflegepersonen berichten im Projektverlauf über eine zunehmende Entlastung, und verbunden damit steigt auch ihre Zufriedenheit mit der Lebensqualität beträchtlich.
10. Ob durch die Einführung des Persönlichen Pflegebudgets die Verzögerung oder Verhinderung einer stationären Versorgung möglich ist, kann durch die Begleitforschung nicht mit Sicherheit beantwortet werden. Die mit der Veränderung von Pflegearrangements verbundene Qualitätssteigerung und die Entlastung von pflegenden Angehörigen sprechen für die Annahme, dass eine solche Entwicklung sehr wahrscheinlich ist.

Mit welcher Inanspruchnahmequote kann für das Persönliche Pflegebudget gerechnet werden?

Auf diese Frage gibt es nur sehr spekulative Antworten. Die Sondererhebungen in den Landkreisen Unna und Annaberg haben gezeigt, dass sich rund 25% bis 30% der jetzt 40- bis 65-Jährigen vorstellen können, ein Persönliches Budget anstelle von Sach- oder Geldleistungen in Anspruch zu nehmen. In der „Vorfeldbefragung“ zur Begleitforschung waren von den über das Budget Informierten und zur Teilnahme Berechtigten rund 65% daran interessiert, das Budget auch zu erhalten. Dieser Anteil ist als Schätzwert für die Quote derjenigen, für die das Budget in Frage kommt, sicher zu hoch, denn der Anteil der Sach- und Kombileistungsbezieher war bei den Informierten deutlich höher als in der Grundgesamtheit der häuslich versorgten Pflegebedürftigen. Bei den Nichtinteressierten war ein häufig geäußertes Grund, dass man beim Persönlichen Budget nicht mehr Angehörige für ihre Leistungen bezahlen kann bzw. dass sich bei diesen dann die Rentenansprüche nicht mehr steigern lassen. Das verweist auf ein dauerhaftes Motiv, nicht das Persönliche Budget in Anspruch zu nehmen: Ein für die häusliche Versorgung günstiges soziales Umfeld mit Angehörigen, die Pflegeverpflichtungen übernehmen wollen und können und denen man auch finanzielle Gratifikationen zukommen lassen möchte bzw. die selber an solchen Zuwendungen interessiert sind. Aus den Analysen zur Begleitforschung ergaben sich auch Anhaltspunkte dafür, dass Pflegebedürftige mit einem für die häusliche Versorgung ungünstigen Umfeld stärker am Persönlichen Budget interessiert sind als Pflegebedürftige mit einem günstigen Umfeld. Der Anteil der häuslich Versorgten mit einem eher günstigen sozialen Umfeld dürfte in der Grundgesamtheit zwischen 50% und 60% liegen.

Von welchen Quoten für das Persönliche Budget kann man ausgehen? Realistischerweise kann man annehmen, dass nahezu alle derzeitigen Sachleistungsempfänger (rund 12% der häuslich Versorgten) am Budget interessiert sein könnten. Vermutlich wären auch ein größerer Anteil der Bezieher von Kombileistungen (rund 15% der häuslich Versorgten) für das Budget zu gewinnen und ein vermutlich deutlich geringerer Anteil der Geldleistungsempfänger. Damit kämen wir auf eine Quote, die bei 20% bis 25% der häuslich versorgten Pflegebedürftigen liegen könnte.

Nun ist das aber eine sehr „statische“ Betrachtung:

1. Wir wissen nicht, wie das Budget eingeschätzt wird, wenn bekannt wird, welche positiven Chancen es bietet. Dieser Bericht könnte – im Sinne einer „self-fulfilling prophecy“ – dazu beitragen, dass diese Chancen bekannt werden.
2. Wir können nicht vorhersagen, welche Veränderungen aufgrund einer Einführung des Budgets in den Leistungskatalog auf der Angebotsseite eintreten werden. Wenn es neue Angebote gibt – gerade im Bereich des formellen Sektors 2, aber auch bei den Pflegediensten –, die eine individualisierte und flexible Versorgung ermöglichen, würde das sicher auch die Nachfrage danach und damit das Interesse am Budget steigern.
3. Wir müssen damit rechnen, dass sich durch den demografischen und sozialen Wandel die Versorgungsbedingungen für pflegebedürftige Menschen grundlegend ändern werden (vgl. dazu Anlage III). Eine dieser Änderungen wird sein, dass der Anteil von Pflegebedürftigen, die über ein für die häusliche Versorgung günstiges Umfeld verfügen, deutlich abnehmen wird. Damit könnte aber das Interesse an der Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets erheblich zunehmen. Das ergibt sich auch schon deshalb, weil in dem Maße, in dem das soziale Umfeld für eine häusliche Versorgung im Durchschnitt schlechter wird, wir mit einer deutlichen Zunahme des Anteils der Leistungsart Sachleistungen rechnen müssen – eine Entwicklung, die jetzt bereits beobachtbar ist. Mit welchen Quoten für das Budget wäre also zu rechnen, wenn diese Möglichkeit als Alternative zu den Sachleistungen in den Leistungskatalog aufgenommen wird? Kurzfristig, also für die nächsten zwei bis fünf Jahre, könnte der Anteil bei 25% der häuslich Versorgten liegen. Mittelfristig – fünf bis zehn Jahre – wäre mit einer deutlich höheren Quote zu rechnen, die vielleicht bei 40% bis 50% liegen könnte. Diese höheren Quoten müssen jedoch nicht bedeuten, dass auch die Zahl der Budgetnehmer entsprechend zunimmt. Denn nicht berücksichtigt ist dabei, dass die Zahl der häuslich Versorgten zugunsten der Zahl der stationär Versorgten deutlich abnehmen könnte (vgl. Anlage III) – es sei denn, durch die Einführung des Persönlichen Pflegebudgets wird dieser erwartbare „Heimsog“ abgemildert, was einerseits zu hoffen wäre und was auch nicht unwahrscheinlich ist, was aber andererseits nicht mit Sicherheit vorhersagbar ist.

Evaluation eines personengebundenen Pflegebudgets in der ambulanten Altenhilfe

1. Einleitung - Ziele der wissenschaftlichen Begleitforschung durch das ZEW

Der zentrale Forschungsgegenstand der wissenschaftlichen Begleitforschung zum personen- gebundenen Pflegebudget durch das ZEW sind dessen ökonomische Wirkungen. Dies ist insbesondere das mit der Höhe der Leistungen erzielte Versorgungs- bzw. Nutzenniveau für die Menschen mit Pflegebedarf, um die Kosteneffizienz einer Leistungsform Pflegebudget im Vergleich zu den bestehenden Regelleistungen aus der Sicht der Pflegekassen abzuschätzen.

Grundlage der wissenschaftlichen Evaluation des Pflegebudgets ist die Anlage des Modellprojekts als soziales Experiment. Die Teilnehmer des Modellprojekts werden zufällig in eine Programmgruppe von Budgetbeziehern und eine Vergleichsgruppe von Beziehern der Regelleistungen eingeteilt. Dies ermöglicht unter geeigneten Annahmen die Identifikation des kausalen Effekts des Pflegebudgets durch einen Vergleich der Pflege- und Lebenssituation beider Gruppen. Die Untersuchung dieser zentralen Größen in der wissenschaftlichen Begleitforschung des ZEW erfolgt in erster Linie mit Informationen, die im Rahmen der laufenden halbjährlichen Panelerhebung bei den Teilnehmern erfragt werden. Zusätzlich wurde eine ergänzende Erhebung am Standort Neuwied durchgeführt. Diese Zusatzerhebung bot insbesondere die Möglichkeit, die ökonomischen Effekte des Pflegebudgets hinsichtlich der Ausgabenstruktur detaillierter als bislang zu erfassen. Die zu Beginn des Modellprojekts zunächst geplante Erhebung der Ausgabenstruktur mittels der Auswertung von Quittungen erwies sich hingegen als nicht praktikabel. Dies war u. a. der Fall, weil nicht von einer vergleichbaren und qualitativ ausreichenden Dokumentation der erhaltenen Leistungen aufseiten der Programm- und Vergleichsgruppe ausgegangen werden konnte. Die Zusatzerhebung wurde daher in Absprache mit dem Auftraggeber und der Projektleitung Ende 2005 vereinbart, um auf diesem Wege vertiefte Einblicke in die Ausgabenstruktur und die ökonomischen Fragestellungen zu erhalten.

Die ökonomischen Wirkungsanalysen erfolgen auf Basis dieser beiden Erhebungen. Zur Beantwortung der zentralen Frage, ob das personenbezogene Pflegebudget zu einer verbesserten und damit kosteneffizienteren ambulanten Versorgung von Pflegebedürftigen im Vergleich zu Sachleistungen führen kann, werden drei grundlegende Ausprägungen einer kosteneffizienteren Versorgung näher untersucht:

1. Zeitumfang in Form einer zeitlichen Ausdehnung der Versorgung,
2. Bedarfsorientierung in Form einer Verbesserung der Qualität und des Spektrums der erbrachten Leistungen und
3. Kosten in Form einer Reduzierung der Preise für die einzelnen Leistungen.

Die Verbesserung des Versorgungsniveaus sollte zudem zu einer erhöhten Zufriedenheit des Pflegebedürftigen mit der Pflege- und Lebenssituation beitragen. Auch dieser Aspekt wird im Rahmen dieses Berichts kurz beleuchtet. Nicht nur für die Pflegebedürftigen, sondern auch für die Hauptpflegepersonen kann das personenbezogene Pflegebudget zu einer Entlastung führen. Dies kann zum einen zu einem verbesserten Wohlbefinden und einer verbesserten Gesundheit, zum anderen aber auch zu einer höheren Arbeitsmarktpartizipation beitragen. Auch diese Aspekte werden auf der Grundlage der Befragungen untersucht.

Weiterhin beschäftigen sich die ökonomischen Wirkungsanalysen mit den Rahmenbedingungen einer erfolgreichen Umsetzung des personenbezogenen Pflegebudgets. Zentraler Gegenstand der Untersuchung ist dabei die Einschätzung der Konsumentensouveränität der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen und der Art und Weise, wie sie ihre Marktmacht nutzen, um ein bedarfsgerechtes Pflegearrangement am Markt durchzusetzen. Die Bedeutung des Case Managements für die Organisation der Pflege, der mit dem Pflegebudget verbundene Organisationsaufwand für Pflegebedürftige und Angehörige und die damit einhergehende Belastung werden ebenfalls berücksichtigt.

Zwar ist das Pflegebudget v. a. als Alternative bzw. Ergänzung zu den Sachleistungen der SPV angedacht. Dennoch ist es aus der Sicht der ökonomischen Begleitforschung relevant, die Effekte des Pflegebudgets nicht nur im Vergleich zu den Sachleistungen sondern auch im Vergleich zum Pflegegeld zu betrachten. Denn im Rahmen des Modellprojekts wurde das Pflegebudget an zwei Standorten so erprobt, als würde das Pflegebudget als zusätzliche Regelleistung eingeführt und stünde auch bisherigen Pflegegeldempfängern offen. Tatsächlich zeigte sich im Modellprojekt, dass Pflegegeldbezieher zumindest teilweise in das höher dotierte Pflegebudget wechseln. Für diese Wechsler ist es aufgrund der verdoppelten Leistungshöhe unwahrscheinlich, dass eine Kosteneffizienz erreicht werden kann. Es ist jedoch eine offene empirische Frage, der die ökonomische Begleitforschung ebenfalls nachgeht, wie sich der Wechsel vom Pflegegeld in das Pflegebudget konkret auf die Pflegearrangements auswirkt und ob und in welchem Maße das höher dotierte Pflegebudget dazu eingesetzt wird, das Versorgungsniveau der Pflegebedürftigen anzuheben. Die Wirkungsanalysen des ZEW untersuchen daher auch die Effekte des Pflegebudgets aus der Perspektive ehemaliger Pflegegeldbezieher.

Die Abschätzung der aus der Sicht der sozialen Pflegeversicherung zu erwartenden Kosten im Falle einer Einführung des Pflegebudgets als zusätzlicher Regelleistung ist neben den ökonomischen Wirkungsanalysen der zweite Schwerpunkt der wissenschaftlichen Begleitforschung durch das ZEW. Die auf Basis der Modellprojektergebnisse gestützte Abschätzung der aus der Sicht der SPV zu erwartenden Kosten im Falle einer Einführung des Pflegebudgets als zusätzlicher Regelleistung gibt einen wertvollen Hinweis auf die Finanzierbarkeit einer solchen Einführung im Rahmen eines ansonsten unveränderten Leistungsrechts. Die Kostenanalyse bildet somit eine Diskussionsgrundlage dafür, ob die Einführung eines Pflegebudgets gegebenenfalls weitere Änderungen des Leistungsrechts notwendig macht.

Der Hauptbericht des ZEW gliedert sich in acht Teile. Nach einer Diskussion der theoretisch zu erwartenden Wirkungen des Pflegebudgets im Vergleich zu den bestehenden Regelleistungen in Teil 2 erläutert Teil 3 die Umsetzung des Modellprojekts als soziales Experiment an sieben Modellstandorten. Teil 4 stellt die Panelerhebung als Datengrundlage der ökonomischen Wirkungsanalyse vor und diskutiert wichtige Aspekte der Datenaufbereitung. Teil 5 erläutert zunächst die methodische Vorgehensweise zur Bestimmung des kausalen Effekts des Pflegebudgets und widmet sich dann den ökonomischen Wirkungsanalysen hinsichtlich der o. g. möglichen Veränderungen der Pflege- und Lebenssituation. Hierbei werden sowohl die Pflegebedürftigen als auch die Hauptpflegepersonen betrachtet. Die Rahmenbedingungen einer erfolgreichen Umsetzung des Pflegebudgets werden in Teil 6 auf Basis der Zusatzerhebung am Standort Neuwied untersucht. Die entsprechende Datengrundlage wird daher zu Beginn dieses Abschnitts ausführlich vorgestellt. Die Kostenanalyse für den Fall einer bundesweiten Einführung des Pflegebudgets als Regelleistung schließt sich in Teil 7 an. Der Bericht endet mit einer Schlussbetrachtung und einem Ausblick. Im Folgenden werden die wesentlichen Arbeitsschritte und Ergebnisse der Begleitforschung durch das ZEW anhand der Gliederung des Hauptberichts vorgestellt.

2. Die theoretischen Wirkungen des Pflegebudgets

90

Die theoretischen Wirkungen des Pflegebudgets

Im bisherigen System der Regelleistungen bezogen 2005 knapp 68% der ambulant Versorgten Pflegegeld, 17% Sachleistungen und 15% Kombinationsleistungen. Unter der Annahme, dass diese Zahlen die jeweils nutzenoptimale Wahl der Pflegehaushalte widerspiegeln, lassen sich wichtige Implikationen über die Bedürfnisse der ambulant Versorgten ableiten. So ist ein großer Teil der Pflegebedürftigen bereit, ein niedrigeres Leistungsniveau in Kauf zu nehmen, um die Leistungen frei und an individuellen Bedürfnissen orientiert verwenden zu können. Das Angebot der Sachleistungen ist daher für die Mehrheit trotz des höheren Leistungsumfangs keine reale Alternative. Nur knapp ein Fünftel der ambulant versorgten Pflegebedürftigen wählt die reine Sachleistung. Für fast genauso viele Pflegebedürftige ist hingegen die Wahl einer Kombinationsleistung optimal.

Was würde vor diesem Hintergrund die Einführung eines personenbezogenen Budgets als weitere Regelleistung bedeuten? Der theoretische Vergleich des Pflegebudgets mit den alternativen Regelleistungen zeigt, dass die Ursachen einer verbesserten Versorgungssituation je nach Regelleistung differieren. So liegen die Ursachen einer Verbesserung im Falle der Sachleistung in der Erweiterung des Leistungs- und Anbieterspektrums sowie im unterstützenden Case Management. Im Gegensatz dazu verbessert das Pflegebudget gegenüber dem Pflegegeld die Versorgungssituation v. a. durch eine starke finanzielle Leistungsausdehnung, während das zulässige Leistungs- und Anbieterspektrum gegenüber dem Pflegegeld eingeschränkt wird. Zusätzlich kann auch in diesem Fall die Unterstützung des Fallmanagers zu einer Verbesserung der Versorgungssituation beitragen. Kosteneffizienzgewinne durch das Pflegebudget sind im Vergleich zur Sachleistung somit aufgrund der Erweiterung des Leistungs- und Anbieterspektrums und aufgrund des Case Managements möglich, während im Vergleich zum Pflegegeld Kosteneffizienzgewinne nur durch das Case Management möglich sind. Dem stehen aber die deutliche Leistungsausdehnung und der bestehende Ausschöpfungszwang entgegen.

Je nachdem, welche Regelleistung der Budgetbezieher vor dem Wechsel in das Pflegebudget bezogen hat, ist daher mit unterschiedlichen Wirkungen zu rechnen. Das Pflegebudget ist somit eine heterogene Maßnahme, deren Wirkung von der vorherigen Regelleistung des Pflegebedürftigen abhängt. Um diese Heterogenität der Wirkungen entsprechend zu würdigen, müssen die beobachteten Effekte in Abhängigkeit von der vorhergehenden Regelleistung interpretiert werden. Dies bedeutet auch, dass bei einer Betrachtung der Wir-

kungsweise des Budgets unabhängig von der vorher bezogenen Leistungsform stets die unterschiedlichen Wirkungskanäle des Budgets:

- Veränderung des Leistungs- und Anbieterspektrums,
- Leistungsausdehnung und
- Case Management

miteinander vermischt werden. Wirkungsanalysen müssen daher in Abhängigkeit von der vorherigen Regelleistung der Pflegebudgetbezieher nach Möglichkeit getrennt durchgeführt werden, um die heterogenen Wirkungen des Pflegebudgets geeignet zu erfassen und adäquat zu interpretieren.

Die Wirkung des Pflegebudgets im Vergleich zu den Regelleistungen ist auch heterogen im Hinblick auf die verursachten Kosten eines Wechsels in das Pflegebudget. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das zum 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist, werden u.a. Pflegestützpunkte eingerichtet, die eine flächendeckende Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen im Sinne eines Case Managements vorsehen. Falls dies ausreicht, um ein umfassendes Case Management im Sinne des Pflegebudgets zu gewährleisten, entfallen somit weitere Mehrkosten für die Bereitstellung des Case Managements. Die Kostenneutralität des Pflegebudgets im Vergleich zu Sachleistungen wäre somit gewährleistet. Sollten dennoch zusätzliche Kosten durch ein z. B. intensiveres Case Management anfallen, ist eine Kostenneutralität des Pflegebudgets gegenüber der Sachleistung aus Sicht der sozialen Pflegeversicherung nur gewährleistet, wenn die verbesserte Versorgungssituation auch zu einem längeren Verbleib in der kostengünstigeren ambulanten Versorgung führt. Diese notwendige Reduktion des sogenannten Heimsogs muss aufgrund der zusätzlichen Kosten für die früheren Pflegegeldbezieher deutlich stärker ausfallen als für die früheren Sachleistungsempfänger. Die Kostenneutralität des Pflegebudgets gegenüber dem Pflegegeld ist somit unwahrscheinlicher als die Kostenneutralität des Pflegebudgets gegenüber der Sachleistung.

Tabelle 2 fasst die zu erwartenden Effekte auf das Versorgungsniveau, die Kosteneffizienz und Kostenneutralität im Vergleich zur Sachleistung und zum Pflegegeld abschließend zusammen. Die zu erwartenden Wirkungen einer Kombinationsleistung aus Sachleistung und Pflegegeld setzen sich je nach Gewichtung der Leistungsformen aus den je nach Form zu erwartenden Wirkungen zusammen.

Die theoretischen
Wirkungen des
Pflegebudgets

Wirkung des PB im Vergleich zu	Individuelle Perspektive		Kassenperspektive
	Kosteneffizienz	Verbesserte Versorgung	Kostenneutralität ¹
Pflegegeld	Eventuell, wenn durch das Case Management bedarfsgerechtere und kostengünstigere Leistungen eingekauft werden.	Ja, durch die starke Leistungsausdehnung	Nein, da Mehrkosten durch Leistungsausdehnung (und evtl. CM und Gemeinkosten) kaum durch einen längeren Verbleib in der ambulanten Versorgung kompensiert werden können.
Sachleistung	Wahrscheinlich, wenn durch die Ausdehnung des Leistungs- und Anbieterspektrums und das Case Management bedarfsgerechtere und kostengünstigere Leistungen eingekauft werden.	Möglich, wenn bedarfsgerechtere und evtl. kostengünstigere Leistungen eingekauft werden.	Ja, falls keine Mehrkosten durch das CM aufgrund der Pflegestützpunkte anfallen. Zusätzliche Kosten durch ein intensiveres CM können evtl. durch einen längeren Verbleib in der amb. Versorgung kompensiert werden.
Kombileistung	Je nach SL-Anteil Gewichtung der beiden genannten Fälle		

Tab. 2: Erwartete Wirkungen des Pflegebudgets im Vergleich zu Pflegegeld und Sachleistungen

¹ Durch die Einführung eines Case Managements im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 2008 werden die Zusatzkosten bei einer Einführung des Pflegebudgets reduziert.

3. Der Modellversuch - Konzeption, Anspruch und Umsetzung

Das Modellprojekt wird seit Anfang 2004 an sieben Modellstandorten durchgeführt. Seit Ende 2004 können die ersten an den Modellstandorten ansässigen Pflegebedürftigen am Modellprojekt teilnehmen. Kernaufgabe der wissenschaftlichen Begleitforschung des ZEW ist die Ermittlung der Effekte des Pflegebudgets auf die Versorgungssituation der Pflegebedürftigen. Die Versorgungssituation wird abgebildet über die Struktur des Pflegearrangements im Hinblick auf die Art der Helfer, die Zahl der Pflegestunden, die Vergütung der Helfer sowie die Zufriedenheit mit der Pflegesituation. Die Wirkungen des Pflegebudgets können über einen Vergleich der Versorgungssituation beim Bezug von Regelleistungen und der Versorgungssituation im Pflegebudgetbezug ermittelt werden. Der sich ergebende Unterschied in den verglichenen Versorgungssituationen ist aber nur dann durch das Pflegebudget begründet (kausaler Effekt), wenn alle weiteren, die Versorgungssituation beeinflussenden Faktoren ausreichend kontrolliert werden. Ideal wäre daher der Vergleich von ein und derselben Person in den beiden, dem Vergleich zugrunde liegenden Versorgungssituationen, d. h. einmal bei Bezug der Regelleistung und das andere Mal bei Bezug des Pflegebudgets. Dieser direkte Vergleich scheidet jedoch aus, da für jede Person zu einem spezifischen Zeitpunkt nur ein Zustand beobachtet werden kann (fundamentales Evaluationsproblem).

Das Problem kann durch die Anwendung einer experimentellen Situation gelöst werden, die den unbeobachtbaren Zustand der Teilnehmer (der fortlaufende Bezug von Regelleistungen) durch die beobachtbaren Zustände und Erfahrungen einer Vergleichsgruppe approximiert. Anzunehmen ist hierbei, dass die Ergebnisse der Zielgrößen einer Vergleichsgruppe von Personen im Regelleistungsbezug einen geeigneten Näherungswert für die unbeobachtbare Situation der Programmgruppe von Budgetbeziehern darstellen. Dies gilt, wenn die Teilnehmer eines sozialen Experiments zufällig auf Vergleichs- und Programmgruppe verteilt sind.

Die Umsetzung des sozialen Experiments in der Praxis kann aber insbesondere mit drei Problemen verbunden sein, die die Bestimmung des kausalen Effekts erschweren:

1. Indirekte Effekte entstehen, wenn durch das Pflegebudget in den Modellstandorten ein neues Leistungsspektrum der Anbieter entsteht, das auch von Personen der Vergleichsgruppe bezogen wird.
2. Der Effekt wäre außerdem nicht eindeutig bestimmt, wenn die Vergleichsgruppe eine ähnliche Maßnahme wie das Pflegebudget beziehen könnte. Dies ist die sogenannte Substitutionsverzerrung (substitution bias).



3. Problematisch für eine unverzerrte Schätzung der Effekte ist, wenn Personen der Programm- und der Vergleichsgruppe in unterschiedlicher Weise systematisch aus dem Projekt ausscheiden. Dies bezeichnet man auch als nicht zufälliges Panelsterben (panel attrition).

Sind die Annahmen des sozialen Experiments erfüllt, ist der geschätzte Effekt als kausal für die Teilnehmergruppe am Modellprojekt interpretierbar. Die Wirkungsanalysen können in diesem Fall als intern valide bezeichnet werden. Intern beschreibt dabei die Gültigkeit im Rahmen des Modellprojekts, d. h. unter den in der Konzeption gemachten Einschränkungen der Zugangsberechtigung, Standortauswahl etc. Die externe Validität der Ergebnisse, d. h. die Übertragbarkeit der im Modellversuch ermittelten Wirkungen eines personenbezogenen Pflegebudgets auf den Fall einer bundesweiten Einführung des Pflegebudgets als Regelleistung, gilt jedoch nur dann, wenn sich die Auswahl der Teilnehmer am Modellprojekt nicht von den künftigen Budgetbeziehern unterscheidet.

In der Implementierung zeigen sich insbesondere drei Aspekte, die einen Effekt auf die Aussagekraft der Effekte haben können und daher in den späteren Wirkungsanalysen entsprechend methodisch berücksichtigt werden. Zum einen ist die geografische Verteilung der Standorte nicht zufällig, sondern aufgrund bestimmter Auswahlkriterien erfolgt. Zum anderen wurden in Anlehnung an die Konzeption des personenbezogenen Pflegebudgets als Alternative zu den Sachleistungen an der Mehrzahl der Standorte spezifische Zugangskriterien definiert. Darüber hinaus muss ein Aussetzen der Randomisierung zu Beginn des Untersuchungszeitraums zur Erreichung einer ersten „kritischen Masse“ von Programmgruppenpersonen an den jeweiligen Standorten in den Analysen gewürdigt werden.

Die Teilnehmer und ihre Hauptpflegepersonen wurden über die Laufzeit des Modellprojekts in halbjährlichen Intervallen befragt (Panellerhebung). Die Ersterhebung bei Teilnehmern und deren Hauptpflegepersonen erfolgte dabei vor Teilnahmebeginn. Diese Ersterhebung hat den Zweck, Informationen über den Pflegebedürftigen bzw. die Hauptpflegeperson zu sammeln, die die Pflege- und Lebenssituation vor Eintritt in das Projekt widerspiegeln. Auf diese Weise lassen sich anhand der halbjährlichen Folgebefragungen nach Beginn der Teilnahme Veränderungen der Pflege- und Lebenssituation feststellen; die Unterschiede der Veränderungen im Vergleich der Programm- und Vergleichsgruppe sind dann - unter Gültigkeit der Annahmen eines sozialen Experiments (siehe auch Abschnitt 3.1 des Hauptberichts) - auf das Pflegebudget zurückzuführen.

Die Erhebung wurde bei der Programmgruppe von den betreuenden Case Managern und bei der Vergleichsgruppe durch zusätzlich angeworbene Interviewer durchgeführt. Beide Interviewergruppen wurden von FIFAS für die Befragung einheitlich geschult. Die Fragebögen der Erst- und Folgebefragungen für die Pflegebedürftigen und ihre Hauptpflegepersonen befinden sich im Anhang A und wurden maßgeblich von FIFAS entwickelt. Eine ausführliche Darstellung der Erhebung findet sich daher insbesondere im Endbericht von FIFAS. Die Datenaufbereitung des ZEW weicht jedoch aufgrund der spezifisch ökonomischen Fragestellungen in einigen Aspekten von der Datenaufbereitung von FIFAS ab. Der Datenteil des Hauptberichts (Kapitel 4) stellt die Aufbereitungsschritte für die ökonomischen Wirkungsanalysen daher ausführlich dar und weist auf einige zentrale Unterschiede zu FIFAS hin.

Insgesamt bewertet das ZEW die Datenqualität als ausreichend, um die ökonomischen Wirkungsanalysen in plausibler Weise durchführen und interpretieren zu können. Allerdings ist es aus Sicht des ZEW sinnvoll, hinsichtlich einiger Aspekte Sensitivitätstests bezüglich des Umgangs mit unplausiblen Angaben durchzuführen. Diese Sensitivitätstests sind im Hauptbericht des ZEW ausführlich dargestellt. Erfreulicherweise zeigen sich die meisten Wirkungsanalysen gegenüber diesen Sensitivitätstests robust, sodass die Ergebnisse als verlässlich bewertet werden können.

5. Ökonomische Wirkungsanalysen auf Grundlage der Panelerhebung

Die ökonomischen Wirkungsanalysen auf der Basis der Panelerhebung orientieren sich schwerpunktmäßig an der Frage, ob mittels des Pflegebudgets ein höheres Versorgungsniveau erreicht werden kann als mit den bestehenden Regelleistungen. Eine Analyse der Wirkungen des Pflegebudgets setzt daher voraus, das Versorgungsniveau des Pflegebedürftigen messbar zu machen. Zwei Probleme sind hierbei zu lösen. Zum einen ist die Versorgungssituation am individuellen Bedarf orientiert, zum anderen ist die Versorgungssituation nicht durch eine einzelne Größe darstellbar. Während sich der individuelle Bedarf durch Stratifizierung der Stichprobe nach charakteristischen Merkmalen ermitteln lässt, erfordert die Lösung des zweiten Problems die Verwendung bzw. Erhebung von Näherungsmaßen zur Abbildung der Versorgungssituation. Hierzu zählt z. B. der Umfang der Versorgung, approximiert durch die Zeit der Hilfe und Unterstützung, die Erweiterung des Spektrums der erbrachten Leistungen sowie die subjektive Einschätzung der Pflegebedürftigen über die Qualität der Versorgung. Neben der Messung der Versorgungssituation gilt es zudem, die Veränderung der Preise für Leistungen zu ermitteln. Die Analysen untersuchen daher neben Veränderungen der Indikatoren der Versorgungssituation v. a. die Preise für Pflegeleistungen.

Die Anlage des Modellprojekts als soziales Experiment, das Teilnehmer des Programms zufällig in eine Programmgruppe von Budgetbeziehern und eine Vergleichsgruppe von Beziehern der Regelleistungen aufteilt, schafft die Voraussetzungen zur Bestimmung des kausalen Effekts des Pflegebudgets auf die Versorgungssituation des Pflegebedürftigen. Infolge standortspezifischer Zugangsregelungen, eines Aussetzens der Randomisierung zu Beginn des Modellprojekts sowie eines systematischen Ausscheidens aus der Teilnahme an dem Projekt im Laufe der Zeit (Panelsterben) ergeben sich jedoch Selektionsprobleme, die die Vergleichbarkeit der Programm- und Vergleichsgruppe beeinträchtigen. Der für die Wirkungsanalysen gewählte methodische Ansatz berücksichtigt diese Selektionsprozesse mittels eines Differenz-in-Differenzen-Schätzers und einer Selektionskorrektur für das Panelsterben. Mit diesem Schätzansatz werden die Effekte des Pflegebudgets auf die Zusammensetzung der Helfer, den Zeitumfang und die Art der Leistungen, die Vergütung der Helfer sowie die Zufriedenheit des Pflegebedürftigen mit der Pflege- und Lebenssituation betrachtet. Zusätzlich werden die Wirkungen des Pflegebudgets auf die Hauptpflegerperson im Hinblick auf die zeitliche Belastung, die Erwerbstätigkeit sowie die Zufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation betrachtet. Die Ergebnisse der ökonomischen Wirkungsanalysen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Pflegebudgetbezieher setzen in ihrem Pflegearrangement mit einer deutlich erhöhten Wahrscheinlichkeit beruflich-gewerbliche Helfer ein, die nicht über einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen verfügen. Zudem setzen ehemalige Pflegegeldempfänger auch etwas stärker Pflegedienste ein, während Pflegedienste bei Sachleistungsempfängern unverändert häufig Teil des Pflegearrangements sind.
- Der zeitliche Umfang der Unterstützung und Pflege nimmt durch das Pflegebudget im Vergleich zum Sachleistungsbezug zu. Dies ist auf den Anstieg der zeitlichen Unterstützung durch andere beruflich-gewerbliche Helfer zurückzuführen. Im Vergleich zum Pflegegeld lässt sich hingegen keine Ausdehnung des zeitlichen Hilfeumfangs feststellen. Zwar sind auch hier andere beruflich-gewerbliche Helfer zeitlich umfangreicher involviert. Gleichzeitig sinkt jedoch in gleichem Maße der Hilfeumfang der Angehörigen und Freunde (vollständige Substitution).
- Das auf Basis der Hilfe-Helfer-Matrix ausgewertete Leistungsspektrum unterscheidet sich nicht zwischen Pflegegeld-, Sachleistungs- und Pflegebudgetempfängern. Durch das Pflegebudget übernehmen jedoch stärker berufliche Helfer einen Teil der Aufgaben. Es ändert sich somit nicht das, was geleistet wird, sondern der, der es leistet. Lediglich für ehemalige Sachleistungsempfänger gibt es schwache, jedoch wenig belastbare Hinweise auf eine verbesserte Bedarfsgerechtigkeit im Sinne einer den Bedürfnissen besser angepassten Art der Leistung. Dies wird von FIFAS auf der Basis der Auswertung offener Fragen zum Leistungsspektrum beruflich-gewerblicher Anbieter positiver bewertet.
- Veränderungen der Vergütung der Helfer durch das Pflegebudget gemessen am Stundenlohn lassen sich nicht feststellen. Die Unterstützung durch das Case Management wirkt sich bislang nicht in Form einer verbesserten Verhandlungsmacht der Pflegehaushalte aus. Dies liegt möglicherweise daran, dass aufgrund des Modellprojektcharakters die Bereitschaft von Anbietern, ihre Leistungen und Preise zu flexibilisieren, eingeschränkt ist.
- Das Pflegebudget hat nur einen beschränkten Einfluss auf die Zufriedenheit des Pflegebedürftigen mit der Pflege- und Lebenssituation. Positive Effekte lassen sich am ehesten bezüglich der Zufriedenheit mit der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben finden. Hinweise auf eine verbesserte Zufriedenheit mit der Versorgungssituation und Lebensqualität, die auf eine verbesserte (subjektiv empfundene) Pflegequalität schließen ließen, finden sich nur für ehemalige Sachleistungsbezieher. Für ehemalige Pflegegeldempfänger zeigen sich hingegen diesbezüglich keine positiven Effekte. Dies kann

damit zusammenhängen, dass Umfang und Art der Hilfen für diese Gruppe unverändert sind und sich die Veränderungen des Pflegearrangements stärker auf die Angehörigen auswirken als auf die Pflegebedürftigen selbst.

- Das Pflegebudget führt - wie durch die Wirkungsanalysen zum Hilfeumfang bereits angedeutet - zu einer zeitlichen Entlastung der Hauptpflegepersonen, insbesondere im Vergleich zum Pflegegeld. Diese zeitliche Entlastung zieht jedoch keine Beschäftigungswirkungen nach sich. Die zeitliche Entlastung der Hauptpflegeperson äußert sich stattdessen in einer verbesserten Zufriedenheit mit der Freizeit, den Kontaktmöglichkeiten zu anderen Menschen, den Möglichkeiten, am normalen gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, sowie der allgemeinen Lebensqualität. Das Pflegebudget hat also eine stärkere Wirkung auf die Zufriedenheit mit der Lebenssituation für die Hauptpflegepersonen als für die Pflegebedürftigen.

6. Ergänzende ökonomische Analysen am Standort Neuwied

Auf der Basis der Informationen, die im Rahmen der laufenden halbjährlichen Panelerhebung bei den Teilnehmern erfragt wurden, konnten die Effekte des Pflegebudgets auf den Zeitumfang der geleisteten Unterstützung, deren Vergütung sowie die Zufriedenheit mit der Pflegesituation untersucht werden. Im Projektverlauf ergaben sich aber über die mit der Panelerhebung abgedeckten Themenbereiche hinaus ergänzende und vertiefende Forschungsfragen. Hierzu zählt z. B. die Höhe der Transaktionskosten, die mit dem Bezug des personengebundenen Pflegebudgets für die Ausgestaltung des individuellen Pflegearrangements anfallen. Daneben gilt es, Aspekte der Konsumentensouveränität und Marktmacht der Pflegebedürftigen, die durch das begleitende Case Management gestärkt werden sollen, zu untersuchen. Ein dritter, wichtiger Themenkreis ist die Bewertung des Modellprojekts und des Pflegebudgets durch die Pflegebedürftigen zum Ende der Projektlaufzeit, um deren Erfahrungen für eine eventuelle bundesweite Implementierung von Budgets in der Pflege nutzbar zu machen. Die Untersuchung dieser Themenbereiche erfolgt auf Grundlage einer zusätzlichen Erhebung, die im Juli und August 2007 am Standort Neuwied durchgeführt wurde. Der Fragenkatalog umfasst dabei Fragen zu den folgenden sieben Themenbereichen:

1. Struktur des Pflegearrangements (Akteure, Tätigkeitsprofile, Preisstruktur)
2. Transaktionskosten der Gestaltung des Pflegearrangements
3. Konsumentensouveränität und Marktmacht
4. Bedarfsgerechtigkeit und Flexibilität
5. Be- und Entlastungen durch das Pflegebudget (zeitlich, finanziell)
6. Stabilität des Pflegearrangements
7. Bedeutung des Case Managers

Die Informationen der Zusatzerhebung liefern über die laufende Erhebung hinausgehende Erkenntnisse über die Wirkungen des personengebundenen Pflegebudgets. Zum einen beinhaltet die Zusatzbefragung eine Reihe von Fragen zur Organisation und zu den Rahmenbedingungen des Pflegebudgets und erfragt zudem die Erfahrungen der Pflegebedürftigen mit dem Bezug des Pflegebudgets. Zum anderen erlaubt die Zusatzbefragung einen Vergleich zur laufenden Erhebung nochmals vertiefte Analyse zentraler Aspekte des Pflegebudgets wie der Vergütung und der zeitlichen Struktur der Pflege.

Die Ergebnisse der Zusatzerhebung, die v. a. die Wirkungen des Pflegebudgets im Vergleich zur Inanspruchnahme des Pflegegelds widerspiegeln, deuten insbesondere darauf hin, dass:

- das Pflegebudget wie bereits auf Basis der laufenden Erhebung festgestellt zu einem höheren Formalisierungsgrad des Pflegearrangements beiträgt. V. a. freiberufliche Kräfte werden verstärkt eingesetzt.
- die Expansion des formellen Sektors zu einer Entlastung des informellen Sektors führt. Die Ergebnisse bestätigen die auf Basis der laufenden Erhebung festgestellte Substitution von informeller durch formelle Pflege bei ehemaligen Pflegegeldbeziehern. Die Gesamtzeit der Pflege und Unterstützung aller Helfer zusammen ist daher zwischen Pflegebudget und Pflegegeldbeziehern vergleichbar. Auch die von den Helfern insgesamt geleisteten Tätigkeiten sind in beiden Gruppen sehr ähnlich. Es wird deutlich, dass eine ähnliche Unterstützung nun verstärkt von formellen Kräften erbracht wird. Dies schlägt sich in Form steigender Ausgaben für eine Pflegestunde in nahezu allen Tätigkeitsbereichen nieder. Die Versorgung ist damit aus Sicht der Pflegeversicherung kostenineffizient gegenüber dem Pflegegeld. Zudem führt die größere Leistungshöhe nicht zu einem nachweisbaren Anstieg der Versorgungsniveaus für die Menschen mit Pflegebedarf.
- die Stundenlöhne im formellen Sektor unverändert sind, während die Stundenlöhne des informellen Sektors für Bezieher des Pflegebudgets signifikant höher sind als für Pflegegeldbezieher. Dies liegt an den höheren Stundenlöhnen für entfernte Angehörige, die zudem bei Pflegebudgetbeziehern etwas stärker in das Pflegearrangement eingebunden sind als bei Pflegegeldbeziehern. Diese Umstrukturierung der informellen Pflege kann einerseits als eine Entlastung der nahen Angehörigen, andererseits als ein Mitnahmeeffekt interpretiert werden, bei dem die umfangreichere Leistungshöhe dazu genutzt wird, den Angehörigen mehr Geld für ihre Unterstützung zu zahlen.
- das Case Management eine wichtige Rolle als Ansprechpartner und Berater spielt. Die Pflegebudgetbezieher können sich mehrheitlich das Pflegebudget ohne Case Management nicht vorstellen und betonen, wie wertvoll die Beratung und Hilfe bei der Organisation und Umsetzung des Pflegearrangements ist. Auch gibt es Hinweise darauf, dass das Case Management zu einer verbesserten Markttransparenz beiträgt.
- der Organisationsaufwand für die Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen reduziert ist, wenn ein Case Manager zur Seite steht. Die Unterstützung durch ein Case Management führt somit zu einer Entlastung der Pflegehaushalte, was die Organisation und Planung der Pflege betrifft.
- trotz der positiven Äußerungen der Pflegebudgetbezieher zum Case Management, der Entlastung der Angehörigen sowie der gestiegenen finanziellen Mittel kein höheres

Maß an Zufriedenheit mit dem Unterstützungsumfang oder der Qualität der Versorgung und Unterstützung in der Programmgruppe im Vergleich zur Vergleichsgruppe der Pflegegeldbezieher festzustellen ist.

- das Pflegebudget zu einer Stabilisierung der ambulanten Versorgung beiträgt. Zum einen gibt die Hälfte der Pflegebudgetbezieher an, eine ambulante Versorgung wäre ohne das Pflegebudget nicht denkbar. Zum anderen ist die Neigung zu einem Wechsel in die stationäre Versorgung bei Personen in der Programmgruppe niedriger als in der Vergleichsgruppe.

Insgesamt kristallisiert sich heraus, dass Bezieher des Pflegebudgets im Vergleich zu Pflegegeldbeziehern verstärkt gewerbliche Anbieter und entfernte Angehörige in ihr Pflegearrangement einbinden und dafür Hilfen durch nahe Angehörige in geringerem Maße in Anspruch nehmen. Die im Vergleich zum Pflegegeld verdoppelten finanziellen Mittel ermöglichen einerseits den Einsatz kostenintensiverer gewerblicher Helfer und andererseits höhere Aufwandsentschädigungen für informelle Helfer. Dem Mehreinsatz finanzieller Ressourcen stehen jedoch unklare Effekte im Hinblick auf die Versorgungssituation gegenüber. Zwar finden sich Hinweise für eine Entlastung naher Angehöriger. Hinweise auf ein verbessertes Versorgungsniveau in der Programmgruppe gegenüber der Vergleichsgruppe im Sinne einer zeitlichen Ausdehnung der Unterstützung, einer veränderten Struktur der Hilfen oder einer gestiegenen Zufriedenheit mit der Pflegesituation lassen sich jedoch nicht nachweisen. Ein Mehreinsatz finanzieller Mittel bei einem gleichzeitig unveränderten Versorgungsniveau muss aus Sicht der Pflegeversicherung als kostenineffizient interpretiert werden. Leichte positive Effekte auf die Stabilität der ambulanten Versorgung können den Grad der Kostenineffizienz vermutlich nur verringern.

7. Die Kosten des personenbezogenen Pflegebudgets

Die Kosten des personenbezogenen Pflegebudgets

Die Abschätzung der durch eine bundesweite Einführung des Pflegebudgets als Regelleistung kurzfristig verursachten Mehrkosten ist durch starke Unsicherheiten bezüglich der Determinanten der Kostenentwicklung gekennzeichnet. Zahl und Zusammensetzung der künftigen Budgetempfänger können nur unter starken Annahmen prognostiziert werden. Die Teilnahmequote an den Modellstandorten ist mit großer Wahrscheinlichkeit aufgrund eines relativ geringen Bekanntheitsgrads und des Modellprojektcharakters eine absolute Untergrenze einer künftigen Bedeutung des Pflegebudgets. Auch eine Korrektur des Bekanntheitsgrads greift jedoch möglicherweise zu kurz. Unter den Interessenten am Pflegebudget finden sich bereits deutlich höhere Teilnahmequoten, und auch diese könnten langfristig noch zu niedrig angesetzt sein, da sich eine neue Leistungsart erst mittel- und langfristig etablieren dürfte.

Um diesen Unsicherheiten gerecht zu werden, werden verschiedene Szenarien zur kurzfristigen Kostenentwicklung verwendet, die im Hauptbericht ausführlich diskutiert werden. Dabei zeigen sich folgende Ergebnisse:

- Für die Kostenentwicklung insgesamt sind die Zahl der künftigen Pflegebudgetbezieher und deren Zusammensetzung im Hinblick auf vorherige Regelleistungen und Pflegestufe entscheidende Bestimmungsfaktoren. Vor dem Hintergrund der bereits beschlossenen Reform zur Pflegeversicherung, die eine Einführung eines flächendeckenden Case Managements vorsieht, sind zusätzliche Case-Management-Kosten durch das Pflegebudget hingegen zu vernachlässigen.
- Je nach Szenario (ohne Case-Management-Kosten) entstehen monatliche Mehrkosten in Höhe von 25 bis 240 Mio. Euro, für ein mittleres Szenario von 118 Mio. Euro monatlich. Dies entspricht einem Finanzierungsbedarf von 9% des momentanen Beitragssatzes von 1,7%, d. h. der Beitragssatz müsste um etwa 0,15 Prozentpunkte steigen.

Diese Kostenkalkulation berücksichtigt jedoch nur die kurzfristig entstehenden Leistungsausgaben in einer statischen Perspektive. Durch eine Reduktion des Heimsogs und niedrigere administrative Kosten könnte das Pflegebudget teilweise Kosteneinsparungen bewirken. Zudem relativieren sich die Mehrkosten durch ein um das Pflegebudget erweitertes Leistungssystem in einer langfristigen Perspektive, wenn der demografische und gesellschaftliche Wandel den Anteil der durch informelle Pflegepersonen ambulant Versorgten reduziert. Bezüglich der Relevanz dieser Entwicklungen, die den Refinanzierungsbedarf durch eine Beitragserhöhung reduzieren können, gibt es im Rahmen des Modellprojekts

keine bzw. nur sehr unsichere Informationen. Dennoch können einige Tendenzaussagen getroffen werden:

- Die Möglichkeit, dass Pflegeverläufe aufgrund des Pflegebudgets im Schnitt kostengünstiger verlaufen, weil eine stationäre Versorgung hinausgezögert wird, kann nur einen Teilbeitrag zur Finanzierung der Mehrausgaben für das Pflegebudget leisten. Die Kostenberechnungen zeigen, dass die für eine vollständige Refinanzierung notwendige, durchschnittliche Verlängerung des Bezugs des Pflegebudgets gegenüber den anderen ambulanten Leistungen ohne zusätzliche Case-Management-Kosten etwa 50% beträgt. Zwar belegen die empirischen Ergebnisse, dass das Pflegebudget zu einer Stabilisierung der ambulanten Versorgung beiträgt. Ein großer Teil der derzeit ambulant Versorgten wechselt jedoch nie in eine stationäre Versorgung, sodass eine Verlängerung des Bezugs ambulanter Leistungen keine Kosteneinsparungen mit sich bringen kann. Eine im Durchschnitt 50%ige Verlängerung der ambulanten Versorgung für einen Budgetbezieher im Vergleich zu anderen ambulant Versorgten scheint unter diesen Bedingungen kaum realisierbar. Dennoch trägt dieser Effekt zur partiellen Kompensation der Mehrkosten bei.
- Verwaltungskosten können durch das Pflegebudget nur in begrenztem Maße eingespart werden, da nur für einen Wechsel vom administrativ aufwendigen Sachleistungsbezug in das Pflegebudget eine Kostenersparnis denkbar ist. Veranschlagt man hier die Erfahrungen aus dem Ausland, ergeben sich für ein mittleres Szenario lediglich Einsparpotenziale von 0,75 bis 1,5 Mio. Euro pro Monat.
- Die bisher durchgeführten Qualitätskontrollen in Form von Pflegeeinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI entfallen für die Personen, die vom Pflegegeldbezug in das Pflegebudget wechseln. Dies führt zu einer Kostenersparnis von etwa 1 Mio. Euro monatlich.
- Falls durch das Case Management die MDK-Begutachtungen zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit übernommen werden könnten, ließen sich monatlich maximal 23 Mio. Euro einsparen. Ein Teil dieses Geldes müsste jedoch vermutlich in den Ausbau des Case Managements bzw. der Pflegestützpunkte gesteckt werden.
- In einer langfristigen Perspektive, die auch den demografischen und gesellschaftlichen Wandel berücksichtigt, nimmt der Anteil der Pflegegeldbezieher aller Voraussicht nach deutlich ab, während stationäre Versorgung und Sachleistungen an Bedeutung gewinnen. Dies relativiert die Mehrkosten eines um das Pflegebudget erweiterten Leistungssystems. Für ein mittleres Szenario und eine Simulation der künftigen Entwicklung von Pflegearrangements ergeben sich daher für das Jahr 2050 nur noch Mehrkosten von

Die Kosten des
personenbezogenen
Pflegebudgets

44 bis 87 Mio. Euro monatlich gegenüber den kurzfristigen Mehrkosten von 117 bis 146 Mio. Euro monatlich. Die langfristige Kostenentwicklung ist jedoch mit großen Unsicherheiten verbunden.

Einige Faktoren können den Mehrkosten eines Pflegebudgets also entgegenwirken. Dennoch kann nicht von einer Kostenneutralität des im Rahmen des Modellprojekts erprobten Leistungssystems aus Sicht der SPV ausgegangen werden. Eine Einführung des Pflegebudgets in seiner derzeitigen Ausgestaltung wird daher vermutlich zumindest mit leichten Beitragserhöhungen finanziert werden müssen. Die Kostenanalysen dieses Berichts machen deutlich, dass die Finanzierung eines Leistungssystems mit Pflegebudget in der geplanten Form nicht zu leisten ist. Alternative Ausgestaltungsformen, die einerseits eine bedarfsgerechtere Versorgung als bisher ermöglichen, andererseits die Finanzierbarkeit stärker im Blick behalten, sind daher gefragt.

8. Schlussbetrachtung aus der Sicht der ökonomischen Begleitforschung

Das Modellprojekt wurde durch das ZEW wissenschaftlich begleitet, um die ökonomischen Wirkungen des Pflegebudgets festzustellen. Die folgende Schlussbetrachtung bezieht sich daher auf die Fragestellungen und Wirkungsanalysen, die aus Sicht der ökonomischen Forschung eine zentrale Bedeutung haben, und hat nicht die Absicht, ein Gesamtfazit des Modellprojekts vorwegzunehmen. Die zentralen Ergebnisse der Begleitforschung durch das ZEW lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Im Vergleich zum Sachleistungsbezug erhalten Pflegebudgetbezieher mehr wöchentliche Hilfestunden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass verstärkt gewerbliche Helfer in das Pflegearrangement eingebunden werden, die nicht über einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen verfügen, während Pflegedienste, Angehörige und Freunde unverändert Teil des Pflegearrangements sind. Pflegebedürftige erhalten durch das Pflegebudget somit zeitlich umfassendere Hilfen, was sich auch in einer leicht erhöhten Zufriedenheit mit der Pflege- und Lebenssituation niederschlägt. Auch gibt es zumindest schwache Hinweise darauf, dass die Versorgung mittels des Pflegebudgets bedarfsgerechter erbracht wird, als dies im Fall der Sachleistung der Fall ist. Die ökonomischen Wirkungsanalysen zeigen somit, dass mit dem Pflegebudget bei gleicher Leistungshöhe ein höheres Versorgungsniveau erreicht werden kann als mit der Sachleistung, d. h. das Pflegebudget stellt gegenüber der Sachleistung eine kosteneffiziente Alternative dar. Dieses Ergebnis und die zunehmende Bedeutung freiberuflicher Helfer im Pflegearrangement entsprechen den internationalen Erfahrungen mit konsumentenorientierten Leistungsformen im Vergleich zu Sachleistungen (vgl. Benjamin et al., 2000; Foster et al., 2003).
- Im Vergleich zum Pflegegeldbezug führt das Pflegebudget trotz der Verdopplung der Leistungshöhe nicht zu einem Anstieg des wöchentlichen Hilfeumfangs. Zwar werden auch hier verstärkt gewerbliche Helfer eingesetzt. Nahe Angehörige reduzieren jedoch in gleichem Maße ihre Unterstützung. Es kommt somit zu einer Substitution zwischen der informellen und der formellen Pflege, was sich in einer kostenintensiveren Versorgung niederschlägt, ohne dass sich dies in einem verbesserten Versorgungsniveau – gemessen am Hilfeumfang, dem Spektrum der abgedeckten Tätigkeiten oder der Zufriedenheit mit der Versorgungssituation – niederschlägt. Diese Wirkungsweise erinnert stark an den von Grabowski (2006) diskutierten sogenannten „woodwork effect“, der das moralische Risiko beschreibt, dass Geldleistungen für eine ambulante Versorgung dafür eingesetzt werden, informelle durch formelle Hilfen zu ersetzen. Die Versorgung ist damit aus Sicht der Pflegeversicherung kostenineffizient gegenüber dem Pflegegeld,

- da der Mitnahmeeffekt in Form der zeitlichen Entlastung der Angehörigen nicht mit einer Veränderung des Versorgungsniveaus der Sicht der Pflegebedürftigen einhergeht.
- Das Pflegebudget führt zu einer zeitlichen Entlastung der Hauptpflegepersonen, insbesondere im Vergleich zum Pflegegeld. Diese zeitliche Entlastung zieht jedoch keine Beschäftigungswirkungen nach sich. Die zeitliche Entlastung der Hauptpflegeperson äußert sich aber in einer verbesserten Zufriedenheit mit der Freizeit, den Kontaktmöglichkeiten zu anderen Menschen, den Möglichkeiten, am normalen gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, sowie der allgemeinen Lebensqualität. Diese im Verhältnis zu Pflegebedürftigen starken Effekte auf die Zufriedenheit verdeutlichen, dass v. a. Hauptpflegepersonen von zuvor in Form des Pflegegelds versorgten Pflegebedürftigen vom Pflegebudget profitieren. Aus der Sicht der Solidargemeinschaft, hier repräsentiert durch die Pflegekassen, ist die Entlastung der Angehörigen ein wünschenswertes Ziel, das jedoch mit der damit verbundenen Kostenausdehnung kontrastiert werden muss. Welches Gewicht dem Partialziel der Angehörigenentlastung im Zielsystem der Pflegeversicherung beigemessen wird, ist letztlich eine politische Entscheidung.
 - Das begleitende Case Management entlastet die Pflegehaushalte, bezogen auf die Organisation und Planung der Pflege. Zudem sehen die Pflegebudgetbezieher im Case Manager einen wichtigen Ansprechpartner für alle Problemlagen. Auch finden sich Hinweise, dass durch das Case Management die Konsumentensouveränität der Pflegehaushalte gestärkt wird, indem der Case Manager für eine verbesserte Markttransparenz sorgt.
 - Die Einführung eines Pflegebudgets im Rahmen des bestehenden Leistungssystems ist mit Mehrkosten verbunden, die nur durch eine Beitragssatzerhöhung finanziert werden können. Kostenverursacher ist v. a. der Wechsel von Personen mit Pflegegeld oder Kombinationsleistungen in das höher dotierte Pflegebudget. Kostenreduzierend wirken sich hingegen niedrigere Verwaltungskosten für ehemalige Sachleistungsempfänger, ein Wegfall der Pflegeeinsätze für ehemalige Pflegegeldempfänger sowie ein infolge des Pflegebudgets verlängerter Verbleib in der kostengünstigeren ambulanten Versorgung aus. Darüber hinaus ist es denkbar, dass das Case Management die Begutachtungsfunktion des MDK übernimmt und somit weitere Kosten gespart werden können. Die Ergebnisse der Diskussion weisen jedoch darauf hin, dass diese Einsparpotenziale nicht ausreichen, um die Mehrkosten des Pflegebudgets zu tragen. In einer langfristigen Perspektive relativiert der demografische und gesellschaftliche Wandel die Mehrkosten eines um das Pflegebudget erweiterten Leistungssystems, da ein

steigender Anteil der Pflegebedürftigen infolge eines unzureichenden informellen Pflegepotenzials die höher dotierte Sachleistung bzw. eine stationäre Versorgung wählen wird.

Schlussbetrachtung
aus der Sicht der
ökonomischen
Begleitforschung

Vor dem Hintergrund des künftig zu erwartenden Anstiegs der Zahl von Menschen, deren informelles Pflegepotenzial nicht ausreicht, um eine häusliche Versorgung sicherzustellen, ist die Weiterentwicklung von Versorgungsformen für Menschen mit geringem informellen Pflegepotenzial von großer Bedeutung. Das Modellprojekt hat mit dem Pflegebudget eine solche Versorgungsform erprobt. Dabei zeigt sich, dass das Pflegebudget für Menschen, die aufgrund eines unzureichenden informellen Pflegepotenzials bislang Sachleistungen bezogen haben, eine Alternative darstellt, die aufgrund der Erweiterung des zugelassenen Anbieter- und Leistungsspektrums sowie des begleitenden Case Managements positive Auswirkungen auf die Versorgungssituation der Pflegebedürftigen hat.

Durch das Modellprojekt lässt sich aber auch feststellen, dass die Einführung eines Pflegebudgets als Ergänzung eines ansonsten unveränderten Leistungsrechts aus der Sicht der sozialen Pflegeversicherung kaum finanzierbar ist. Denn das Pflegebudget stellt aufgrund des umfangreicheren Leistungssatzes auch trotz des Ausschlusses der Vergütung naher Angehöriger zumindest für einen Teil der Pflegegeldbezieher eine attraktive Alternative dar. Für diese Gruppe von Wechslern kann trotz der Verdopplung der Leistungsausgaben keine Anhebung des Versorgungsniveaus festgestellt werden. Hier kommt es zu einer Umstrukturierung der Hilfe vom informellen zum formellen Sektor, die v. a. den Angehörigen in Form einer zeitlichen Entlastung zugutekommt. Diese Entlastung der Angehörigen ist insofern positiv zu beurteilen, als sie die Stabilität der ambulanten Versorgung verbessern sowie unter den pflegenden Angehörigen zu einer verbesserten Gesundheitssituation beitragen kann. Durch den Ausschöpfungszwang des Pflegebudgets und die starke Leistungsausdehnung gegenüber dem Pflegegeld ist das moralische Risiko, eine aus Sicht der SPV ineffizient hohe und kostenintensive Entlastung zu wählen, aber sehr groß.

Um die positiven Eigenschaften des Pflegebudgets - Flexibilität und Selbstbestimmtheit bei der Wahl der Leistungen - ohne Kosten verursachende Mitnahmeeffekte in ein Leistungssystem der SPV zu integrieren, muss das Leistungssystem der SPV grundlegend reformiert werden. Insbesondere sollte ein Leistungssystem, das auch vor dem Hintergrund der Herausforderungen des demografischen und gesellschaftlichen Wandels tragfähig ist,

so gestaltet sein, dass vorhandene persönliche Ressourcen, insbesondere das informelle Pflegepotenzial durch Angehörige und Freunde, aber auch eigene finanzielle Ressourcen, aktiviert und genutzt werden. Gleichzeitig sollte auf eine nachhaltige Nutzung des informellen Pflegepotenzials geachtet werden, indem auch dem Partialziel der Angehörigenentlastung Rechnung getragen wird. Welches Gewicht diesem Partialziel im Zielsystem der Pflegeversicherung beigemessen wird und welche finanziellen Mittel für dieses Ziel zur Verfügung gestellt werden, ist letztlich jedoch eine politische Entscheidung. Ein Leistungsrecht, das eine intensivierete Bedürfnisorientierung in der Zuweisung der Mittel bei einer gleichzeitig größeren Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Einzelnen vorsieht, könnte dazu beitragen, eine aus der Sicht der SPV ineffizient hohe Entlastung der Angehörigen zu vermeiden. So könnten nach Absicherung einer Grundversorgung beispielsweise zuzahlungsbasierte Leistungen ähnlich dem personenbezogenen Pflegebudget helfen, eine ineffizient hohe Inanspruchnahme von Leistungen zu vermeiden und gleichzeitig eine hohe Flexibilität und Selbstbestimmtheit bei der Wahl der Leistungen zu sichern. Ein solcher Ansatz sollte sowohl auf der Kostenseite (Einnahmen und Ausgaben) als auch im Hinblick auf die Solidarität und die soziale Verantwortung positive Wirkungen entfalten.